



ORIGINAL

Aprendizaje centrado en las perspectivas del paciente: el caso de las escuelas de medicina en México[☆]



Silvia Lizett Olivares Olivares, María de los Ángeles Jiménez Martínez,
Mildred Vanessa López Cabrera*, José Antonio Díaz Elizondo
y Jorge E. Valdez-García

Escuela de Medicina, Tecnológico de Monterrey, Monterrey, Nuevo León, México

Recibido el 3 de marzo de 2016; aceptado el 29 de julio de 2016

Disponible en Internet el 25 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Aprendizaje centrado
en el paciente;
Aprendizaje clínico;
Estrategias
educativas;
Modelo educativo

Resumen

Introducción: La educación médica ha evolucionado en etapas. La más reciente de educación basada en sistemas implica un análisis desde perspectivas de alta complejidad para alinearlas a las necesidades del paciente. De esta forma surge el aprendizaje centrado en las perspectivas del paciente que incluye 4 dimensiones: humana, biomédica, gestión y emprendimiento.

Objetivo: Describir el concepto de aprendizaje centrado en las perspectivas del paciente como estrategia didáctica y explorar su aplicación en las escuelas de medicina de México.

Material y métodos: El método fue exploratorio, descriptivo y transeccional. Se realizó una encuesta a 85 profesores y directivos pertenecientes a escuelas de medicina afiliadas a la Asociación Mexicana de Facultades de Escuelas de Medicina (AMFEM) para evaluar la implementación de las dimensiones del aprendizaje centrado en las perspectivas del paciente en escala Likert de 1 (Totalmente en desacuerdo) a 5 (Totalmente de acuerdo).

Resultados: La media por perspectiva fue: humana (3,76), biomédica (3,72), gestión (3,49) y emprendimiento (3,33). Destaca el mayor énfasis en ¿quién es el paciente? y el menor en ¿cómo puedo mejorar?

Discusión: El modelo presentado evoluciona desde la educación basada en competencias implementadas en la educación a partir de contenidos aislados, a un enfoque en base a perspectivas que colocan en el centro al paciente para abordar desde un mismo caso múltiples competencias del médico.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

[☆] Este trabajo fue presentado en el V Congreso Internacional de Educación Médica, así como en el III Congreso Internacional de Innovación Educativa.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mildredlopez@itesm.mx (M.V. López Cabrera).

KEYWORDS

Patient-centred learning;
Learning in the clinical setting;
Teaching techniques;
Educational model

Perspectives on patient centred learning: A study in Mexican medical schools**Abstract**

Introduction: Medical education has evolved through several stages. The most recent one, systems-based learning, involves an analysis of complex perspectives and adapting them to patient needs. From this notion, the concept perspectives for patient centred learning emerges. It includes four dimensions: human, biomedical, managerial, and entrepreneurial.

Objective: The aim of this study was to define the perspectives for patient centred learning as a teaching strategy and examine its application in medical schools in Mexico.

Material and methods: The method was exploratory, descriptive and cross-sectional. A questionnaire was completed by 85 faculty members and deans from the Mexican Association of Schools and Faculties of Medicine (AMFEM for its initials in Spanish) to assess the implementation of perspectives for patient centred learning, using a Likert scale from 1 (Total disagreement) to 5 (Total agreement).

Results: The mean calculated by perspective was: human (3.76), biomedical (3.72), management (3.49), and entrepreneurship (3.33). Higher emphasis was placed on who is the patient?, and a lower focus on how the system should be improved?

Discussion: The presented model evolves from a competency based framework implemented in education as isolated contents, to a perspective based focus that places the patient in the centre, analysing the same case from multiple medical skills.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

A fin de responder a las necesidades y retos del siglo XXI, la educación médica de pregrado requiere un proceso de transformación, el cual es manifestado en diversas etapas desde la diseminación del Informe Flexner¹. Es así como Frenk² identifica 3 grandes generaciones de reformas en Norteamérica. La primera la denomina *educación basada en ciencias*, la cual se estructura con las recomendaciones del Informe Flexner estableciendo un periodo inicial de formación en ciencias básicas seguido de un periodo de entrenamiento clínico^{2,3}. Lo anterior, con el objetivo de superar la falta de rigor académico y estandarización observada en las escuelas de medicina.

La segunda generación de reformas, identificada como la *educación basada en problemas*, surgió después de la segunda guerra mundial. De acuerdo con Frenk², los principales cambios que se introdujeron con esta reforma curricular fue la enseñanza basada en problemas, el currículum integrado y el aprendizaje centrado en el alumno, donde destaca como pionera la Universidad de McMaster en Canadá. El énfasis de este modelo se mantuvo en la adquisición del conocimiento científico, incorporando nuevos principios para favorecer el aprendizaje activo centrado en el alumno.

Con el inicio del siglo XXI emergió la tercera y más reciente generación de reformas denominada *educación basada en sistemas*. Esta incluye la atención centrada en el paciente y la comunidad; el currículum por competencias; la educación interprofesional; el uso de tecnologías de información en el aprendizaje así como el desarrollo de habilidades de gestión y liderazgo en los profesionales de la salud. En concordancia con esta tercera perspectiva, diversas organizaciones y expertos de universidades de prestigio señalan que el conocimiento científico y la habilidad clínica no son suficientes

para responder a los nuevos y complejos retos de la población y los sistemas de salud en este siglo^{4,5}.

Específicamente sobre la atención centrada en el paciente, Pelzang⁶ menciona que el tema ha tenido una significativa expansión en los sistemas de salud de los EE. UU., Reino Unido, Europa y Asia, impulsando el desarrollo de nuevos modelos de formación de profesionales de la salud. Sin embargo, poco se ha profundizado sobre su implementación y desarrollo en los países de Latinoamérica, como el caso de México, donde se centra el presente estudio.

Atención clínica centrada en el paciente

Los modelos de atención clínica centrada en el paciente se han reformulando gradualmente desde el último tercio del siglo pasado, por parte de instituciones de salud (el *Institute of Medicine*, IOM; el *Institute of Health Care Improvement*; el *National Health Council* y la *Joint Commission*), estudios de diversos autores⁷⁻¹⁰ y algunas organizaciones de pacientes (*Picker Institute Europe*, *Planet Tree* y la *International Alliance of Patients' Organizations*, IAPO).

No existe consenso en torno a la definición de la atención centrada en el paciente, ni respecto a las dimensiones o aspectos que deben considerarse como parte de este enfoque, según se reporta en diversos artículos y revisiones sistemáticas¹¹⁻¹⁴. Gerteis et al.⁸ la describen desde una perspectiva *humana* asociándola con respeto a los valores, preferencias y necesidades expresadas por el paciente así como la comunicación y educación asegurando el bienestar físico, alivio del miedo y control de la ansiedad. Stewart et al.¹⁰ la refieren desde una perspectiva *biomédica* considerando la exploración de la enfermedad y su cuidado de forma integral. La IAPO¹⁵ además integra en su definición conceptos de *gestión* refiriendo el acceso oportuno y confiable de la

atención en salud, personal competente en el tratamiento, transiciones adecuadas entre procesos y el involucramiento de la familia en el cuidado del paciente. Diversos autores han hecho énfasis en incorporar de forma gradual la atención centrada en el paciente en políticas públicas, marcos regulatorios y estándares de acreditación de hospitales y escuelas de medicina¹⁶, lo cual le da carácter de *emprendimiento* a la necesidad de transformar los sistemas de salud y otras organizaciones asociadas.

Desgraciadamente, las escuelas de medicina han disgregado cada uno de estos conceptos, centrándose primordialmente en el conocimiento biomédico a nivel individual. De alguna forma, han separado estas 4 perspectivas del paciente y de los sistemas de salud al establecer los contenidos en materias independientes y aisladas que pocas veces incluyen aspectos relacionados con las humanidades, la gestión o la ética.

Integración de la atención centrada en el paciente en la formación médica

Existen diferentes modelos para describir y categorizar las competencias que deben desarrollar los estudiantes y/o profesionales en diferentes áreas disciplinares en el contexto de la educación superior^{17,18}. Olivares¹⁹ propone un modelo de competencias con 4 categorías: individual, interpersonal, organizacional y contextual. Las competencias individuales se refieren a los recursos personales que hacen evidente la capacidad que tiene el estudiante o profesional para realizar una determinada tarea. Las competencias interpersonales suponen habilidades para la relación con otros. Las competencias organizacionales son las requeridas para administrar tanto equipos de trabajo como recursos económicos dentro de una organización. Las competencias contextuales o sistémicas consideran destrezas y habilidades relacionadas con la totalidad de un sistema ya que requieren la combinación de imaginación, sensibilidad y habilidad que permite ver cómo se relacionan y conjugan las partes de un todo.

En lugar de competencias independientes, algunos autores del área de liderazgo han utilizado el concepto de perspectivas^{20,21} para integrar estas capacidades de una forma más orgánica. La ventaja de estos modelos es que se puede analizar la misma situación desde diferentes filosofías. La perspectiva estructural de Bolman y Deal²⁰ refiere decisiones racionales atendiendo principios, lineamientos y procedimientos, la cual Adizes²¹ nombra como racional, por estar asociada con decisiones en base a datos objetivos. Asimismo incluye la perspectiva de procesos internos. Ambos autores consideran la perspectiva humana, la cual se refiere a las relaciones interpersonales. La perspectiva política atiende aspectos de poder e influencia en el contexto²⁰. Estos autores mencionan a la perspectiva simbólica, la cual atiende aspectos filosóficos y culturales de transformación, la cual Adizes describe como sistemas abiertos, los cuales abordan un enfoque multifactorial de reflexión. Si bien el concepto de competencias ha sido ampliamente aceptado y utilizado, este enfoque en perspectivas integra múltiples habilidades en una misma situación bajo estudio, que en el caso de la educación médica debería ser el paciente.

En contraste, los modelos de formación generalmente han estado centrados en el experto y en los aspectos

biomédicos de la enfermedad. Es por esto que se requiere evolucionar hacia un modelo colaborativo donde se incluyan las necesidades del paciente y otros elementos del contexto^{22,23}. En México, el estudio de Olivares et al.²⁴ mostró que más del 50% de las escuelas de medicina no han demostrado métodos de innovación en sus prácticas educativas. Los autores concluyen sobre la urgencia de mejorar sus estrategias de medición y aseguramiento del cumplimiento de objetivos tangibles que impacten los sistemas de salud.

Diseño de un modelo formativo de aprendizaje centrado en las perspectivas del paciente

Ante la necesidad de evolucionar hacia una educación que atienda los requerimientos del paciente, los sistemas de salud y la comunidad²⁵, se diseñó un modelo formativo de aprendizaje centrado en las perspectivas del paciente (ACP). Para diseñar esta propuesta, se transformó la clasificación de competencias de Olivares¹⁹ en un enfoque de perspectivas que pueden abordarse con diferente énfasis según los momentos de enseñanza y del encuentro clínico. Con dichos enfoques se busca fortalecer el conocimiento médico y la competencia clínica que tradicionalmente compone el currículum de educación médica en forma segmentada, con el desarrollo intencional y sistemático para gestionar efectivamente y actuar con un liderazgo transformador en las organizaciones y los sistemas de salud, teniendo como centro al paciente como persona, en su contexto familiar, institucional, ambiental y social.

Leinster²⁶ señala que la exposición clínica, que se da mediante el contacto de los estudiantes con los pacientes, sin una guía adecuada por parte del profesor es insuficiente para producir el aprendizaje, por lo que se requiere asegurar el involucramiento activo de los estudiantes. De allí la importancia del ACP como vía para sistematizar el desarrollo, retroalimentación y evaluación de las competencias del profesional de la salud a lo largo del currículum, capitalizando cada situación o encuentro con el paciente para reflexionar con las 4 perspectivas. De esta forma el ACP se define como una estrategia didáctica en la que el aprendizaje y la enseñanza se organizan en torno a las necesidades y problemas de salud de pacientes reales, simulados o virtuales³, desde los enfoques humano, biomédico, de gestión y de emprendimiento, como se muestra en la [figura 1](#).

La parte *humana* se asocia con el entendimiento profundo del individuo desde una perspectiva psicológica, cultural y social, atendiendo su dignidad humana, junto con sus derechos como paciente. Responde a la pregunta ¿quién es el paciente? La perspectiva *biomédica* es el marco de referencia de la disciplina donde convergen las ciencias y el conocimiento médico a nivel conceptual, comprendiendo la condición y estado del paciente y responde a la pregunta ¿cuál es el motivo de consulta del paciente? La *gestión* orienta hacia la eficiencia en el uso de recursos de personal, tiempo, materiales, costo e infraestructura maximizando seguridad y calidad de la atención así como el cumplimiento de la normativa correspondiente durante todo el proceso de intervención. Responde a la pregunta ¿cuál es la mejor alternativa para ayudar al paciente con su motivo de consulta? El *emprendimiento* es la dimensión que permite el entendimiento del contexto en el que está inmerso el individuo

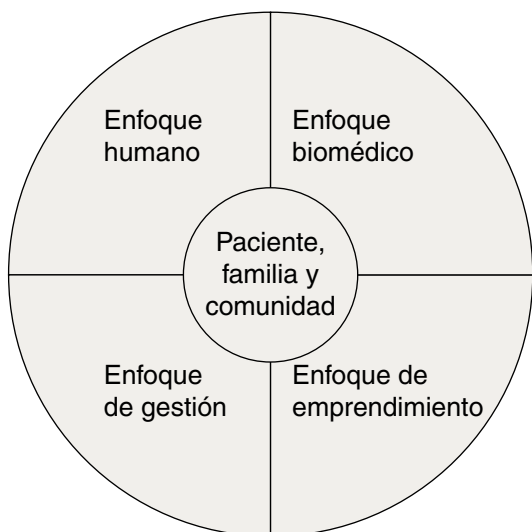


Figura 1 Modelo de aprendizaje centrado en las perspectivas del paciente.

con la posibilidad de extrapolarlo hacia grupos o poblaciones buscando comprender las determinantes sociales de la salud y extender las soluciones para el logro de una transformación social. Responde a la pregunta ¿cómo se podría mejorar la atención o prevenir la situación de este paciente en lo sucesivo?

El ACP procura la integración del aprendizaje de las ciencias básicas y las ciencias clínicas en torno a los problemas que presenta el paciente, con especial énfasis en el cuidado y bienestar del mismo en todas las etapas del proceso de atención²⁷: a) conocimiento integral, b) diagnóstico, c)

intervención, d) implementación, seguimiento y evaluación, como se muestra en la [figura 2](#).

El presente estudio tiene el objetivo de describir el concepto de ACP como una estrategia didáctica así como explorar su aplicación actual en las escuelas de medicina de México. Por lo que surge la pregunta de investigación: ¿cuál es la autopercepción del grado de aplicación de cada una de estas dimensiones en las escuelas de medicina en México?

Material y métodos

Las actividades realizadas fueron: 1) diseño del instrumento de medición, 2) prueba piloto y 3) análisis de resultados de la encuesta y confiabilidad.

Diseño de la encuesta

Partiendo de la búsqueda en la literatura, se integró un modelo de perspectivas del ACP. Considerando las dimensiones del modelo, se propusieron 4 reactivos para cada una, los cuales fueron evaluados con una escala Likert de 1 (Totalmente en desacuerdo) a 5 (Totalmente de acuerdo).

Prueba piloto

Se realizó una implementación piloto en las escuelas de enfermería que eran miembros de la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE), la cual fue contestada por 144 profesores, estudiantes y directivos. En base a los resultados obtenidos en la prueba piloto se mejoró la redacción de 2 ítems de la perspectiva de humana.

Fases		Implementación, seguimiento y evaluación	
Enfoques	Conocimiento integral	Diagnóstico	Intervención
Psicosocial	¿Quién es el paciente?		¿Cuáles son los elementos psicosociales que debo considerar?
Biomédico	¿Por qué el paciente requiere atención médica?	¿Cuál es la historia clínica de paciente? ¿Cuáles son los hechos e inferencia sobre el diagnóstico sintomático y sindromático?	
Gestión			¿Qué debo y puedo hacer para la atención del paciente? ¿Cuáles son las alternativas de tratamiento?
Emprendimiento			¿Cómo puedo desarrollar la implementación del tratamiento? ¿Cómo podría mejorar el proceso de atención? Si pudieras prevenir o resolver el padecimiento, ¿Qué pudieras hacer?

Figura 2 Etapas de atención clínica de acuerdo al aprendizaje centrado en las perspectivas del paciente.

Tabla 1 Resultados por perspectiva

Perspectiva	Ítem	Media	Desviación estándar
Humana	El paciente siempre es identificado por los estudiantes como ser humano que tiene un nombre, apellido e historia personal	4,07	1,13
	El paciente es atendido por los estudiantes de acuerdo a su contexto social (familia, trabajo, estudios, condición económica, etc.)	3,59	1,27
	El paciente es reconocido por los estudiantes como individuo cuya dignidad y derechos se anteponen a las voluntades de terceros	4,05	1,11
	El paciente es considerado por los estudiantes como persona porque le dedican tiempo a indagar sobre su espiritualidad y emociones	3,25	1,23
	Total perspectiva:	3,76	1,23
Biomédica	Los alumnos aprenden sobre conocimientos actualizados de la disciplina	4,18	1,03
	Los alumnos dominan otras disciplinas de conocimiento, como ciencias exactas y humanidades	3,27	1,21
	Los alumnos realizan búsquedas de información basadas en la mejor evidencia científica	3,86	1,11
	Los alumnos aplican el pensamiento crítico para identificar soluciones a necesidades de salud	3,70	1,17
	Total perspectiva:	3,72	1,14
Gestión	Se ofrecen oportunidades para que los alumnos participen en proyectos para garantizar la calidad y seguridad del paciente	3,61	1,27
	Se ofrecen oportunidades para que los alumnos demuestren acciones de intervención que incluyen dilemas éticos y profesionales	3,71	1,31
	Se ofrecen oportunidades para que los estudiantes dirijan equipos para mejorar la eficacia y eficiencia en el uso de los recursos	3,57	1,4
	Se ofrecen oportunidades para que los estudiantes administren y mejoren indicadores de satisfacción del paciente	3,41	1,51
	Total perspectiva:	3,49	1,14
Emprendimiento	Durante los estudios los alumnos transforman su comunidad a partir de proyectos concretos	3,59	1,60
	Durante los estudios los alumnos ejecutan acciones educativas y de prevención para evitar problemas de salud	3,88	1,59
	Durante los estudios los alumnos proponen cambios de normativas y políticas institucionales o gubernamentales	3,07	1,82
	Durante los estudios los alumnos generan conocimiento y los transfieren a través de publicaciones	3,29	1,85
	Total perspectiva:	3,33	1,25

Análisis de resultados de la encuesta y confiabilidad

El método fue exploratorio, descriptivo y transeccional^{28,29}. Se realizó una encuesta a 85 profesores y directivos pertenecientes a escuelas de medicina afiliadas a la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) para evaluar su aplicación de las 4 perspectivas del paciente. Se utilizaron 4 reactivos por dimensión para obtener respuestas en escala Likert de 1 (Totalmente en desacuerdo) a 5 (Totalmente de acuerdo).

Se utilizaron los datos para calcular la consistencia interna del instrumento utilizando el alfa de Cronbach. Este coeficiente mide la fiabilidad de una escala utilizando como referencia la correlación entre los distintos ítems. En esta aplicación se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,861, el cual fue considerado como aceptable por ser superior a 0,7³⁰. Se utilizó estadística descriptiva para analizar las respuestas de los participantes donde se calculó la media

de la población bajo estudio. A continuación se describen los resultados obtenidos.

Resultados

De acuerdo a la [tabla 1](#), la perspectiva con una mayor adopción en las escuelas de medicina es la humana con una media de 3,76 y la biomédica con una media de 3,72. En contraste, la que obtuvo una menor implementación fue la de emprendimiento, con una media de 3,33 y una desviación de 1,25.

Dentro de la perspectiva humana, se obtuvo una media superior en el ítem que asegura que el paciente siempre es identificado por los estudiantes como ser humano que tiene un nombre, apellido e historia personal (4,07), y la más baja se encontró en el relacionado con indagación sobre su espiritualidad y emociones.

En la perspectiva biomédica, la media más favorable se obtuvo en la adquisición sobre conocimientos actualizados de la disciplina (4,18), y la menos favorable en el dominio de

otras disciplinas del conocimiento como las ciencias exactas o las humanidades (3,27).

Para la perspectiva de gestión, la media más alta se obtuvo en el ítem de las oportunidades de intervención que incluyen dilemas éticos y profesionales (3,71), y la más baja en las oportunidades para que los estudiantes administren y mejoren indicadores de satisfacción del paciente (3,41).

Por último, en la perspectiva de emprendimiento, el ítem de las oportunidades para proponer cambios normativos y políticas institucionales o gubernamentales (3,07) tuvo la media más baja del instrumento aplicado. La media más alta de esta perspectiva se obtuvo en el ítem de ejecución de acciones educativas y de prevención para evitar problemas de salud (3,88).

Discusión

Los resultados presentados indican un énfasis mayor en la perspectiva humana y biomédica; sin embargo, solo un 16% se autopercebe en el nivel 5 (Totalmente de acuerdo) de la escala en estas dimensiones. Dado que este estudio es exploratorio es importante continuar la investigación sobre los instrumentos utilizados y los resultados obtenidos aquí presentados.

En cuanto a la gestión, estos resultados coinciden con las propuestas de autores que consideran que se requiere hacer énfasis en brindar experiencias a los pacientes que deriven en una mayor satisfacción a partir de una menor cantidad de pruebas diagnósticas y reducción del sobreuso de los servicios médicos así como de la subutilización de los mismos⁶. Como estrategia para fortalecer esta perspectiva, se recomienda abordar los conceptos de calidad y seguridad del paciente, consideraciones éticas y análisis de los costos involucrados al establecer cursos de intervención para cada caso analizado, independientemente si es en escenario virtual, simulado o real. Los pacientes simulados se refieren a casos clínicos y ambiente simulados, en donde el paciente es un modelo o un actor. Los pacientes virtuales se aplican con actividades de aprendizaje basadas en casos clínicos con planteamientos hipotéticos o reales de un paciente, en forma escrita, gráfica o multimedia (casos, videos, comics, iBooks, etc.).

Para favorecer la perspectiva de emprendimiento se recomienda aumentar la incorporación de reflexión sobre estrategias de prevención, protocolos de investigación, educación, tecnología, regulaciones o modelos de negocio que permitan transformar la atención a pacientes en el consultorio, piso de hospital, quirófano, cuidados intensivos, emergencias, laboratorio clínico, o bien en otros escenarios clínicos como en escuelas, empresas, centros comunitarios y organizaciones sociales.

Los beneficios en la atención centrada en el paciente radican en el aumento de su satisfacción respecto al cuidado de su salud y resultados clínicos¹⁵. Las ventajas de este modelo en la educación residen en su carácter multidimensional, que permite la integración de competencias en el profesional de la salud. Asimismo, posibilita tomar en cuenta, además del desempeño individual, las capacidades de interacción, la organización y el entorno, extrapoliando esto último a partir de las necesidades del paciente. También contempla reiterativamente las competencias

transversales junto con las disciplinares en los distintos ámbitos de desempeño del profesional de la salud. En síntesis, cambia hacia una nueva visión de la formación integral, orientada a profundizar en la transformación del entorno en el cual el estudiante y futuro profesional se desenvuelve.

Financiación

No se tuvo financiación para esta investigación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Se agradece a la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE) la oportunidad de aplicar la encuesta durante el XXXII Congreso Nacional de la FEMAFEE: Educación, Investigación y Cuidado.

Se agradece a la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) la oportunidad de aplicar la encuesta durante la XCVI Reunión Extraordinaria de la AMFEM: Retos y Desafíos de la Educación Médica en el Sistema Nacional de Salud.

Bibliografía

1. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. [Internet]. New York: The Carnegie Foundation for Advancement of Teaching; 1910 [citada 27 Feb 2016]. Disponible en: http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf
2. Frenk J. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376:1923–58.
3. Smith M, Stephen R, Cookson J, Mickendree J, Harden R. Patient-centred learning - back to the future. *Med Teach*. 2007;29:33–7.
4. AMA. Accelerating change in Medical Education: Creating the Medical School of the future. Chicago: American Medical Association; 2015.
5. MEDINE. Curriculum trends in medical education in Europe in the 21st Century. Association for Medical Education in Europe 2013 Conference; 2013 Ago 21-24 Ago; Prague. Dundee: Medical Education in 2 Europe; 2013.
6. Pelzang R. Time to learn: Understanding patient-centred care. *Br J Nurs*. 2010;19:912–8.
7. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract*. 1969;17:269–76.
8. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco T. Through the patient's eyes: Understanding and promoting patient-centered care. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.
9. Epstein R, Street R. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. 2011;9:100–3.
10. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-centered medicine. Transforming the clinical method. Thousand Oaks, CA: Sage Publishing; 2013.
11. Mead N, Bower P. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51:1087–110.

12. Robinson J, Callister L, Berry J, Dearing K. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract.* 2008;20:600–7.
13. Bensberg M. Patient centred care literature review [Internet]. Dandenong: Dandenong District Division of General Practice; 2007 [citado 27 Feb 2016]. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.663.7299&rep=rep1&type=pdf>
14. Kitson A, Marshal A, Basset K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs.* 2012;69:4–15.
15. IAPO. What is patient-centred healthcare? A review of definitions and principles [Internet]. Londres: International Alliance of Patients' Organizations; 2004 [citada 27 Feb 2016]. Disponible en: <http://iapo.org.uk/sites/default/files/files/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Review%202nd%20edition.pdf>
16. Scholl I, Zill J, Harter M, Dirmaier J. An integrative model of patient centeredness. A systematic review and concept analysis. *PLOS One.* 2014;9:1–9.
17. Bennett N, Dunn E, Carre C. Patterns of core and generic skill provision in higher education. *High Educ.* 1999;37:71–93.
18. Villa A, Poblete M. Aprendizaje basado en competencias. Bilbao: Universidad de Deusto; 2007.
19. Olivares S. Diverse contemporary issues facing business management education. Hershey, P.A: IGI Global; 2015. Chapter 3, Competencies needed by business graduates.
20. Bolman LG, Deal TE. Reframing organizations: Artristry, choice and leadership. California: Wiley; 2013.
21. Adizes I. Ciclos de vida de la organización. California: Ed. Díaz Santos; 1994.
22. Reid Ponte P, Conlin G, Conway JB, Grant S, Medeiros C, Nies J, et al. Making Patient-centered come alive. *J Nurs Adm.* 2003;33:82–90.
23. Silow-Caroll S, Alteras T, Stepnick L. Patient-centered care for underserved populations: definition and best practices. Washington: The W. K. Kellogg Foundation; 2006.
24. Olivares SL, Garza A, Valdez JE. Etapas del modelo incremental de calidad: un análisis de las escuelas de medicina en México. *Inv Ed Med.* 2016;5:24–31.
25. Rodríguez J, Dackiewicz N, Toer D. La gestión hospitalaria centrada en el paciente. *Arch Argent pediatr.* 2014;112:55–8.
26. Leinster S. Learning in the clinical environment. *Med Teach.* 2009;31:79–81.
27. Dornan T. Experience based learning. Learning clinical medicine in workplaces [dissertation]. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht; 2006.
28. Clark-Carter D. Investigación cuantitativa en psicología: del diseño experimental al reporte de investigación. México: Universidad Iberoamericana; 2002.
29. Hernández R, Fernández C, Baptista LP. Metodología de la investigación. México: McGraw Hill; 2006.
30. Vogt P. Quantitative research methods for professionals. Boston: Pearson/Allyn and Bacon; 2007.