

La episteme del oficio médico. Aquello de la responsabilidad inmersa en lo sustantivo del ejercicio profesional

The episteme of the medical profession. That of responsibility immersed in the substance of professional practice.

Víctor Huggo Córdova-Pluma

En su origen filosófico la medicina no contempla el escenario de provocar un daño al paciente, a su familia ni a la sociedad; sin embargo, los accidentes o riesgos son condiciones inherentes, su interpretación como maldad es el producto de uno o más intereses alejados de la condición de nuestro ejercicio profesional.

La formación universitaria que recibimos requería hasta hace poco tiempo de la conjunción de ciertos elementos de acción directa para ir en un plano ascendente adquiriendo el conocimiento necesario para interpretar ese maravilloso concierto de signos, síntomas, síndromes e intuición que conformaban la antesala del sincretismo con la medicina científica; esa dualidad empoderada entre la clínica y lo concreto que nos llevó a paso discreto por momentos y a paso veloz en los últimos tiempos en los que “su majestad la clínica” también debió evolucionar en una especie de “democratización involuntaria” al ser superada en ciertos rincones o en espacios diáfanos. Desde hace algunos años, las y los médicos sumamos a ese arsenal de habilidades y destrezas los instrumentos producto del universo digital, tanto para continuar educándonos como para diagnosticar, tratar e incrementar la exactitud de nuestro trabajo, lo cual nos ubica en un punto diametralmente distinto a todo aquello que era común obtener en otros tiempos. Es en este compás de diferencias cognitivas en donde se abre la posibilidad de

Internista con Certificación Nacional Vigente. Diplomado en alta dirección de instituciones públicas por el Instituto Nacional de la Administración Pública. Egresado del sistema AD1 y del programa consejeros en acción del IPADE. Expresidente del Colegio de Medicina Interna de México AC. Exsecretario y consejero emérito del Consejo Mexicano de Medicina Interna AC. Miembro de la Academia Nacional Mexicana de Bioética AC. Miembro de la Academia Nacional de Educación Médica AC. Secretario de la Academia de Ciencias Médicas del Instituto Mexicano de Cultura AC. Miembro de la Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna. Socio fundador y presidente del consejo consultivo del Instituto Nacional de la Defensa Médica. Presidente del consejo consultivo y director general del Instituto Latinoamericano para el Estudio del Sobrepeso y la Obesidad. CEO de NBT unidad de neurociencias en el Hospital Ángeles México.

Correspondencia

Víctor Huggo Córdova Pluma
vhcordova@huggocordova.org

Este artículo debe citarse como: Córdova-Pluma VH. La episteme del oficio médico. Aquello de la responsabilidad inmersa en lo sustantivo del ejercicio profesional. Med Int Méx 2023; 39 (Supl. 1): S3-S6.

interpretar de formas diferentes lograr asertividad o caer en un error.

En este siglo postpandemia es claro que las transiciones en la educación médica son momentos de intenso aprendizaje, en el aprendizaje este proceso se permite que ocurra por casualidad y oportunidad. Las estrategias educativas no deben trasladarse directamente a otros entornos; sin embargo, deben adaptarse al contexto cultural de la formación.¹

La diferencia del contrato social entre la figura médica y a quien brinda sus servicios no nace dentro de una relación puramente comercial, pero se transformó en muchos puntos en ella, por eso se torna difícil, al no ser su diseño natural. Es aquí donde conceptualmente encontramos uno de los más antiguos elementos de discusión que, en su mayoría, resulta inconciliable. En su origen la medicina era casi una virtud divina, por años intentó agazaparse en ello e inclusive fue receptáculo de muchas historias legendarias, pero se mantuvo, como toda actividad humana, dentro de un sistema de creación de interés económico. En muchos países, la evolución social que dio origen a la institucionalidad de la seguridad social no ayudó a su concepto de retribución económica dentro del fichero natural de los bienes y servicios como ocurrió con otras profesiones y es ese uno de los elementos de disociación entre el bien hacer ante el riesgo de no pertenecer al sistema económico natural. Es la diferencia entre un modelo económico actual con intensos tintes neoliberales y la discreta evolución romántica y poco acorde a los modelos de mercado lo que provoca una insospechada escena de incompreensión.

Si en sus inicios la medicina mexicana se hubiera colocado en forma masiva en el libre mercado, esta interacción no existiría, pero inició con una polaridad dramática, los grandes centros hospitalarios con la tecnología válida para el momento

eran propiedad del Estado, en su mayoría los médicos que socialmente se consideraban el prototipo de éxito ejercían en un mundo mixto, entre lo público y lo privado. Fue sin duda el auge de capitales autónomos ligados a diversas formas de financiamiento, más la adhesión de una cultura de compra alrededor de los productos de las compañías aseguradoras en rubros de salud e inclusive retiro o jubilaciones en conjunción con el nacimiento de terceros pagadores del gasto menor en la atención primaria lo que giró el mercado e inspiró las diferentes formas de las reglas entre los prestadores de servicios con sus nuevos clientes. La medicina mexicana presenció en menos de 70 años modelos socioeconómicos diferentes de su propia existencia inicial. En ese espacio la referencia ética del ejercicio de nuestra profesión enfrenta día con día la adaptación de sus elementos más simbólicos e inspiradores; cuesta mucho mantener el arquetipo supuestamente heredado de cómo y para qué relacionarse de cierta manera con las y los pacientes y sus entornos. De golpes más o menos inesperados pasamos de la total confianza de nuestros enfermos a una serie sin precedentes de formas o maneras de ser medianamente confiables hasta ser evaluados por un cúmulo de variables ajenas a nuestro margen de maniobra intelectual, especialmente porque recaen más en opiniones externas o alejadas del conocimiento del arte médico y más inmiscuidos en ese torrente sin fin que es la opinión alejada de la realidad pero envuelta del poder que otorga el anonimato e inspira la lejanía de las redes sociales o la mercadotecnia digital. La forma de sustentar en la responsabilidad profesional un desarrollo inadecuado con todo aquello que provoca la inspiración a una ruptura, descontento, desconfianza, intimidación u origen adverso, se origina en la forma en que se dañan los conceptos filosóficos del bien común; la cada vez más distancia entre la bondad del libre ejercicio. Ubicar al médico como quien solo presta un servicio definido y delimitado nos coloca en

serios problemas de abandono de una amplia posibilidad para esforzarnos más allá de lo convenido y que en teoría procura el salvaguardar a quien busca nuestra opinión o intervención. Cada momento nos plantea en una seria distancia en lo personal y humano para conferirnos y habilitarnos en los entretelones de una actividad comercial que se instala en sí misma con todos sus recursos para ser primariamente defensiva y secundariamente resolutive con el altísimo riesgo de perder su esencia humanística.

Baste concientizar que a los maestros de mis maestros formalmente nadie les enseñó ética médica; sin embargo, la aprendieron en una algarabía ocupacional realista e incondicional a su acto de aprendizaje de la profesión. Correspondía a su generación el vínculo entre la rígida estructura descrita en el código del rey Hammurabi (1700 aC) hasta las conclusiones de Thomas Percival y su primer texto *Medical Ethics* y por supuesto al siempre presente “Juramento Hipocrático” del siglo V aC que, sin duda, hoy nos resulta imposible de seguir o realizar en diversos sentidos por conceptos verdaderamente atemporales. En un contrasentido todo documento deontológico apunta a una serie de actitudes o formas de conducta que en la actualidad quedan sujetas a una serie de variables no totalmente controladas por los médicos; por ejemplo, en el código ético de la AMA se leerá: “El médico estará dedicado a proporcionar servicios médicos competentes con compasión y respeto por la dignidad humana”. ¿Qué sucede entonces cuando por los requisitos administrativos de un servicio médico dependiente de un gobierno o de la iniciativa privada no es posible que suceda? Otro elemento de duda sería aquel renglón que señala “Excepto en emergencias, el médico debe poder decidir libremente a qué paciente atender y el ambiente en el que desea proporcionar sus servicios”. ¿Esto sucede realmente en los servicios de salud gubernamentales en los cuales el cupo está rebasado y los recursos limitados? ¿Es

así cuando un enfermo esté impedido de pagar honorarios privados y por la administradora de salud a la que pertenece debe abandonar al profesional de su entera confianza y colocar su internamiento en otro médico al cual no conoce ni confía por lo menos de manera inicial?²

¿Cuál es nuestro concepto actual de la enfermedad y de estados no patológicos? ¿Cuál es, entonces, nuestra autodefinición de bienestar profesional? ¿En dónde queda la benevolencia con nosotros mismos para alcanzar un nivel de vida personal satisfactorio? Si en esencia la medicina como una de las humanidades sustenta que es un modo de conocimiento caracterizado por la universalidad de su objeto: no versa sobre tal o cual aspecto de la realidad, sino sobre la realidad en su conjunto,³ la tarea pendiente es alinear las formas de evaluar el actuar clínico, quirúrgico, diagnóstico, terapéutico e intervención cualquiera que sea en el binomio de ausencia o presencia de salud en un marco conceptual coincidente con los elementos jurídicos que pretenden ejercer un acto de señalamiento, sanción, condena o excepción; de lo contrario, esta temeraria forma de impartir justicia en ambos sentidos será una demanda caduca ante una vigencia cuestionable. La salud y la enfermedad no son dos modos que difieren esencialmente, como pudiera creerse, no deben considerarse principios distintos, entidades que se disputan al organismo vivo y que lo convierten en el teatro de sus luchas, éstas resultarían antiguallas médicas. Si la salud y la enfermedad como elementos reales han cambiado, también deben hacerlo las herramientas que se utilizan para evaluarlas.

Filosóficamente es este saber sistemático que debe aportar un método, un conocimiento y un objeto de estudio específico para alcanzar el arte y la ciencia de una manera distinta, nueva, temporal sin duda pero sólida como una respuesta social, política e inclusiva que tiene una existencia independiente para cumplir con el

bien hacer de nuestra libertad en el ejercicio de la profesión. Será la única forma de continuar con la evolución suficiente para no heredar un conflicto que dañe la textura íntima de nuestra sociedad y, en cambio, logre hacer valer esa sentencia heredable que señaló mi querido maestro Ruy Pérez Tamayo: dejar lo mejor de los logros para nuestros alumnos, en quienes depositamos no solo nuestros esfuerzos más genuinos, sino también nuestras esperanzas más íntimas.⁴

REFERENCIAS

1. Sá J, Strand P, Hawthorne K, Da Silva A, et al. Transitions in medical education: Filling in the blanks. *Educación Médica* 2021. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2021.07.001>.
2. Pérez-Tamayo R. Ética médica, salud y protección social. *Salud Pública Méx* 2005; 47 (3).
3. Savater F. *Diccionario de Filosofía*. Ariel. Editorial Planeta, 1995.
4. Pérez-Tamayo R. Un fantasma en el siglo XX, discurso de ingreso al Colegio Nacional (27 de noviembre de 1980).