

## Acerca de la necesidad de que los médicos aprendan medicina

Jesús Duarte-Mote

### Resumen

En la actualidad existe pérdida importante del sentido empático del médico. Las causas de esto se analizan desde tres puntos de vista: desde el punto de vista educativo y de formación del médico, desde el punto de vista laboral (institucionalización de la medicina) y desde el punto de vista del propio médico como enfermo. Los sistemas educativos materialistas junto con la dependencia tecnológica de la medicina, además de la sensación de frustración del médico, explican el deterioro cada vez más importante de la relación médico-paciente. Es urgente realizar cambios en cada uno de estos rubros analizados, de no ser así la medicina está condenada a convertirse en una actividad altamente tecnificada, basada en estadísticas, pero despersonalizada y, sobre todo, a adquirir un fundamento completamente utilitarista.

**PALABRAS CLAVE:** Empatía; educación médica.

Med Int Méx. 2018 March;34(2):304-310.

## On the need for physicians learn medicine.

Jesús Duarte-Mote

### Abstract

There is now a significant loss of the physician's empathic sense. The causes of this are analyzed from three points of view. From the educational and training point of the doctor, from the labor point of view (institutionalization of medicine) and from the point of view of the doctor himself as ill. Materialistic educational systems, together with the technological dependence on medicine, in addition to the doctor's sense of frustration, explain the increasingly important deterioration of the doctor-patient relationship. It is urgent to make changes in each of these categories analyzed, otherwise, medicine is doomed to become a highly technical, statistical-based, but depersonalized activity and above all to acquire a completely utilitarian basis.

**KEYWORDS:** Empathy; Education, Medical.

Internista. Consejo de Medicina Interna de México. Miembro del *American College of Physicians*. Maestría en Investigación Clínica por la Universidad Autónoma del Estado de México.

**Recibido:** 20 de septiembre 2017

**Aceptado:** enero 2018

### Correspondencia

Dr. Jesús Duarte Mote  
jesuddm3@yahoo.com.mx

### Este artículo debe citarse como

Duarte-Mote J. Acerca de la necesidad de que los médicos aprendan medicina. Med Int Méx. 2018 mar;34(2):304-310.

DOI: <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1655>

*Yo sufro el trance de la muerte con  
los moribundos, y cobro nueva vida con los  
niños recién nacidos; no estoy limitado  
por mi sombrero y mis zapatos.*

WALT WHITMAN

## ANTECEDENTES

Es innegable que un médico sabe medicina, pero sabe medicina desde una perspectiva globalizada, impersonal y sobre todo tecnológica. La medicina, la que se preocupa del sufrimiento de una persona plenamente identificada, la medicina que intenta solucionar problemas particulares, la medicina comprometida con el individuo enfermo y su familia, es la medicina que se ha dejado de enseñar en la actualidad.

Nuestra medicina actual es una medicina globalizada, sustentada en conocimientos estadísticos, y basada en los avances tecnológicos y, sobre todo, regida por guías.

¿Es mala nuestra medicina actual? No lo creo, pero tampoco es la mejor de las medicinas.

Pese a que nuestra medicina tecnocrática e impersonal ha tenido logros nunca antes imaginados, ha sacrificado mucho de la esencia misma de la profesión. A pesar de que la medicina actual logra un mayor beneficio para mayor número de personas, cada vez se está olvidando más el fundamento mismo de su existencia: aliviar el dolor de una persona en particular.

La medicina actual ha pasado de ser una medicina personalizada y altamente empática para convertirse en una medicina despersonalizada, tecnócrata y sobre todo distante.

Con lo anterior, abordaré el problema de la falta de empatía de nuestra medicina actual desde tres puntos de vista: desde la educación científica

del médico, desde el régimen impuesto por el sistema social de salud y desde el propio médico como enfermo.

## Desde la formación del médico

Para hacer este discernimiento tomaré algunas de las ideas de Silvestre Manuel Hernández<sup>1</sup> sobre la educación y ética en México.

El autor argumenta que los fundamentos de la educación y la ética son esencialmente el engrandecimiento del hombre y armonizar los vínculos sociales. Hace ver muchos de los problemas actuales de la educación en medicina, sobre todo violando la máxima kantiana<sup>2</sup> y haciendo del hombre sólo un medio, un medio de desarrollo económico, un medio de adquisición de conocimiento y habilidades técnicas.

La enseñanza de la medicina actual, al igual que la educación en general, sufre de dos problemas básicos. La dependencia del estudiante a la adquisición de un saber orientado a un bien material y la sumisión que tiene de cumplir con cierto rol, ya sea individual o colectivo.

Es decir, ahora se educa con el ideal competitivo. Con un fin material y económico, hasta el punto de que en ocasiones no importa la lealtad a los principios básicos que rigen la profesión.

Es imperante volver a la enseñanza de una medicina empática, bajo las exigencias actuales que la ciencia y la tecnología demandan. Por otro lado, la imperiosa necesidad de actualización médica constante, so pena de verse atrasado y relegado por no estar actualizado, es otro factor que hace que el médico no conceptualice a un enfermo como un ser sufriente y sólo lo vea como un caso interesante, un caso problema o peor aún, como sólo un problema. Es frecuente que el médico vea al enfermo como una oportunidad de adquirir más conocimiento.

El médico actualmente debe cumplir con el papel de un profesional capaz y altamente especializado, además de mantener una constante actualización teórico-práctica. El médico actual se desenvuelve en un ambiente de competencia feroz, que hace perder su sentimiento de empatía para sustituirla por una urgencia de conocimiento y estar cada vez más actualizado, para poder sobrevivir en ese mundo competitivo.

¿Es mala la exigencia tan alta con la que los médicos nos educamos? ¿Es contraproducente esta necesidad constante de actualización? La respuesta evidentemente es no, pero el problema es la falta de conceptualización humanista de la educación. El problema es mantener en la mente del médico que el paciente es el fin de todo su esfuerzo y no sólo el medio para obtener beneficios.

Es necesario cambiar la percepción materialista de la educación médica. Conservar ese ánimo de superación constante, pero mantener siempre una actitud empática, considerando al enfermo el fin en sí mismo de nuestra profesión.

La enseñanza de la medicina antaño se basaba en el interrogatorio y exploración del enfermo. Esa medicina se fundamentaba en el individuo como tal, cada médico intercambiaba información de primera mano con el enfermo o al menos con un familiar cercano.

Esta forma de hacer medicina mantenía un alto grado de interacción personal, donde no sólo se conocían los síntomas que aquejaban al enfermo, sino que se compartían esperanzas, miedos, planes, frustraciones, etc. El médico siempre tenía la capacidad, pero sobre todo la disposición de escuchar al enfermo. El paciente constituía el *primum movens* de su profesión.

La medicina implicaba sacrificio y compromiso, representaba un ideal claro de ayuda al prójimo.

Ya lo decía Hipócrates,<sup>3</sup> la medicina se hace sin fin de lucro.

La medicina nació del compromiso moral con el prójimo.

¿Entonces desde cuando es necesario enseñar a los médicos una de las características inherentes de la profesión, es decir, la moral y la ética o específicamente la bioética?

Desde que el otro ha dejado de ser importante, desde que la profesión se despersonalizó, desde que la comunicación efectiva entre médico y paciente dejó de existir, desde que el paciente dejó de ser un ser humano para ser un caso interesante, un caso difícil, un caso problema, o simplemente un problema.

El paciente dejó de ser el centro del ejercicio profesional del médico. Ahora ese centro lo ocupa la tecnología.

Entonces, ¿es necesario reestructurar la educación del médico? Claro, es fundamental reeducarlo, incluso redirigir su camino, que sepa utilizar la tecnología, pero bajo un concepto más humano.

Además, el proceso educativo debe replantearse, no desde el punto de vista académico-tecnológico-práctico, sino desde el punto de vista humanista.

Para ser franco, la educación actual adolece mucho de humanista, pero en este caso en particular la conceptualización del estudiante de medicina es puramente materialista y para muchos, incluso, hedonista.

Las escuelas de medicina han integrado en su currícula la ética y bioética; sin embargo, esta enseñanza no parece estar funcionando y el origen de la falla puede estar en el propio sistema educativo.

Bajo este orden de ideas, ¿cuándo el médico ha dejado de ser empático?, ¿es materialista y además no aprende adecuadamente la ética profesional durante su formación? Entonces ¿el sistema educativo es el culpable de la falta de empatía de los nuevos médicos? O bien ¿este problema siempre ha existido y hasta ahora nos hemos dado cuenta?

Al tomar como base el trabajo de Manuel Hernández,<sup>1</sup> podemos analizar la problemática de la educación médica en México.

Es interesante el argumento inicial del autor. Menciona que la educación se fundamenta en el engrandecimiento del hombre y en armonizar los vínculos sociales.

La educación médica desde hace ya muchos años ha sido materialista. Se encamina a los jóvenes médicos a las posibilidades económicas que pueden obtener una vez que sean capaces de ejercer la profesión.<sup>4</sup>

La ética se encarga a grandes rasgos de que se dé una sana convivencia entre los individuos. Una educación médica ética implica un razonamiento más profundo desde las perspectivas morales y el análisis de los dilemas éticos.

### Desde el régimen impuesto por el sistema social de salud

#### La despersonalización

Claude Prevost<sup>5</sup> argumenta que una persona constituye una individualidad moral, física y jurídica asociada con una conciencia de sí y de los demás, la persona es un sistema de representaciones valorizadas.

Por otro lado, Jean F Allilaire<sup>6</sup> menciona que la despersonalización al margen de conformar una psicopatología, se conforma de un sentimiento de

no reconocimiento de la integridad del individuo, de desrealización y pérdida del carácter familiar.

La medicina es la más humana de las ciencias. Nace básicamente de la necesidad del otro, nace de la empatía en cuanto al sufrimiento del otro. Nace como una relación social de preocupación por el otro.

El sistema social de salud cumple con su cometido legal de dar servicios de salud a un número amplio de la población, oferta un bien para un mayor número de personas. Un bien estipulado como parte integral de los derechos humanos.

Sin embargo, el sistema favorece un ambiente fabril, donde se busca que el producto final sea la salud. Donde la interacción entre médico y paciente se base precisamente en lograr tal objetivo con el menor costo posible.

En un ambiente así, la relación médico-paciente se convierte en una relación fría y distante. A menudo, el médico no conoce del enfermo nada más allá de su historial clínico, incluso ni siquiera su nombre. De ahí la costumbre de dirigirse a los enfermos por el número de cama que ocupan o por el diagnóstico por el cual ingresan y, en el peor de los casos, por alusión al comportamiento social con el personal de salud, es decir, el paciente problemático.

El médico se convierte en una especie de obrero altamente especializado y el paciente en su artículo de trabajo. Pero esta actitud distante no sólo es del médico, el sistema favorece que el propio paciente y sus familiares actúen de la misma forma. De igual manera, muchos de los pacientes o familiares tampoco saben el nombre de su médico y a muchos de ellos ni siquiera les interesa.

Por otro lado, este divorcio en la relación médico-paciente se está haciendo más importante a

raíz del ejercicio de una medicina cada vez más tecnificada. Al paciente se le estudia de manera indirecta, a través de aparatos tecnológicamente complejos, no es raro, incluso, escuchar a un paciente hacer la sugerencia de la realización de una resonancia para “mejorar la exactitud del diagnóstico”.

Todo médico sabe que los auxiliares de diagnóstico son precisamente eso, un apoyo. Pero cada vez dependemos (o, bien, exhibimos nuestra ignorancia) de un resultado de laboratorio o de imagen para establecer el diagnóstico. Esto explica el crecimiento exponencial en la solicitud de estudios paraclínicos que actualmente enfrenta el sistema de salud, sin contar la actitud defensiva que muchos médicos toman en su ejercicio diario.

Esta medicina basada más en la tecnología que en la clínica hace que los enfermos desconfíen de los médicos que no basan sus diagnósticos en estudios complejos, incluso, como antes mencioné, el paciente mismo exige la realización de estos estudios.

Es recomendable reflexionar en la frase de Unamuno: “La ciencia es implacable y, si no se evita, conducirá a la humanidad entera al suicidio, porque mata en nosotros el corazón, el instinto, la fe, todo lo que le concede al hombre coraje para vivir”.<sup>7</sup>

Los pacientes no están obligados a saberlo, pero los médicos debemos hacer hincapié en que la medicina basa su trabajo en el ejercicio de la clínica, en un interrogatorio excelente, una exploración física completa y un razonamiento exhaustivo de cada uno de los pacientes. En el proceso diagnóstico tiene mucha relevancia el proceso en sí y no sólo el fin, o sea el diagnóstico. En ocasiones el diagnóstico no es el certero, pero el paciente se recupera con sólo darle una buena atención, haciéndole saber que su caso

nos interesa y que nos hemos esforzado en lograr su curación (no el diagnóstico).

Sin embargo, esto es precisamente lo que los sistemas sociales de salud no permiten. Un médico que dedique demasiado tiempo a un enfermo es un médico no rentable, es un médico que no cumple las metas y es un médico que institucionalmente no hace bien su trabajo. Lastimosamente la salud institucionalizada busca cantidad y no calidad, y yo tengo mis dudas sobre si busca resultados.

Pero el mismo médico va cayendo en la rutina del sistema mismo. Y hace su trabajo rápido, pero con tan poca calidad que al final los resultados tampoco son los que el sentido común esperaba. Muchos médicos entran en una especie de anodinia, que los convierte en profesionales distantes, apáticos y poco comprometidos.

¿Tiene la culpa el sistema de salud? Claro, pero el médico participa también de forma activa en que los defectos del sistema sean más evidentes.

### Desde el propio médico como enfermo

La judicialización de la medicina, la agresividad de los pacientes, los compromisos adquiridos en el ejercicio médico (fuera de lugar por ser la medicina incapaz por definición de garantizar un resultado) son factores que deterioran el desempeño del profesional de la medicina.

El ambiente laboral actual ha convertido a la práctica médica en una actividad de alto riesgo. Pero esto no queda aquí. Muchos médicos en nuestro país trabajan al menos dos turnos. Es evidente que la sobrecarga de trabajo y el estado constante de estrés perjudica el estado de salud del médico.

En Estados Unidos, en 2016, se publicó un ensayo<sup>8</sup> en el que se estudiaron aspectos del estilo de

vida de los médicos de diferentes especialidades, el grado de desgaste y el grado de felicidad que dicen sentir. El estudio incluyó a 15,800 médicos de 25 diferentes especialidades.

Se encontró que los niveles de desgaste son alarmantes, con incidencias que van desde 40 hasta 55% de los entrevistados. Es interesante considerar la definición que el estudio le dio al término desgaste. Se consideró la pérdida de entusiasmo por su trabajo, sentimientos de cinismo y sensación de tener bajos logros laborales.

Asimismo, las mujeres parecen tener más problemas (55%) que los hombres (46%). Finalmente el estudio analizó la sensación de felicidad en su lugar de trabajo y fuera de él. Fuera del lugar de trabajo el porcentaje de médicos que más felices dicen sentirse son los nefrólogos con 68% y los menos felices fueron los médicos intensivistas con 50%, de cerca están los internistas con 53%. En comparación, sólo 39% de los dermatólogos refirió felicidad en su lugar de trabajo, pero el internista sólo la siente en 24%.

Por sí mismas estas cifras son preocupantes, apenas poco más de la mitad de los médicos dicen ser felices fuera del lugar de trabajo (59.6%) y menos de un tercio de los mismos son felices en su lugar de trabajo (30.6%).

Pueden argumentarse problemas metodológicos, pero la verdad es que los resultados no son nada alentadores. Es recomendable conocer estos aspectos en México.

Alisa Zinóvieva Rosenbaum<sup>9</sup> (1905-1982), más conocida por su pseudónimo Ayn Rand, autora de una de las mejores novelas moralistas, *La rebelión de Atlas*, plantea en voz de uno de sus personajes: "...se considera únicamente el bienestar de los pacientes y nunca el de quienes debían proporcionárselo... nunca se les ocurrió

que al proponerse ayudar al enfermo le estaban haciendo la vida imposible al sano...".

Es una oportunidad de reflexión.

## CONCLUSIÓN

Una educación con altas expectativas materiales, un sistema de salud cada vez más sobrecargado y deficiente llevan a que el médico deje de ser un profesional que otorga salud, para convertirse en un individuo que suplica salud.

Las condiciones en las que trabaja la mayoría de los médicos en el país no son las adecuadas, lo que constituye parte del mal funcionamiento de los servicios de salud sociales de nuestro país.

Es imperante analizar todos estos puntos e intentar regresar a la medicina empática y personalizada sin sacrificar conocimiento y tecnología. De no ser así, puede ser que un algoritmo computacional analice los síntomas de un enfermo, solicite y analice los estudios de laboratorio e imagen más idóneos y que, basado en probabilidades, emita un diagnóstico e inicie un tratamiento. ¿Qué hace necesario a un médico en este escenario? Para contestar sólo me voy a permitir recordar la definición de salud según la Organización Mundial de la Salud: salud es un estado de equilibrio biológico, psicológico, social y espiritual.

## REFERENCIAS

1. Silvestre Manuel Hernández. Sociológica, Año 25, No. 72, Enero- Abril 2010, pag215-227.
2. El imperativo categórico. Wikipedia, 18 de Mayo del 2017. En [https://es.wikipedia.org/wiki/Imperativo\\_categ%C3%B3rico](https://es.wikipedia.org/wiki/Imperativo_categ%C3%B3rico).
3. [https://es.wikipedia.org/wiki/Juramento\\_hipocr%C3%A1tico](https://es.wikipedia.org/wiki/Juramento_hipocr%C3%A1tico)
4. Bauman, Zygmunt. Los retos de la educación en la modernidad líquida, Gedisa, Barcelona; 2007.
5. Diccionario Akal de Psicología, 2ª ed. Ediciones Akal, México 2007, Persona página 430.

6. Diccionario Akal de Psicología, 2ª ed. Ediciones Akal, México 2007, Despersonalización página 167.
7. Leonardo da Jandra, Entrecruzamientos, 2ª ed. Editorial Almadia, página 865, México 2005.
8. <http://www.medscape.com/slideshow/lifestyle-2016-overview-6007335>
9. Ayn Rand. La rebelión de Atlas, 3ª ed. Editorial Grito Sagrado, página 804, México 2009.

#### AVISO PARA LOS AUTORES

*Medicina Interna de México* tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: **[www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login](http://www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login)** podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.