

REFLEXIONES SOBRE EL HUMANISMO MÉDICO: UN NUEVO ENFOQUE DE LA FORMACIÓN MÉDICA^a

DR. RODOLFO ARMAS MERINO

Académico de Número

Cuando se habla de “Humanidades”, “Humanismo” o “Humanitarismo” -que por cierto todas son palabras relacionadas con el ser humano- es necesario precisar de qué exactamente se va a hablar o se está hablando, porque éstas son palabras polisémicas; esto es, que tienen más de un significado. De hecho, el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua señala que “humanidad” tiene nueve significados diferentes:

- i. de naturaleza humana;
- ii. conjunto de personas (aglomeración, multitud);
- iii. fragilidad o flaqueza propia del ser humano;
- iv. sensibilidad o compasión de las desgracias de otras personas, siendo sinónimo de compasión, humanitarismo, piedad, misericordia, filantropía, consideración, benevolencia, caridad, bondad, sensibilidad, amor, altruismo, afabilidad;
- v. sentimiento de pena, de ternura y de identificación ante los males de alguien;
- vi. benignidad, mansedumbre, afabilidad;
- vii. cuerpo de una persona siendo sinónimos corpulencia, gordura, grosor, volumen, mole;
- viii. conjunto de disciplinas que giran en torno al ser humano;
- ix. lengua y literatura clásica.

^a Ponencia presentada en el Seminario “Reflexiones sobre Educación Médica en el Área de Pregrado, organizado por la Academia Chilena de Medicina, Santiago 3 de junio de 2024.

Pero si vamos a referirnos a “humanidades”, “humanismos” o “humanitarismo” relacionadas con medicina, quiere decir que vamos a reflexionar sobre:

- i. Sensibilidad o compasión de las desgracias de otras personas, siendo sinónimo de compasión, humanitarismo, piedad, misericordia, filantropía, consideración, benevolencia, caridad, bondad, amor, altruismo, afabilidad o el sentimiento de pena, de ternura y de identificación ante los males de alguien.
- ii. Lengua y Literatura clásica y el conjunto de disciplinas que giran en torno al ser humano (la literatura, la filosofía o la historia).

Concentrémonos en la sensibilidad o compasión de las desgracias de otras personas, siendo sinónimos de compasión, humanitarismo, piedad, misericordia, humanitarismo, piedad, misericordia, filantropía, consideración, benevolencia, caridad, bondad, sensibilidad, amor, altruismo, afabilidad y el sentimiento de pena, de ternura y de identificación ante los males de alguien. En otras palabras, estamos hablando de la empatía que es la suma de cercanía, comprensión y solidaridad del médico para con el enfermo.

Tengamos presente que los estudiantes de medicina son personas muy seleccionadas, con las mejores calificaciones de la educación media y con los mejores resultados en la prueba de ingreso a la universidad. Uno diría que son una elite dentro de su generación. La empatía hay que ir construyéndola.

Es una queja frecuente de los pacientes que los médicos no los escuchan suficientemente o que actúan como apurados, o que hablan por teléfono interrumpiendo la consulta. Esta queja es una forma de expresarse para decir que es poca la empatía. Es más, éste es un asunto que ha sido medido y se ha encontrado que la empatía es más acentuada en las mujeres que en los hombres, que en los estudiantes de medicina tiende a declinar cuanto más se avanza en los estudios médicos (“el corazón se va endureciendo”), es más frecuente en determinados especialistas^(1,2).

Es cierto que con frecuencia hay una relación poco empática. Es enteramente entendible que ello ocurra si se dispone solo 10 a 20 minutos para cada consulta médica, independiente de cuan compleja sea esa consulta y cuánto se demora el médico en hacer una anamnesis o en examinar al paciente, o cómo no comprender que el médico no haya alcanzado a memorizar el nombre de cada enfermo si tiene a cargo en una sala de hospital a diez enfermos a los que tiene que dar de alta a la mayor brevedad dado si el paciente que tiene al frente en el consultorio es el sexto de la mañana y después de él vendrán otros seis. Es decir, el trabajo a presión, como lo es la mayoría de las veces en nuestro sistema público y a veces en el área privada, es “anti empático”.

Súmese a lo anterior, que desde hace setenta años más o menos la medicina ha incorporado una variedad de instrumentos y de técnicas que han facilitado los diagnósticos y tratamientos interponiéndose entre el paciente y el médico. Las técnicas son atractivas,

pero distraen de la persona del paciente. El médico no necesita que el paciente le explique más su dolor porque lo va a aclarar con una endoscopia y/o una ecotomografía.

Es muy cierto, la medicina se ha instrumentalizado, se ha especializado, se ha burocratizado y protocolizado. Es cierto también que son muchos los personajes (médicos, enfermeros, auxiliares, kinesiólogos, asistentes sociales, estudiantes, becarios, residentes, nutricionistas, etc., que desfilan ante el enfermo quien, finalmente, no sabe quién es su médico.

No es que haya antipatía entre el médico y el paciente, no hay oportunidad para la empatía.

La empatía del médico con el paciente importa y mucho. Se ha evidenciado que mejora la sensación de satisfacción de los pacientes lo que no es menor, mejora la adherencia a los tratamientos e, incluso, mejora los resultados terapéuticos⁽³⁾. Además, la mayor empatía médico-paciente hace más grato el trabajo al médico^(4,5) y menos ingratas las horas al paciente.

Los estudiantes deben aprender que cada paciente goza de singularidad, cada cual tiene sus expectativas, sus proyectos, sus afectos, sus caprichos y valores que le son muy apreciados y que, comúnmente, siente que todo ello se le amenaza con su enfermedad. Sir William Osler (1849-1919), padre de la Medicina interna enseñaba que “la variabilidad es la Ley de la vida y, al igual que no hay dos caras iguales, no hay dos cuerpos iguales, ni dos individuos se comportan igualen las condiciones anormales que conocemos como enfermedad”⁽⁶⁾. Por lo demás, de los Hipocráticos aprendimos que “...es más importante saber qué persona sufre la enfermedad que saber qué enfermedad sufre la persona”. Por eso, la empatía necesita tocar la sensibilidad y los intereses que son propios de cada paciente y para eso ambos, paciente y médico debe conocerse. ¡Cómo no va a ser importante que los estudiantes pierdan empatía a medida que avanzan en la carrera!

Así mismo, los familiares más próximos de los pacientes son parte muy importante en el proceso de la enfermedad y también merecen atención. Desatenderlos es desatender al paciente mismo. La empatía con los familiares próximos a los pacientes es empatía con el paciente.

Sin pretender justificar la falta de empatía, hay factores que contribuyen a este distanciamiento y hay que tenerlos presente para evitarlos o corregirlos:

- El médico no aprendió desde las primeras entrevistas con pacientes que éstas deben ocurrir con empatía, comprensión.
- Los tutores no siempre son modelos de respeto, solidaridad y comprensión al paciente y no enseñaron al estudiante que esto es esencial en el trabajo clínico.
- Los encuentros con los pacientes no son empáticos cuando el médico está extenuado por haber tenido una jornada larga de trabajo.

- El encuentro del paciente con el médico es difícil cuando ellos no se conocen, no se eligieron el uno al otro; y para que sea exitoso el encuentro debe iniciarse con presentarse ambos, médico y paciente.
- El encuentro está limitado a un tiempo escaso.
- La entrevista médico-paciente se hace en un lugar o ambiente inadecuado (en un pasillo, carencia de privacidad, con interrupciones, etc.).

La enseñanza del trato empático deber ser un capítulo dentro de la enseñanza de la semiología y de la clínica y estar a cargo de los mismos docentes que enseñan a auscultar corazón y pulmón y a palpar el abdomen. Que no sea ésta una enseñanza que sale del “eticista” o del especialista en medicina paliativa, debe estar presente en todo acto médico cualquiera que sea su especialidad porque es parte elemental del trabajo médico. Cada escuela o universidad verá cuánto y cómo enseña la buena relación médico-paciente, pero es inevitable que los tutores estén preparados en esta materia. Es el primer paso para que el paciente sienta que está recibiendo un trato satisfactorio y que el médico es muy humano, esto es, una persona creíble y confiable.

Hay que ser realista, la presión asistencial siempre será un problema, la tecnología en medicina crecerá, la especialización seguirá ocurriendo. Y en esa realidad hay que mantener y enseñar que cada paciente es una persona que necesita un trato personalizado, muy humano. Ya quedó definitivamente atrás la medicina familiar, más intuitiva que científica y que la describió una vez en nuestra academia monseñor Bernardino Piñera⁽⁷⁾:

“Ha quedado muy atrás el tiempo en que el médico era un amigo que lo conocía, más que el perfil bioquímico y la ecotomografía, por conversaciones íntimas desde hace muchos años, que lo conocía en su temperamento y manera de vivir. En su familia y en su entorno. El tiempo en que se podía morir tranquilo en su cama, rodeado por su familia y pensando en Dios según su fe religiosa y no conectado a mil tuberías con mil artefactos que lo separan en las últimas horas de vida del mundo al que pertenece y de su propia conciencia. El tiempo en que no se gastaba en el último mes de la vida los ahorros de cincuenta años de trabajo, dejando a los suyos con el duelo y con la deuda”.

Pensemos que los estudiantes de medicina son jóvenes muy seleccionados de entre los de la última generación que egresó de la educación secundaria e ingresaron a la universidad. Ellos, gracias a los estudios, serán parte de la elite de personas del país. En la Universidad ellos cambiarán de adolescente sin o con pocas responsabilidades a profesional con mucha responsabilidad, Para muchos el cambio será muy grande, pues pertenece a la primera generación en su familia que tendrá estudios superiores y en sus hogares nunca hubo libros. ¡Cuánto se beneficiarían estos estudiantes si la universidad no solo les enseña medicina, sino que les hace personas más completas y les ofrece adquirir conocimientos del área de las humanidades, de las letras, de las artes, de la historia!

Los médicos son, probablemente, las personas de la sociedad que tienen más años de estudios formales y, además, en la universidad se les inculca que una vez terminados esos estudios deberán incorporar en sus vidas y para siempre el hábito de la educación continua.

También es una particularidad de la profesión médica la relación constante con muchas personas que, entre otros, son sus pacientes, los familiares de éstos y los compañeros de trabajo muchos de los cuales tienen otras profesiones relacionadas al sector de la salud. Esta “multi relacionalidad”, que es poco habitual, pero es común en los médicos, coloca al médico con personas de todos los grupos sociales, oficios y niveles económicos permitiéndoles conocer mejor la realidad de la sociedad en que vivimos.

Por otra parte, el ejercicio de la medicina implica un permanente contacto con los mundos de la ciencia, principalmente, en el área de la biología y también, a través de los pacientes que dan cuenta de sus afectos, intereses e intimidades- hay relación con disciplinas como la psicología y la sociología.

Estas condiciones hacen del médico una persona interesante, destacada, especialmente valorada, que gozan de un prestigio especial dentro de la comunidad y por ello se le escucha y se le consulta su opinión sobre los temas más variados. Por ello necesita poseer una cultura que supere a la común, que vaya más allá de la sola medicina, que incluya en alguna medida disciplinas que enriquecen el espíritu como la literatura, las artes, la filosofía, la historia.

“El médico que solo sabe medicina; ni medicina sabe”, es un aforismo que se atribuye al médico catalán José de Letamendi y Manjarrés que vivió en el s. XIX⁽⁸⁾.

Los médicos debieran acercarse lo más posible a una concepción integradora de los valores humanos, esto es al humanismo, que es una corriente filosófica centrada en el conocimiento del ser humano y la exaltación de sus valores y que ha sido abordado desde la más remota antigüedad bajo diferentes perspectivas según las épocas y el quehacer médico en ellas. El humanismo médico nace en la época Hipocrática (s. IV a. C.) en la que se habría producido el primer tratado de ética médica. Desde esa remota época se ha esperado que el médico fuese el artífice a cargo de los medios para lograr la curación de las enfermedades. Esta es una condición del médico, de saber mucho porque estudia mucho y de saber mucho de los seres humanos, porque tiene mucho contacto con personas diferentes y de diferentes ambientes. No se espera ni esperaba que todos los médicos fuesen filósofos, pero sí, que para mejor cumplir con su tarea enriquezcan su mirada amplia de la persona humana, de la sociedad y del acontecer; si se limita a corregir la afección, no ejercerá plenamente su función.

Desde que la ciencia y, especialmente, la tecnología entraron en la medicina, ellas ocuparon mucho del interés y del tiempo curricular en la enseñanza de éstas. El mayor conocimiento de la persona humana y de la sociedad, parecieran estar “arrinconadas”

en las universidades por la mayor ocupación del tiempo y del interés por la ciencia y la tecnología.

Es deber de los médicos conocer más de la persona humana, de su historia y de los riesgos y éxitos, así como gozar de las bellas artes.

A partir de cincuenta años atrás, han comenzado a participar en el quehacer de la medicina y la salud empresas comerciales como centros asistenciales, seguros de salud, industria fabricantes y distribuidoras de insumos necesarios en el trabajo médicos y otras, introduciendo políticas propias del comercio. Este conjunto de factores tiende a interferir en una relación médica adecuada afectando paulatinamente la relación individual entre el médico y su paciente.

No obstante, lentamente, en los años setenta del siglo pasado, en relación con la introducción de la Bioética^(9,10), se inició un lento reingreso del humanismo en la práctica y docencia médica. Es posible que los horrores que develaron los juicios de Nuremberg al terminar la segunda Guerra mundial (1945), sacudieron a la humanidad y comenzaron a centrar la miradas en las personas y dentro de eso las Naciones Unidas proclamaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en 1970 Potter introduce el concepto de ética por la vida o bioética^(9,10) y en Chile se promulga la Ley que regula “los deberes derechos que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”. Esta Ley regula las investigaciones médicas, garantiza la autonomía de los pacientes, ha sido un gran paso en el reconocimiento de la persona enferma.

Actualmente, existen institutos, centros de estudio, programas y otras formas de organizaciones para desarrollar y enseñar las artes y humanidades en las escuelas de medicina de importantes universidades del mundo como las de Harvard, John Hopkins, California, Yale, Stanford, Chicago, Oxford, Cambridge, Bristol, Glasgow, Karolinska, Sorbonne, etc. Ellas abordan áreas como la antropología, la sociología, la filosofía, la música, la historia de la medicina, la literatura, la bioética, etc.⁽¹¹⁾. Esto evidencia la importancia que se le está dando a la formación más integral de los médicos. Según nos ha informado la Asociación de Facultades de Medicina de Chile, en nuestro país, actualmente, se imparte docencia en humanidades en la mayoría de las escuelas de medicina del país^b, pero en varias no hay actividad alguna de esta naturaleza y en no pocas pareciera un programa débil. Parece justo y necesario que el médico reciba, además de la instrucción del área médica una educación humanista en áreas como la historia, la antropología, la literatura, la sociología que lo haga una persona con un nivel educacional superior al común y pueda asumir con más propiedad el liderazgo que de todas formas le dará la sociedad.

Los programas universitarios, las federaciones de estudiantes e incluso el Colegio Médico deben evaluar y si es necesario estimular qué, cuándo y cómo están desarro-

^b Información proporcionada por el Profesor Dr. Antonio Orellana, presidente de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile.

llando el crecimiento humanístico de los alumnos, teniendo presente que las actividades voluntarias corrientemente fracasan y que solo son eficaces las actividades obligatorias, aunque pueden ser opcionales.

REFERENCIAS

1. Chen DC, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Med Teach* 2012;34:305-11.
2. Agnieszka B, Bulska W, Bonk M, Seweryn M, Krysta K. Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatria Danubina* 2015;27(1):48-52.
3. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physicians empathy: a systematic review. *BMC Med Educ* 2014; 14:219.
4. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, Sloan J. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med* 2005;20:559-64.
5. Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med* 2003;18:670-4.
6. Bean RB, Bean WB, Osler Aforism. Henry Schuman. Inc New York 1950.
7. Piñera B. El reencantamiento de la medicina. *Bol Acad Chilena de Medicina* 1991;213.
8. Las Heras J. Humanismo Médico. ¿Ficción o Paradigma? El rol del Humanismo en la Formación del Médico. *Bol. Acad Chilena de Medicina*. 2023;LX:18-28.
9. Potter VR. Bioethics: the science of survival”, en *Perspectives in Biology and Medicine*, Nueva York, 1970.
10. Potter VR. *Bioethics. Bridge to the Future*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall Pub, 1971.
11. Las Heras J. El concepto de seguridad humana en el desarrollo armónico de la humanidad. *Bol Acad Chilena de Medicina* 2024;LXI:42-50.