



## Profesionalismo y humanismo en el ejercicio de la medicina

José Marcos Félix-Castro<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Oncología Pediátrica, UMAE Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”, Centro Médico Nacional “La Raza”, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México.

Hace unos días el decano de la facultad donde laboro me envió una “liga” para acceder vía Internet al video: *A doctor's rules for other doctors - Part 2*, publicado recientemente.<sup>1</sup> El Dr. Lundberg hace alusión a una publicación que contiene medidas, recomendaciones y sugerencias para el ejercicio de la medicina actual. De entre los múltiples conceptos vertidos solamente señalaré los siguientes:

1. “Ser médico es un gran privilegio. No abuses de él.”
2. “No abandones los instrumentos de trabajo.”
3. “Nunca le digas a una mujer que no se puede embarazar.”
4. “Cuanto más avanzada es la tecnología, mayor la necesidad de contacto humano.”
5. “Presta especial atención a los pacientes que te dicen que se van a morir.”
6. “La mejor prevención de la mala práctica es el acercamiento al paciente y la honestidad total.”

Estas reflexiones son importantes, pero ¿desde cuándo necesitamos que nos recuerden no abusar del arte (y la ciencia) de ser médicos?, ¿hace cuánto tiempo se nos pide no abandonar nuestros propios instrumentos de trabajo?, ¿qué parte de la educación y los buenos modales hemos perdido? Indicar o no embarazos, ¿con qué poder y con qué moral?, ¿por qué la tecnología, la confianza y la comunicación con nuestros pacientes están distanciados?, ¿cuándo nuestra sensibilidad dejó de ser un indicador preciso del buen acompañamiento

a un paciente que por sí mismo vislumbra el final de sus propios días?, ¿acercarnos a nuestros propios pacientes?, ¿ser “totalmente honestos”?-, ¿cuándo?, ¿cómo?

Es necesario entender que el profesionalismo y el humanismo están cambiando. Existen películas, reportajes, artículos e incluso libros, que nos recuerdan que estamos perdiendo estos valores, no sólo como gremio, no sólo como médicos, sino como personas acompañantes de personas vulnerables: nuestros pacientes.

Tal vez no somos los únicos responsables de lo que pasa en el presente. Es posible que nuestros maestros y maestras de escuelas, facultades y hospitales en pre- o postgrado no nos hayan enseñado dichos valores. Quizás nunca nos dijeron que ser médico/médica era mucho más que sólo aprender medicina. Lo anterior puede ser parte del problema; pero ¿qué estamos dejando de hacer hoy?, ¿qué estamos dejando de enseñar para mantener o aumentar las carencias morales y espirituales?

### CONTEXTO

Estamos en un mundo de resultados. Nos hacen creer que la meta es más importante que el camino. Atender pacientes es lo que cuenta, y cuanto mayor sea el número, mejor; es decir, la productividad. Giramos alrededor de lo que podemos aportar como personas, incluso dentro de un marco en el que la sociedad demanda cobrar honorarios por servir. De aquí parte el ser competente. El desarrollo de las competencias profesionales en cualquier aspecto del conocimiento —del cual no se excluye a la medicina— es la delimitación de los resultados con un proceso cognitivo amplio y profundo, desarrollado en muchas ocasiones por el propio estudiante. La adquisición de competencias por un diseño constructivista del aprendizaje es un ejercicio autorregulado y autocrítico de un alumno que intenta

\* Correspondencia: JMFC, jmfelixc@hotmail.com

Conflictos de intereses: El autor declara que no tiene.

Citar como: Félix-Castro JM. Profesionalismo y humanismo en el ejercicio de la medicina. Rev Mex Pediatr 2018; 85(6):197-200. [Professionalism and humanism in the practice of medicine]

alcanzar sus objetivos, el cual, en el mejor de los casos, se apega a las necesidades de los pacientes persiguiendo como último fin la salud.

En la actualidad, la tecnología ha provisto a los pacientes de mayor información, lo que nos obliga a ser competentes y cada día mejores. Por su lado, el paciente, el familiar o los padres también con estas herramientas se preparan y se instruyen —aunque sea superficialmente—, con lo cual les permite cuestionar, analizar e inclusive (tristemente) defenderse de sus propios médicos. Así, la tecnología nos ha hecho cambiar: ellos ya no son los mismos pacientes, y nosotros no somos (ni debemos ser) los mismos médicos.

Hemos pasado de una época de la educación médica que llevaba más de 100 años, la época flexneriana. La partición del conocimiento, su memorización, sin cambios, con diseños curriculares “típicos” que limitaban la creatividad y desarrollo autónomo de los alumnos —por cierto, muy acertados para las bases del conductismo—. Su evolución hacia el aprendizaje basado en problemas (ABP) tardó más de 55 años. Es decir, pasó poco más de medio siglo desde el cierre de las más de 70 escuelas de medicina en los Estados Unidos de América (EUA), debido al reporte Flexner, para incorporar las categorías del ABP que Barrows estableció y que Borrel dimensionó. Hoy día, bajo la lupa de organismos internacionales de salud y educación, las competencias profesionales tienen nuevas características hasta por definición (*Tabla 1*).<sup>2</sup>

Por su parte, el concepto de las competencias para el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Postgrado (ACGME, por sus siglas en inglés) en EUA, va más allá de las habilidades y conocimientos. Se requiere la plena conciencia del significado del conocimiento y las expectativas al final de un proceso formativo, con síntesis e integración de la información como resultado, que logre no sólo cubrir las necesidades de los pacientes, sino un desarrollo curricular con enseñanza, aprendizaje y procesos de evaluación. Para lograrlo, desde 1999 los procesos formativos de postgrado han permitido la creación de seis competencias básicas (*Tabla 2*).<sup>3</sup>

**Tabla 1: Definición de competencia.<sup>2</sup>**

Para Epstein es el juicioso y habitual uso de la comunicación, conocimientos, habilidades técnicas, razonamiento clínico, valores y reflexión en la práctica diaria en beneficio del paciente y las comunidades que atiende.

**Tabla 2: Competencias básicas.<sup>3</sup>**

1. Cuidado del paciente
2. Conocimiento médico
3. Aprendizaje basado en la práctica y la mejora
4. Habilidades interpersonales y de la comunicación
5. Profesionalismo
6. Práctica basada en el sistema

## PROFESIONALISMO

El profesionalismo debe centrarse en el compromiso de la práctica apegada a las responsabilidades del ejercicio de la medicina, así como a los principios éticos. Por ello, los médicos, en este caso los y las pediatras, deberán demostrar su capacidad de atender pacientes con las siguientes acciones:<sup>3</sup>

- Compasión, integridad y respeto por los demás.
- Capacidad de respuesta a las necesidades del paciente por encima del interés propio.
- Respeto a la privacidad y autonomía del paciente.
- Rendición de cuentas a los pacientes, la sociedad y la profesión.
- Sensibilidad y capacidad de respuesta a una población de pacientes que incluye, entre otros aspectos, la diversidad de género, edad, cultura, raza, religión, discapacidades y orientación sexual.

Éstas son algunas de las características del ser “profesional”, ante las que surgen las preguntas: ¿las conocemos?, ¿las recordamos?, ¿las practicamos? y, sobre todo, ¿las enseñamos a estudiantes y residentes? A este respecto Eliot Freidson hizo la siguiente reflexión:<sup>4</sup> “El problema más importante para el futuro del profesionalismo no es económico ni estructural, sino cultural e ideológico. El problema más importante es su alma”.

Hoy en día enfrentamos una situación de cambios no sólo de la medicina, sino de todas las áreas, incluyendo a las personas, lo cual no se limita a una generación (ya que no es exclusivo de los “millennials”). Los nuevos estudiantes y médicos son el producto de las generaciones previas, ya que todos tenemos que ver con todos, así como participar de todos y de todo. Educar y acompañar es en toda dirección hacia todos los horizontes.

El profesionalismo es un cúmulo de competencias complejas de educar, transmitir, compartir y evaluar, así como retroalimentar. En comparación con el humanismo, que es universal, el profesionalismo

es considerado más local, es decir, la socialización de la profesión, de las características del gremio con sus normas y estándares. El humanismo tiene que ver con la experiencia del alma, los valores y la conciencia de éstos. Para algunos, el ejercicio clínico debería estar impregnado de juicio humano, desarrollado específicamente para tomar decisiones más integrales.<sup>5</sup> El profesionalismo es el marco donde trabajan diferentes estructuras médicas y humanas en equipo, las cuales están íntimamente ligadas para el bien, tanto de las personas enfermas como de quien ha decidido cuidarlas (*Tabla 3*).<sup>6</sup>

## HUMANISMO

El humanismo es uno de los pilares del profesionalismo. La esencia proviene del alivio de las calamidades que las personas sufren y se es humanitario de “humanitarismo”, palabra que sería la más fiel a la definición y las metas que se persiguen. Desde la perspectiva de las ciencias de la salud, este humanismo-humanitarismo puede ser visto como lo bueno que se espera de un médico, el trato empático, abierto, afectuoso, receptivo en la atención médica, sin caer en los extremos del paternalismo o distanciamiento. Puede haber diferentes visiones, en teología es la compasión, la obligación propia frente a la indiferencia y hostilidad; mientras que, desde la visión social, los valores, la justicia, la solidaridad, la igualdad son conceptos desarrollados por una cultura de derechos y obligaciones.<sup>7</sup>

De acuerdo con Haffert: “La medicina es una comunidad moral, su práctica es una empresa moral. Ser profesional (y humanitario) es un compromiso moral”. No podemos hacernos cargo de pacientes sin estar preparados para la enfermedad y todo lo que le rodea, lo cual incluye la carga emocional de estar enfermos, el dolor no biológico, las emociones y su entendimiento. Necesitamos del humanismo; sin embargo, no parece

haberse enseñado de manera eficaz y profunda de acuerdo con las necesidades actuales.<sup>4</sup> Cuando médicos formados en humanismo atienden y acompañan a un paciente hay mejores resultados, con más apego a tratamientos, incluso con mayor satisfacción de los pacientes. No obstante, se ha notado que los estudiantes empiezan a perder empatía con los pacientes a partir del contacto inicial, tanto en los primeros semestres de clínica como en el internado, pero por fortuna, aunque ésta se pierda, puede reaprenderse.<sup>8</sup>

El ambiente es un factor de riesgo para el humanismo (por ejemplo, al observar diariamente dolor y sufrimiento). Para el estudiante de medicina, la despersonalización inicia en etapas tempranas como las prácticas de anatomía. De acuerdo con el Dr. Kalanithi: “[...] la disección de un cadáver, su rito médico, una invasión de lo sacroso de un cuerpo (proceso que engendra múltiples sentimientos: repugnancia, euforia, náusea, frustración, temor) terminan por convertirse en un tedioso ejercicio escolar...”<sup>9</sup>

La *Tabla 4* señala los principales factores de riesgo (para aprenderlo, enseñarlo y practicarlo) ambientales para el humanismo. A lo anterior se puede agregar el propio desgaste de la profesión. Ejemplo de ello es el síndrome de segunda víctima, más frecuentemente asociado con especialidades quirúrgicas (aunque no exclusivo).<sup>11,12</sup> Se define como la posibilidad de desarrollar estrés, efectos psicológicos y emocionales secundarios, los cuales se presentan después de un evento adverso, error médico, o daño (consciente o no) a un paciente, victimizando al doctor o doctora en un sentido traumizante. De esta forma habrá sentimientos de culpa, ansiedad, frustración, enojo, falla en la autoconfianza, pudiendo llegar a estrés postraumático, depresión e ideas suicidas.

En la práctica cotidiana existen muchos factores que producen sufrimiento, desgaste y deshumanización, lo cual afecta el trato, comunicación y la atención de los pacientes. Debemos voltear a ver el humanismo como parte de una educación integral, así como una forma de cuidarnos y protegernos del diario acontecer

**Tabla 3: El profesionalismo y su marco de referencia.<sup>6</sup>**

- Los pilares
  - Responsabilidad
  - Altruismo
  - Excelencia
  - Humanismo

- Los cimientos
  - Entendimiento de ética
  - Habilidad de la comunicación
  - Competencia clínica

**Tabla 4: Factores de riesgo para el humanismo.<sup>10</sup>**

- Avances no controlados y uso excesivo de la tecnología
- Mayores demandas de documentación
- Enfoque en la productividad
- Comercialización de la medicina
- Falla en acceso a servicios de salud
- Pérdida de la confianza en la ciencia de la salud

**Tabla 5: Algunos consejos para la educación del humanismo en medicina.<sup>13</sup>**

- Inclusión dentro del diseño curricular
- Incorporación de la empatía
- Incluir lo humano en lo clínico
- Tener en cuenta el currículum oculto (docente y alumno)
- Evaluación
- Investigar sobre el humanismo

en la vida del médico, incluso para tratar de tener una mejor calidad de vida.

### EDUCACIÓN DEL HUMANISMO EN MEDICINA

Educar es una forma de perdurar e intentar compartir, lo cual ayuda al avance de la medicina, la ciencia y la humanidad.

El profesor humanista debe contener características muy particulares:

- Humildad ante el privilegio y la responsabilidad del cuidado de personas.
- Curiosidad por conocer genuinamente a las personas que atiende.
- Deseo por la excelencia para merecer la oportunidad de ser médico.

Estas características permiten inculcar, mediante la enseñanza estructurada y el ejemplo, la autorreflexión, la autocrítica, la resiliencia, el bienestar personal y el autocuidado en torno a la atención médica cotidiana.<sup>8</sup>

En la actualidad existen propuestas para la inclusión del humanismo en los programas educativos. Inclusive se han publicado sugerencias para su educación (*Tabla 5*).<sup>13</sup> El diseño curricular, la preparación de los docentes y su incursión en modalidades inter- y multidisciplinarias es el primer paso. Educar con am-

plia visión del paciente, como persona con enfermedad ciertamente, pero también con dolor, con miedo, con familia, en contextos que requieren más que sólo conocer el lado técnico de la medicina.

Con la enseñanza del humanismo esperamos un número mayor de profesionales de la medicina que sean mejores personas y más sensibles ante las condiciones de los pacientes y sus familias. De esta forma, estaremos buscando nuevos horizontes. Más que datos clínicos y cúmulos de conocimientos, los y las pediatras deberemos estar abiertos a emociones y sentimientos a fin de practicar una medicina de humanos para humanos.

### REFERENCIAS

1. Lundberg G. A doctor's rules for other doctors - Part 2. *Medscape Internal Medicine*. [Tomado 20 de diciembre de 2018] Disponible en: [https://www.medscape.com/viewarticle/906529?nlid=126700\\_2381&src=WNL\\_mdplsfeat\\_181226\\_mscredit\\_surg&uac=12997ER&spon=14&impID=1844094&faf=1](https://www.medscape.com/viewarticle/906529?nlid=126700_2381&src=WNL_mdplsfeat_181226_mscredit_surg&uac=12997ER&spon=14&impID=1844094&faf=1)
2. Morales-Castillo JD, Varela-Ruiz M. El debate en torno al concepto de competencias. *Inv Ed Med*. 2015; 4(13): 36-41.
3. Israel JL, Tunkel AR. *Medicine: a competency-based companion*. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2013.
4. Rider E, Nawotniak R. *A practical guide to teaching and assessing the ACGME core competencies*. 2nd ed. Marblehead, MA: HCPro, Inc.; 2010.
5. Macnaughton J. The humanities in medical education: context, outcomes and structures. *Med Humanit*. 2000; 26(1): 23-30.
6. Mueller PS. Teaching and assessing professionalism in medical learners and practicing physicians. *Rambam Maimonides Med J*. 2015; 6(2): e0011.
7. Humai L, Ruiz L. *Educación médica y profesionalismo*. México: McGraw Hill; 2017.
8. Plant J, Barone MA, Serwint JR, Butani L. Taking humanism back to the bedside. *Pediatrics*. 2015; 136(5): 828-830.
9. Kalanithi P. *El buen doctor*. México: Océano; 2016.
10. Saultz J. Are we serious about teaching professionalism in medicine? *Acad Med*. 2007; 82: 574-586.
11. Marmon LM, Heiss K. Improving surgeon wellness: The second victim syndrome and quality of care. *Semin Pediatr Surg*. 2015; 24(6): 315-318.
12. Coughlan B, Powell D, Higgins MF. The second victim: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017; 213: 11-16.
13. Cohen LG, Sherif YA. Twelve tips on teaching and learning humanism in medical education. *Med Teach*. 2014; 36(8): 680-684.