

¿Vocación de servicio o servicio de la vocación?

El humanismo emerge una y otra vez, como una necesidad de atender al Otro antes que a mí y como si fuera yo, a quien atiando. Algo tan antiguo y tan presente como la Humanidad misma. Algo que resumimos con frecuencia en una frase chaleco antibalas: “no hagas a otro, lo que no quieres que te hagan a ti”. Pero algo que no pasas, no pocas veces, de solo ser un cliché.

Cuando se me preguntó hace algún tiempo que elaborara una presentación sobre “¿Por qué la Medicina y el médico se han deshumanizado?”, señalé 3 áreas, para resaltar mi opinión de que la deshumanización de la Medicina obedece no a malos médicos sino a malos sistemas:

1. La formación médica desde los claustros de la Escuela
2. Las instituciones de atención de la Salud
3. La bien estructurada Industria de la Medicina

Con esto quise puntualizar: (1) la formación machista del médico, (2) las severas restricciones de la atención de la salud en las entidades pública y de la seguridad social, (3) la industria de las aseguradoras “de salud”.

La deshumanización del médico la siente el paciente y la comunidad como una falta de compasión. El comportamiento humanista del médico es difícil en una sociedad donde las formulaciones universales de la ética: la justicia social, la equidad y la autonomía, se obscurecen en las condiciones indignas en que viven los pobres y, entre ellos, lo más pobres; donde la solidaridad humana deja de ser una convicción para convertirse en un slogan, aún en instituciones de salud; donde el Otro es invisible, no existe, porque la persona pasa a ser invisible cuando habita la pobreza o la enfermedad; y donde el consumismo convierte todo en líquido, que fluye con rapidez sin siquiera mojar como el abono, por el bienestar del Hombre.

Voy a reflexionar sobre la primera afirmación, sin restarle importancia a los otros dos elementos de deshumanización de la práctica médica, que trataré en otros escritos y que solo resalto así: uno, la atención del paciente requiere escuchar atento y compasivamente, esto no se logra en esquemas de trabajo de 10 minutos por paciente; dos, a la industria de las aseguradoras de salud, no les interesa preservar la salud y, para ello, no es que existen, el eufemismo es que son “aseguradoras por la enfermedad”, y son muy eficientes en excluir diagnósticos y enfermedades para mejorar sus capitales y sus ganancias.

La enseñanza de la Escuela de Medicina que más me alejó del paciente fue aquella que, todavía hoy, se le enseña al estudiante: “el médico tiene que disociarse afectivamente del paciente, no puede sufrir con el paciente, no se puede enfermar con el paciente”. Yo le digo a todos hoy: hay que involucrarse con el sufrimiento del paciente, hay que comprenderlo, hay que ser empático con él. No es cierto que se requiere disociarse afectivamente del paciente para hacer un diagnóstico objetivo. Esta otra enseñanza, subliminal pocas veces pero igualmente dañina -ya en la práctica del internado: “el mejor interno es el que no deja trabajo pendiente, el que cumple todas las órdenes, el que trabaja toda la noche del turno, el superhombre” (“superman”). Como si no fuéramos humanos, como si no nos pudiéramos cansarnos o agotarnos, o, incluso, enfermarnos. Como si el sueño y el descanso o el placer con amigos y familias nos estuviera vedado por tener vocación de servicio. Una cosa es educar en el cumplimiento y responsabilidad con los pacientes y otra, es que nos destruyamos y, con ello, destruyamos al que tenemos enfrente o a los que tenemos a nuestro lado.

¿Cómo puede la Escuela de Medicina afrontar este reto de educar para que el médico reconozca las necesidades del paciente y no solo sus enfermedades, para que aprenda que

-
1. Farmer P: Unnatural Disasters and the Right to Health Care. Tulane School of Medicine, Commencement. May 17, 2008;156-162. In: To Repair The World. Paul Farmer speaks to the next generation. Ed. By Jonathan Weigel; foreword by President Bill Clinton. University of California Press, 2013
 2. Haas DA, Krosner YC, Mukerji N, Kaplan RS: Delivering higher value care means spending more time with patients. Harvard Business Review. December 26, 2014
 3. Kaplan RS, Haas DA & Warsh J: NEJM 2016;375:1928-1920

no es a través de sus frustraciones y cansancio que puede satisfacer las expectativas de ellos, los pacientes? Haciendo parte del currículo regular –no opcional– las materias de Humanidades, donde la narración sea uno de los instrumentos de la enseñanza⁴.

Es a través de conocer las experiencias narradas por los pacientes, por los médicos, por las enfermeras y por los administradores de nosocomios y clínicas que el estudiante reconoce los eventos de la vida del enfermo: cómo se dan, cómo se viven, cómo se perciben, cómo se participa de ellos. Sí, las relaciones entre las personas se trastocan o se enriquecen a partir de las percepciones que de ella se tienen. La historia del arte, las artes: la pintura, el dibujo, la fotografía; la literatura: la poesía, el cuento, la novela; la historia universal y la regional o nacional; la biografía, la reflexión bioética, todas ellas tienen en sus textos enseñanzas del comportamiento humano, del sufrimiento, de las alegrías que son parte de nuestras vidas y de las de otros. Todas ellas son fuente docente del médico en entrenamiento y entrenado, sin parangón.

Hoy, las escuelas de Medicina que ofrecen Humanidades como parte de la formación del médico, lo hacen de forma opcional: nadie está obligado a tomar esas lecciones o prácticas. Y, constituyen algo menos que el 3.5% de todas las materias impartidas. Una revisión de esta distribución en 2 escuelas de Medicina nuestras y hasta hace un par de años, me mostraron que en una facultad de Medicina, de las 7,776 horas académicas, 272 (3.497%) se dedicaron a aspectos de ética médica; en la otra facultad, de 7,638 horas académicas, 256 (3.351%) correspondieron a la misma materia de ética⁵. Esto revela la universal creencia de que la enseñanza de las Humanidades en las escuelas de Medicina son un compromiso que estorba y que se reduce al comportamiento ético del profesional. A lo largo del desempeño de la profesión, se constituye en una deficiencia puntual y seria del compromiso de acompañar y curar al enfermo.

Si queremos enfocarnos en el tránsito agotador y angustiante del médico, que modela y modula su comportamiento profesional, la narrativa enseña. Para el profesional de

la Medicina, la exposición recurrente y crónica al sufrimiento y a las decisiones de día a día, hacen mella en su estado de ánimo, tarde o temprano. Las experiencias contadas o escritas, plasmadas en el teatro o en la declamación –de aquellos que han sentido el desgaste emocional y la insatisfacción profesional, o cambios de su personalidad como resultado de su contacto con pacientes que sufren, o de los otros que sufren por las incongruencias entre las demandas y los recursos en los servicios de salud– son un vehículo para encontrar la satisfacción que viene con la compasión⁶. Eso debe ser materia de aprendizaje para el médico en formación y los sitios para ese aprendizaje están en el claustro universitario y en las salas hospitalarias.

Cuando, como médicos, fallamos en reconocer las necesidades anímicas del individuo o de la comunidad y sociedad en su conjunto, ha fallado nuestra formación humanística como doctores. No fue suficiente que se nos enseñaran las necesidades diagnósticas y terapéuticas de la enfermedad. No nos enseñaron sobre las necesidades del paciente, del más enfermo, del más pobre, del más frágil, del abandonado o el olvidado por la sociedad, del que no tiene hogar o vivienda, de aquel que ha perdido sus derechos por la decisión autoritaria de otros –porque los derechos humanos son innatos a todos los hombres y no solo a unos cuantos. Nuestra vocación debe beneficiar a todos los hombres, no importa que especialidad médica optamos, no importa en qué medio laboremos, sin distinguos de ningún tipo. No importa que escogimos ser hospitalistas o trabajar en centros de salud públicos o privados, clínicos, investigadores o administradores. En la práctica de la Medicina, no servimos a una vocación, juramos y abrazamos una vocación de servicio.

Como puntualmente lo ha señalado Paul Farmer: “no tengas miedo de sufrir con el paciente”, “no tengas miedo de ser realmente alguien que cuida”. La compasión es acompañar y sufrir al y con el que sufre.

Pedro Ernesto Vargas, MD, FAAP, MSPP
Neonatólogo y Pediatra
Pedrovargas174@gmail.com
www.pedroevargas.com

-
4. Peterkin A: Curating the medical humanities curriculum: twelve tips. *Med Humanit* 2016;42(3):147-148
 5. Vargas PE: ¿Por qué es difícil el comportamiento humanista del médico? Presentación en Mesa Redonda organizado por la Asociación de Bioética de Panamá, en el mes de mayo de 2016 en la Asociación Médica Nacional.
 - Weintraub AS, Geither EM, Stroustrup A & Waldman ED: Compas
 6. Weintraub AS, Geither EM, Stroustrup A & Waldman ED: Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction in neonatologist in the US. *J Perinatol* 2016;36:1021-1026