



Hagamos a la Medicina grande otra vez

Let's make Medicine great again

Luis Torre-Bouscoulet*

*Instituto de Desarrollo e Innovación en Fisiología Respiratoria INFIRE, Ciudad de México, México.

Citar como: Torre-Bouscoulet L. Hagamos a la Medicina grande otra vez. *Neumol Cir Torax.* 2023; 82 (4):262-263. <https://dx.doi.org/10.35366/117945>

La década de los años noventa y los primeros años del siglo en curso, fue mi etapa de estudiante de medicina y de residente; primero en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y más tarde en la Universidad Nacional Autónoma de México. La formación médica de aquellos años sería considerada hoy como completamente impropia, retrógrada y en contra de los derechos humanos. En aquellos programas de formación, lo que menos importaba era la opinión del estudiante; era una formación autoritaria, monótona, represiva, unidireccional, celosa y, frecuentemente, humillante. A pesar de esos calificativos aquella formación era muy exitosa porque los egresados eran, en su mayoría, médicos que además de competentes intelectualmente eran personas con un sentido de identidad sólido y una filosofía muy particular acerca de la vida y del quehacer médico. Filosofía que podríamos llamar «mística médica» que en principio es lo opuesto a lo terrenal o a lo racional. El médico estaba rodeado de un halo misterioso que lo hacía diferente a cualquier otro profesionista y que conformaba y vivía, con otros médicos, en una fraternidad basada en el respeto a la dignidad profesional que nacía de haber vivido una etapa formativa con el común denominador de ser hostil, adversa, enormemente demandante, pero que generaba

una profunda satisfacción compartida. La mística institucional y gremial –tribal quizá– obedece a las dificultades superadas en el período de formación. Los médicos de muchas generaciones hicieron suya la mística debido a los momentos difíciles; no a los momentos cómodos. Mientras más esfuerzo ameritó la resolución de un problema, mientras más trabajo costó, mayor es la identificación y la cohesión con el grupo. Terminar la formación médica era casi como llegar a la tierra prometida y eso nos hacía ser herederos del maná que significaba al médico.

Hoy tenemos, de manera asombrosa, todo el conocimiento de la humanidad al alcance de nuestro teléfono inteligente.¹ Ahora las máquinas aprenden y generan algoritmos inteligentes, pero algunas décadas atrás, el conocimiento se ganaba, se conquistaba. Había que hacer búsquedas complejas en el *index medicus* y si había suerte, la revista podía estar disponible en la biblioteca.² La transmisión vertical del conocimiento de los compañeros o residentes de generaciones superiores, también se ganaba. Había que demostrar interés, dedicación, perseverancia, para que nos permitieran explorar a algún paciente o realizar algún procedimiento médico. Suele decirse que la formación actual no debe ser comparada con la previa debido a que el mundo actual es diferente del que nos tocó; creo que esa aseveración es parcialmente cierta; no obstante, hay elementos constitutivos que prevalecen a pesar de las modificaciones generacionales.

El fin no justifica los medios; eso es una verdad de antes y de ahora, pero creo que la formación del médico, en especial del residente, no se ha entendido. Ahora hay cada vez más teorías de la educación y cualquier forma de presión hacia el alumno es censurada. Lo que no se ha entendido es que al residente no se le forma o educa; al residente se le selecciona. O, mejor dicho, se le hacen vivir circunstancias en las que se autoselecciona; circunstancias en las que el alumno se cuestiona si tiene el talento y la fortaleza para ser médico o especialista. El entrenamiento de un médico es como el de un soldado o de un bombero; si no se les aparta de su área de confort, no hay formación. Si no hay

exigencia y disciplina, no hay formación. El médico, el residente, debe formarse lo más alejado posible de su área cómoda, controlada. No confundir formación con conocimiento. El marinero puede conocer a la perfección el funcionamiento de su barco, la dirección de viento y la ruta de navegación; pero si no ha vivido una tempestad, de nada sirve. Ningún pasajero se sentiría seguro con un capitán que carezca de experiencia en una tormenta; ¿qué mejor ejemplo de tormenta que la pandemia de COVID-19? No sabíamos de lo que éramos capaces hasta que la pandemia nos puso a prueba. Ahora estamos mejor preparados para nuevas tormentas.

Del bombero, del soldado, del médico, depende la vida de muchas personas y en muchas ocasiones, su trabajo tendrá que llevarse a cabo en circunstancias de crisis, de urgencia, de cansancio extremo, de adversidad. El período de entrenamiento del residente debe estar lleno de obstáculos de diferente índole, obstáculos intelectuales, éticos, integrativos, adaptativos, etcétera, y sólo cuando su determinación lo lleve a superarlos, será digno de ser llamado médico. Quizá sea una postura arrogante, pero no se debe menospreciar la formación del médico o del especialista. Se requieren médicos líderes que tengan fortaleza de acción, pensamiento y decisión. Médicos que lleven a cabo un análisis de consecuencias rápido, eficiente, correcto, con la menor probabilidad de error. Una mente sobreprotegida es débil y se queja de todo, todo le parece negativo y se victimiza. Por el contrario, una mente fuerte acepta, analiza y resuelve. El médico debe ser, por definición, resiliente. Dicha característica dignifica nuestro quehacer.

La imagen social del médico se ha deteriorado, cada vez menos respeto existe hacia el médico y se nos quiere ver como si fuéramos otra profesión... no; no somos otra profesión. Quien vea a la medicina desde la miope visión de una profesión, está subestimando el alcance del significado del ser médico. La medicina es una filosofía de vida.

El mejor motor para el desarrollo es la adversidad. La adversidad genera frustración y el médico debe aprender a tolerarla, manejarla y sublimarla. Un médico con

poca tolerancia a la frustración no debe disecar un hilio pulmonar o realizar una tromboendarterectomía pulmonar. Un médico que no tenga determinación y fortaleza en su pensamiento y en sus decisiones no debe incidir en la vida de un paciente.

Ahora es común que no haya tolerancia a la frustración y se abandonen tareas difíciles, ahora prevalece, más que nunca, la ley del mínimo esfuerzo. Ahora se quiere éxito y dinero de manera inmediata, sin esfuerzo, sin entender que la medicina y la vida son un proceso lento y azaroso. Queremos que las redes sociales nos den el éxito que merecemos y que sea rápido. Se ha confundido lo que es tener una formación menos restrictiva con una formación sin límites.

Así son las cosas ahora, la estrategia en la formación del médico no puede ser la misma que la de otros profesionales por el simple hecho de que el médico lidia con lo más valioso que tenemos que es la salud.

Aunque el trabajo de otros profesionales también se relaciona a la vida; el quehacer del médico es especial –sino superior– por tratar de ayudar al sujeto que sufre. El error de un ingeniero, por ejemplo, puede costar la vida de muchas personas si se derrumba un edificio; cierto, pero el ingeniero trabaja con ecuaciones, materiales, cálculos, proyecciones todas ellas «modeladas», meditadas, incluso simuladas una y otra vez. La medicina no es así.

Creo que, si no volvemos al camino de la disciplina y la exigencia intelectual, los médicos en formación tendrán progresivamente menos límites. La consecuencia será intolerancia, libertinaje, pensamiento débil, falta de reconocimiento de autoridad, ausencia de líderes, inmediatez, victimización. Esas son características que no suman en el complejo proceso de restaurar la salud individual o colectiva. Pongamos pues los límites que necesitamos en la formación médica; estoy seguro de que con disciplina, exigencia intelectual

y pasión volveremos a hacer a la medicina grande otra vez.

REFERENCIAS

1. Short SS, Lin AC, Merianos DJ, Burke RV, Upperman JS. Smartphones, trainees, and mobile education: implications for graduate medical education. *J Grad Med Educ.* 2014;6(2):199-202. Available in: <https://doi.org/10.4300/jgme-d-13-00238.1>
2. Douglas A, Capdeville M. From index medicus to the palm of our hands—what's “App-ening” in graduate medical education. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2020;34(8):2133-2135. Available in: <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2020.02.055>

Correspondencia:

Dr. Luis Torre-Bouscoulet

Dirección Médica, Instituto de Desarrollo e Innovación en Fisiología Respiratoria INFIRE, Ciudad de México, México.

Correo electrónico: luiistorreb@gmail.com