

# Educación Médica: artes, humanidades y ciencias

## Medical Education: arts, humanities and science

Rodolfo Armas Merino<sup>1</sup>, María Isabel Behrens Pellegrino<sup>1</sup>, Jorge Dagnino Sepúlveda<sup>1</sup>, Jorge Las Heras Bonetto<sup>1</sup>, Karin Kleinstauber Sáa<sup>1</sup>, Gloria López Stewart<sup>1</sup>, Fernando Novoa Sotta<sup>1</sup>, Antonio Orellana Tobar<sup>1</sup>, María Eugenia Pinto Claude (Presidenta), Emilio Roessler Bonzi, Vicente Valdivieso Dávila

<sup>1</sup>Comité sobre Educación Médica, Academia Chilena de Medicina (los autores aparecen en orden alfabético).

Recibido: 18 de noviembre de 2025

### Resumen

La Academia Chilena de Medicina aboga por la necesidad de integrar efectivamente las artes y humanidades en la formación médica. La medicina, originalmente centrada en el cuidado del enfermo, ha evolucionado hacia un enfoque crecientemente científico y tecnológico, con innegables logros en investigación, diagnósticos y terapias, pero que también ha producido un profundo cambio en la relación médico-paciente. Este fenómeno se expresa en consultas impersonales, fragmentación de cuidados, menor empatía y en el deterioro del compromiso ético y del bienestar de profesionales y pacientes. Este documento destaca la relevancia de humanizar la práctica médica a través de la integración de las humanidades médicas en la formación médica con enfoques como la medicina centrada en la persona, la medicina narrativa, la bioética y el profesionalismo. Estos elementos promueven la comprensión integral de los pacientes como personas con valores, creencias y experiencias únicas. Asimismo, se subraya que el aprendizaje del trato humano y empático se adquiere esencialmente con el ejemplo de tutores clínicos idóneos. Se propone reconocer el rol fundamental de las humanidades médicas –filosofía, historia, literatura, artes, ciencias sociales– como dimensiones esenciales de la formación, capaces de ampliar la comprensión de la persona enferma y de la enfermedad. La Academia argumenta por un cambio cultural en las escuelas de Medicina, que incluya su integración curricular longitudinal, la valoración académica completa y efectiva de estas áreas y la formación de tutores comprometidos. Solo así será posible lograr ese cambio en las instituciones docentes y asistenciales que permita formar médicos con competencias científicas y tecnológicas sólidas, pero también con empatía, cultura, ética y compromiso humanitario.

**Palabras clave:** Educación médica; humanidades médicas; profesionalismo; deshumanización; Medicina centrada en la persona.

### Abstract

The Chilean Academy of Medicine highlights the need to explicitly integrate the arts and humanities into medical education. Medicine, historically centered on the care of the sick person, has evolved toward an increasingly scientific and technological practice. While this shift has produced undeniable advances in research, diagnosis and therapy, it has also contributed to a profound change in the physician–patient relationship. This phenomenon manifests in impersonal consultations, fragmentation of care, diminished empathy, and the erosion of ethical commitment and professional well-being. This paper underscores the importance of integrating medical humanities into medical education with approaches such as person-centered medicine, narrative medicine, bioethics, and professionalism. These perspectives emphasize that patients are persons, with values, beliefs, and unique experiences that must be acknowledged in clinical care. It further stresses that the capacity for empathy and humane treatment is essentially acquired through the example of clinical tutors who embody these principles in daily practice. Medical humanities –philosophy, history, literature, arts, and social sciences– are presented as essential dimensions of medical training. They broaden the understanding of patients, illness and suffering while counteracting the risks of depersonalization. The Academy therefore calls for a cultural shift in medical schools that ensures their curricular integration, formal and complete academic recognition, and the development of committed clinical tutors. Only by aligning scientific rigor with humanistic education will it be possible to attain this change in teaching and health institutions to form physicians with scientific and technical competences but also empathetic, ethical, and culturally aware.

**Keywords:** Medical education; medical humanities; professionalism; dehumanization; person-centered medicine.

### Correspondencia a:

Jorge Dagnino Sepúlveda  
jorge.dagnino@gmail.com

## Introducción

El Comité sobre Educación Médica de la Academia Chilena de Medicina se ha venido abocando a reflexionar sobre aquellos aspectos donde, a juicio de la Academia, existen problemas o espacios de mejora. El primer aspecto que se abordó fue el de definir un perfil de egreso con las competencias mínimas que se espera de un médico general titulado en una escuela de medicina chilena<sup>1</sup>. Este segundo escrito destaca que el ejercicio de la profesión no solo requiere de competencias científicas y técnicas sino que, primariamente, de una comprensión profunda de la naturaleza humana. Para ello, propone fomentar en las escuelas de Medicina una cultura que valore e integre las artes y humanidades en todos los procesos formativos y de desarrollo académico.

La medicina desde sus orígenes estuvo basada en la intuición, el servicio y el cuidado del enfermo. Gradualmente, desde el siglo XVII y con mayor fuerza durante el siglo XX, fue adquiriendo un enfoque científico y técnico que privilegia el saber instrumental por sobre otras consideraciones. Los logros en investigación médica y desarrollo tecnológico, que han permitido que las personas vivan más y mejor, sumados a los sucesivos cambios sociales, culturales, económicos y en la organización de las prestaciones de salud, han ido modificando la naturaleza de la relación médico-paciente, la enseñanza de la medicina y la práctica médica. Este proceso no ha sido exclusivo de la medicina sino que ha ocurrido en otros ámbitos, reemplazando lo empírico e intuitivo por lo científicamente demostrado; lamentablemente, ese entusiasmo por la ciencia ha traspasado muchas veces los límites éticos y ha desplazado el lugar de la persona humana a lugares secundarios.

Es evidente que todo médico debe dominar los aspectos científicos y técnicos de la medicina, pero en la educación médica es preocupante el énfasis en esos aspectos en desmedro e incluso desdeñando la formación humanística, de la educación médica basada en la evidencia, de la profesionalización del médico docente y de la importancia de las humanidades médicas en la formación médica.

Ante esta situación, especialmente desde la segunda mitad del siglo pasado, se fue relevando el hecho de que los pacientes tienen valores, sentimientos, necesidades y derechos que deben ser considerados y respetados por la medicina y los médicos: la ciencia, por importante que sea, debe privilegiar el valor de la persona humana. Así, en 2002, el notable documento “Profesionalismo médico en el nuevo milenio: Un estatuto para el ejercicio de la medicina” enfatiza la primacía del bienestar del paciente pues “las fuerzas del mercado, las presiones sociales y las exigencias administrativas no pueden vulnerar este principio”<sup>2</sup>. Esta primacía debe ser servida por todos los médicos y ser enseñada en las escuelas de Medicina.

## Humanidades, humanismo, humanitarismo, y medicina

Profesionalismo, humanismo, humanitarismo, humanidades, deshumanización, son términos polisémicos cuya definición ha cambiado con el tiempo y con la perspectiva o intención de quien la hace, cambios que dificultan precisar su significado y comprensión. Aquí proponemos aquellas perspectivas, definiciones y someras descripciones, que nos hacen mayor sentido en su relación con la medicina y la formación médica, partiendo por decir que la sociedad y la medicina han tenido enormes cambios a lo largo de los últimos cien años que deben ser tomados en cuenta al reflexionar sobre estos aspectos<sup>3</sup>. Muchos han sido positivos como el derecho al acceso, eficacia y seguridad en los cuidados médicos; otros, con rezagos, en oportunidad, eficiencia y equidad. No todas las áreas han avanzado en igual medida y en todos los estratos sociales, con grandes diferencias entre naciones.

## Deshumanización

La relación de la profesión médica con la sociedad ha cambiado por factores inherentes a la profesión y por otros en la interacción con aspectos económicos, sociológicos y sociales. Las consecuencias de ello se pueden observar en los médicos con la insatisfacción en la práctica de la medicina, con el aumento del *burnout*, el abandono del ejercicio o la jubilación anticipada, y un aumento en la tasa de suicidios por sobre aquella de la población; por el lado de los pacientes y la sociedad, con las múltiples quejas por el trato autoritario y arrogante, la indiferencia y falta de explicaciones, las largas esperas, la fragmentación de los cuidados, la tasa de errores y sus consecuencias, los cuidados inútiles, el derroche de recursos y la mercantilización de la salud. Se suman los problemas de acceso y equidad que, si bien han ido mejorando a lo largo de las décadas, especialmente en los sectores más desprotegidos, no lo han hecho con la velocidad y completitud que ahora espera la sociedad como un derecho exigible.

Con todo, la queja universal y más sentida es la percepción, real o ficticia, de que los cuidados de salud se han ido deshumanizando, algo que es la negación de lo que la medicina ha postulado siempre como su razón de ser esencial: la relación de ayuda entre una persona, el paciente, y otra, el médico. Así, deshumanización es la indiferencia con la humanidad de una persona y sus experiencias –capacidad de sentir placer, angustia, miedo o dolor– o en su actuar, sus planes, intenciones o elecciones; es la falta de cuidado individual, de afecto, de cercanía y soporte emocional, de descuido de la experiencia subjetiva del paciente. Deshumanizar, también, es una inadecuada manera de lidiar con el estrés cotidiano de

cuidar pacientes graves o moribundos, con limitaciones de tiempo y recursos que impiden o limitan una mejor resolución de los problemas<sup>4</sup>.

Como causas raíz se han mencionado condiciones estructurales y organizacionales de la actividad en hospitales y consultorios—como los insuficientes tiempos por consulta que además se ven mermados por la obligación de cumplir con los registros clínicos, licencias y otras burocracias—en conjunto con exigencias intrínsecas de la profesión médica y por prácticas individuales y colectivas validadas por la costumbre, aunque sin reflexión y menos evaluación sistemática. Es ocioso discutir, pues son responsabilidades compartidas, si son los médicos quienes han deshumanizado su actuar o si son las instituciones las que lo han causado.

La expansión del conocimiento y el desarrollo de la tecnología ha obligado a los médicos a especializarse cada vez más, reemplazando al médico general que trata de ver al paciente como un todo, por el especialista que se concentra solo en el problema en que es experto. Como muchas veces son varias las posibles causas del cuadro presentado y que los pacientes tengan más de una morbilidad, es frecuente que requieran más de un especialista para el diagnóstico o el tratamiento; esto es el “fraccionamiento de los cuidados” con sus inevitables confusiones, repetición de exámenes y procedimientos, contradicciones de opinión o indicaciones, precarización del seguimiento y dilución de las responsabilidades; ante esto, el paciente, afectado psicológica y económicamente, se siente inerte y a la deriva en un mundo que desconoce y lo atemoriza. A esto se suman las dificultades para hacer preguntas o plantear dudas si no se cuenta con una vía de comunicación expedita, siendo necesaria una nueva hora de consulta que puede demorar varios días o semanas.

Se han propuesto seis causas principales de la deshumanización en el escenario de la atención de salud, en la interacción entre individuos y entre éstos y los sistemas<sup>5</sup>:

- Desindividuación: el individuo queda inmerso entre muchos anónimos lo que produce deshumanización de quien es anonimizado y también en quien anonimiza;
- Limitación de la capacidad del paciente para actuar y decidir;
- Asimetría en la relación;
- Mecanización;
- Reducción de la empatía;
- Desafección moral.

A su vez, acciones para contrarrestar estas influencias:

- Individuar;
- Desarrollar y reorientar la capacidad del paciente para actuar;
- Promover la simetría en la relación;
- Promover procesos de personificación y humanización;

- Balancear la empatía y la selección de los médicos;
- Revitalizar el compromiso moral.

Diferentes organizaciones médicas han respondido a estas inquietudes estudiando las causas y proponiendo soluciones. Así nació la bioética<sup>6</sup>, gran movimiento reformador que, a partir de 1970, trajo un enorme cambio positivo al valorar la autonomía, la equidad y dignidad de los pacientes. También surgieron la medicina centrada en la persona, la medicina familiar holística, el aseguramiento de la calidad, la medicina basada en la evidencia, el profesionalismo, la medicina narrativa y el convencimiento de que las artes y las humanidades médicas son indispensables en la formación de los médicos para complementar y balancear la ciencia y la tecnología.

La Medicina Centrada en la Persona<sup>7,8</sup>, es un enfoque holístico de la salud que, en lugar de una perspectiva centrada en la enfermedad o sus síntomas, aboga por considerar al enfermo en su totalidad, con sus valores, creencias, emociones, objetivos de vida y con su entorno y circunstancias<sup>9</sup>. Es una articulación de medicina, ciencia y humanismo que se aprende al ejercer al lado de un tutor competente y, mejor, si este es un médico de familia.

La medicina narrativa surgió como “aquello que ocurre entre el proveedor de salud y el paciente, desde la recopilación de información de los eventos previos a la aparición de la enfermedad hasta cómo aparece ésta, poniendo atención en los aspectos físicos, psicológicos y sociales”<sup>10</sup>. Ambas, medicina narrativa y centrada en el paciente, no apuntan a la enfermedad sino a la persona enferma y se diferencian entre ellas en que la narrativa es el relato personal de hechos que el paciente estima relevantes<sup>11</sup> y que permiten conocerlo mejor<sup>12</sup> y facilitar las terapias<sup>13,14</sup>.

El profesionalismo es el interactuar habitual y juicioso de la comunicación, conocimientos, destrezas, raciocinio clínico, emociones, valores y reflexión para el beneficio del individuo y de la comunidad que sirve. Representa el conjunto de valores y comportamientos que guían a los médicos en su servicio a los pacientes y a la sociedad, priorizando el bienestar e intereses de los pacientes. Es un objetivo que se persigue permanentemente durante todo el ejercicio médico, con benevolencia, compasión, prudencia y justicia. Benevolencia en buscar el bien del otro, compasión en ayudar y sentir con el otro su dolor, prudencia en elegir el mejor medio para alcanzar el fin deseado, y justicia de dar al otro lo que le corresponde en virtud de su ser y obrar. Es un deber y trabajo individual, sostenido en la convicción personal, y es también grupal pues se necesita una cultura organizacional de respeto, honestidad, verdad, confianza, inclusión, liderazgo, tutoría y acompañamiento de cada integrante. La enseñanza del

profesionalismo es una exigencia para toda escuela de Medicina, compete a todos sus miembros exigiendo coherencia entre lo que se promulga y lo que se hace.

## Humanismo, cultura y humanidades médicas

Los médicos son personas de la sociedad que tienen muchos años de estudios formales y, además, deben incorporar en sus vidas el hábito de la educación continua para siempre. También es un rasgo de la profesión médica, la relación constante y cercana con muchas personas; desde luego, los pacientes y sus familiares, pero también los colegas y compañeros de equipo, los profesionales relacionados al sector de la salud en lo clínico, en la gestión y en la administración. Por otra parte, el ejercicio de la medicina implica un contacto permanente con la ciencia y la tecnología y también –a través de los pacientes, con sus afectos, intereses e intimidades– con disciplinas como la psicología y la sociología. Estas condiciones hacen del médico una persona destacada y valorada en el medio social por lo que necesita desarrollar una cultura, como conocimiento y modo de vida, que vaya más allá de la sola medicina, que incluya en alguna medida disciplinas como la literatura, las artes, la filosofía, la historia. Paradójicamente, desde que la ciencia y la tecnología entraron en la medicina, ellas han ido ocupando para sí mucho del interés y del tiempo curricular y así, el sistema universitario ha dejado de acercar a sus estudiantes a esas disciplinas.

Los médicos debieran acercarse lo más posible a una concepción integradora de los valores humanos, esto es al humanismo, corriente filosófica centrada en el conocimiento del ser humano y la exaltación de sus valores, que ha sido abordado desde la más remota antigüedad bajo diferentes perspectivas según las épocas y el quehacer médico contemporáneo. No se espera que todos los médicos sean filósofos, pero sí que sean artífices responsables de los medios para lograr la curación de las enfermedades junto con el acompañamiento de los enfermos; para cumplir mejor esta tarea, deben desarrollar una mirada amplia y profunda de la persona humana, de la sociedad y del acontecer diario. El médico que se limita a corregir la afección, como muchas veces ocurre, no ejerce plenamente su función como reza el aforismo atribuido al médico catalán José de Letamendi y Manjarrés del s. XIX: “El médico que sólo sabe medicina; ni medicina sabe”<sup>16</sup>.

Un médico debe ser culto en el sentido de quien procura mejorar sus cualidades espirituales, intelectuales, físicas y sociales, abogando por el progreso de las personas, las costumbres e instituciones en provecho de sí y de la sociedad en su conjunto. Para el notable maestro mexicano Ruy Pérez Tamayo, “un médico culto es un mejor médico no por ser culto, sino porque es un mejor ser humano”. El médico debe ser humanista para ser humanitario. Este es

un reto a la educación que imparten nuestras universidades y en particular de la escuela de Medicina la que no puede limitarse a la formación científica y tecnológica, sino que debe conseguir el desarrollo integral exigido en los conceptos del profesionalismo médico en sus aspectos, éticos, culturales, sociales y humanísticos. Las *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine* (NASEM), publicaron en 2018 un reporte seminal donde urgen a las instituciones de educación superior a que desarrollasen modelos que integren a las Artes y a las Humanidades con las Ciencias, las Ingenierías y la Medicina para preparar mejor a los estudiantes para el trabajo, la vida y la ciudadanía<sup>17</sup>. El subtítulo se inspiró en una frase de Albert Einstein: “todas las religiones, artes, y ciencias son ramas del mismo árbol”.

En este contexto, se pueden concebir a las humanidades médicas como el estudio interdisciplinario y su aplicación a la educación y a la práctica médica de aquella parte constitutiva de la medicina que incluye las humanidades (filosofía, historia de la medicina, bioética, medicina narrativa, literatura y religión), las ciencias sociales (psicología, antropología, estudios culturales) y las artes. Investigan y dan sentido a las experiencias, narrativas y representaciones en torno a la salud y a las enfermedades abordadas por las ciencias biomédicas. Su estudio, cultivo y aplicación en los procesos de formación médica amplía la comprensión del enfermo y sus entornos, de la enfermedad y sus consecuencias individuales y sociales, de las responsabilidades, posibilidades y limitaciones de la medicina y del médico; promueve y estimula el profesionalismo y el desarrollo de las competencias para contrarrestar la deshumanización en los cuidados de salud. Pragmáticamente, las humanidades médicas deberían ser vistas como una dimensión esencial de la educación médica donde, a través de los métodos y conceptos de una o más de ellas, se fomenta una reflexión crítica dirigida hacia una práctica de la medicina más humana, interdisciplinaria y colaborativa<sup>18</sup>. Las mismas consideraciones y aproximaciones se han hecho para la formación de otros profesionales relacionados con el cuidado de los enfermos, particularmente en enfermería, llamándolas humanidades en/o de la salud<sup>19</sup>.

La historia de la medicina, y especialmente la de la propia especialidad, es un componente esencial del conocimiento, raciocinio y práctica del médico<sup>20</sup>. A través de ella se amplía la mirada sobre las causas de las enfermedades, la noción misma de enfermedad, la eficacia de los tratamientos, la organización de los sistemas de salud, la posición del médico en la sociedad y la interdependencia de la medicina con factores sociales, económicos y culturales<sup>21</sup>. Es, quizás, el antídoto más eficaz contra la arrogancia<sup>22</sup>.

Actualmente existen en la mayoría de las escuelas de Medicina de importantes universidades del mundo,

institutos, centros de estudio, programas y otras formas de organización, orientadas a desarrollar y enseñar las artes y humanidades y el uso de sus herramientas. Es evidente la importancia que se le está dando a la formación más integral de los médicos y la convicción de que es el camino correcto, no obstante, que las maneras de desarrollarlas y las evaluaciones cuantitativas de esas actividades son más bien escasas y heterogéneas en sus objetivos, métodos y conclusiones. Revisiones recientes muestran que la incorporación de las humanidades médicas en la formación mejoran algunas competencias esenciales tales como la empatía y comunicación, el raciocinio ético y profesionalismo, la autoconciencia y resiliencia<sup>23,24</sup>. Según la Asociación de Facultades de Medicina de Chile, ASOFAMECH, en nuestro país hay actualmente algún tipo de actividades en humanidades en la mayoría de las escuelas de Medicina\*, pero en varias no hay nada de esta naturaleza; en otras, este estudio humanístico se limita a la bioética y en la mayoría parecieran ser programas incipientes. Tampoco se tienen datos sobre el grado de integración y sobre el desarrollo de ese currículo oculto que asigne igual importancia a las artes, las humanidades y a las ciencias en la formación médica.

Como dificultades para la inserción integral de las humanidades médicas en la formación se mencionan, entre otras, el escepticismo de los docentes sobre su vigencia y utilidad, la presión de la actividad clínica, la incertidumbre sobre cuáles son las mejores maneras de hacerlo y la carencia de docentes con las competencias necesarias para enseñarlas adecuadamente. Al respecto, la experiencia comparada sugiere la necesidad de formar un cuerpo docente interdisciplinario y hay consenso en que la integración debe ser longitudinal, inserta en las actividades obligatorias y no en electivos aislados ofrecidos en horarios de relleno.

## El humanitarismo

El humanitarismo es la relación con el paciente con empatía, compasión, solidaridad, respeto a sus valores y consideración por los impactos que la enfermedad tiene en múltiples dimensiones: familiares, económicos, éticos, jurídicos, antropológicos y culturales. La empatía es la capacidad de comprender y sentir las emociones de otra persona, poniéndose en su lugar. Cuando a lo anterior se agrega la pena, la preocupación y la voluntad de ayudar y aliviar el sufrimiento de esa otra persona, se habla de compasión. En la práctica médica hay que tener siempre presente el precepto hipocrático: “Es más importante saber qué persona sufre la enfermedad que saber qué en-

fermedad sufre la persona” y no olvidar que cada persona es única y cada cual siente la enfermedad a su manera, de acuerdo a su propia sensibilidad. Desde el inicio de la Medicina Interna como disciplina existe la tentación a que los médicos se interesen más en la enfermedad que en el paciente, pero el padre de la Medicina Interna, William Osler, enseñaba: “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 igual bajo las condiciones anormales que conocemos como enfermedad”<sup>25</sup>; Francis Peabody, gran clínico y profesor en Harvard, a principio del siglo pasado, sugiriendo que el problema es de larga data, escribió que “si el tratamiento de una enfermedad puede ser enteramente impersonal, el cuidado de un paciente debe ser completamente personal” agregando, como crítica hacia la formación de los médicos jóvenes, que se les enseña mucho sobre el mecanismo de la enfermedad pero muy poco del cuidado de los enfermos<sup>26</sup>.

Es indispensable que los médicos al egresar de su escuela de Medicina tengan siempre presente que las personas enfermas tienen expectativas, proyectos y afectos y que, además, ellos y sus familias sufren la angustia e incertidumbre que significa la enfermedad. Se ha sugerido que es deseable que los médicos se esmeren en atender al paciente como le gustaría ser atendidos ellos mismos, con empatía y compasión, sintiendo que se está prestando un servicio que el paciente necesita y merece en justicia, esforzándose por demostrar esa disposición en cada contacto con el paciente y sus familiares. Lamentablemente, es frecuente que los pacientes, justificadamente o no, perciban que el médico les atendió con apuro, más interesado en que el contacto fuese lo más breve posible y acotado a lo estrictamente necesario, que no mostró interés en conocerlo mejor ni en saber sobre el impacto que representaba su enfermedad, que no mostró gesto alguno de afecto o solidaridad, y que ni siquiera lo miró a los ojos. El comportamiento del médico se ve así “deshumanizado”, como la de un técnico sobrecargado de trabajo que evalúa el funcionamiento de una máquina. Es difícil saber con qué frecuencia ocurre un trato como el descrito, pero la queja de los pacientes es frecuente y la experiencia personal lo avala. Sin pretender justificar estas situaciones, hay factores que las favorecen o incluso obligan, y que conviene tener presente en el momento de buscar soluciones:

- el médico no aprendió tempranamente de los tutores de clínica que las atenciones médicas deben realizarse siempre con empatía, comprensión y respeto hacia el paciente;
- el encuentro entre el médico y su paciente es entre dos desconocidos donde el paciente no eligió y nada sabe de ese médico; para este, el paciente es uno más en la fila de los muchos que atiende diariamente;

\*Información proporcionada por el Profesor Dr. Antonio Orellana, Presidente de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile



- el encuentro médico-paciente se produce cuando el médico está cansado porque esa consulta es una de muchas de una jornada larga y extenuante;
- el médico cree más en lo que le informarán los exámenes que solicitará que en las informaciones que puede entregarle el paciente, subestimando cuánta información se puede obtener en una entrevista adecuada<sup>27</sup>;
- el médico está en ese consultorio circunstancialmente y sin mayor interés pues su vocación es especializarse, practicar ciertas técnicas, investigar o realizar otras actividades;
- el encuentro es obligadamente breve porque se debe considerar lo que demoran las instrucciones, dejar constancia completa en la ficha clínica, escribir los formularios de licencias, permisos, recetas, solicitudes de exámenes, interconsultas y otras tareas burocráticas;
- en las instituciones sanitarias suelen existir disposiciones comerciales, administrativas o de otra índole, ajenas al acto médico, que no benefician e incluso muchas veces perjudican a los pacientes y deterioran la relación con el médico. Estas instituciones tienen el deber de asegurar la calidad de los cuidados que ofrecen, incluyendo el de la relación médico-paciente, y deben preocuparse de facilitar que las condiciones en que ocurran las atenciones sean en un ambiente grato pues el resultado se ve influido en importante medida por las condiciones en que ello ocurre. Los médicos y sus asociaciones deben estar alertas y reactivas ante las disposiciones de las instituciones sanitarias que no son compatibles con los verdaderos intereses de un desempeño adecuado en el trabajo médico.

Se ha evidenciado que en el curso de sus estudios los estudiantes de medicina van disminuyendo la empatía hacia los enfermos, particularmente aquellos que ingresan a especialidades orientadas a la tecnología<sup>28-30</sup>. Se ha sugerido que esto se relaciona con el currículo científico que absorbe el tiempo disponible sin contemplar oportunidades para un más completo desarrollo intelectual y afectivo de los alumnos, con el estrés laboral que experimentan los estudiantes en los últimos años de la carrera en los que se suman a los estudios responsabilidades con pacientes, turnos nocturnos y otros compromisos<sup>29</sup>. También se ha sugerido que el contacto permanente con el sufrimiento y la enfermedad pueden deteriorar la capacidad de empatía. Cabe recordar que las depresiones e incluso las ideas suicidas son más frecuentes en los estudiantes de medicina que en los de otras carreras y que en la población general<sup>30</sup>. Existen diferentes aproximaciones para enseñar el trato empático<sup>31,32</sup>, pero la más eficaz es el ejemplo de un buen tutor por lo que su rol es central<sup>33</sup>; ellos, además de preocuparse de la salud mental de sus alumnos, deben tener presente su enorme influencia como modelos en las decisiones y actitudes que van adquiriendo los estudiantes.

Los estudiantes de medicina necesitan internalizar la importancia de la empatía para sus enfermos y conocer los riesgos de no cultivarla o de ir perdiéndola, de valorar la bioética como un componente esencial del trabajo clínico, y de conocer los instrumentos que nos ayudan a una humanización del trabajo como médico. Esto implica que un estudiante de medicina debe desarrollar una mejor, más amplia y profunda comprensión de lo que es humano y su centralidad en el ejercicio de la medicina. Pareciera que la mejor manera de lograrlo es a través del cultivo de las humanidades médicas a lo largo de toda la carrera, enseñadas diariamente por los tutores en los campos clínicos como parte de la semiología y de la clínica médica, en el fomento de un currículo oculto que las reafirme siempre –y no ocasionalmente en los discursos y actos académicos– y en favorecer la incorporación de docentes que encarnen esos ideales. Está claro que la responsabilidad de las escuelas de medicina no puede limitarse a la formación científica y tecnológica, sino que debe conseguir el desarrollo integral en aspectos, éticos, culturales, sociales y humanísticos exigibles en todo médico. Es aquí donde reside la excelencia de una escuela y no solo en pruebas o puntajes.

## Conclusión

Una monografía de la *American Association of Medical Colleges* (AAMC) revisa los antecedentes históricos y la realidad actual de la integración de las artes y las humanidades en las escuelas de Medicina norteamericanas y entrega una serie de recomendaciones para seguir avanzando en esa integración que se considera esencial<sup>34</sup>. Entendiendo que en Chile hay realidades estructurales y económicas muy diferentes, nos parece importante rescatar algunas de ellas para incorporarlas al quehacer nacional como acciones inmediatas o, a lo menos, aspiraciones que las escuelas deben hacer explícitas desde ya en su misión y perfil de egreso:

- Declarar que la práctica de la medicina es una ciencia y un arte que se basa en una indispensable competencia científica y también en valores, principios y habilidades humanísticas que implican una profunda comprensión de la condición humana.
- Crear las condiciones estructurales y reglamentarias que promuevan y aseguren el rol que les cabe a las humanidades médicas en la formación de los estudiantes de medicina y de carreras afines.
- Avanzar en crear una cultura organizacional que promueva y valore a las artes y humanidades en todos los procesos de la educación médica y en la estructura y organización de las escuelas de medicina. Ello implica evaluar y reconocer la actividad académica en estas áreas con el mismo rigor y valor que se asigna a las contribuciones científicas.

- Reconocer la trascendencia de seleccionar, capacitar, acompañar y evaluar a un número suficiente de tutores que permita asegurar el acompañamiento de todos los estudiantes. No se aprende el trato humano y a lograr una buena relación médico-paciente a través de textos o meras simulaciones, sino que principalmente de docentes guías que enseñan mostrando su propio comportamiento más que impartiendo conocimientos. Ellos deben estar en un consultorio, en una sala de hospital, en un pabellón quirúrgico, en todos los campos donde se enseña la clínica. De ellos se aprende a aproximarse al paciente demostrándole que se tiene verdadero interés y afán en conocerlo mejor y que se le respeta sus valores e integridad<sup>28</sup>.
- Reconocer la actividad en humanidades médicas en los procesos de promoción académica, premiación y retribución económica.
- Incorporar la evaluación del grado de avance de esa integración en los procesos de acreditación.

La realidad actual hace evidente que lo que se necesita es un cambio cultural en las escuelas de Medicina, y en las de otros profesionales de la salud, para que aquellos formados en ellas hagan posible el cambio en la atención de salud. Este requiere de la convicción institucional plasmada en una visión y misión consistente con los objetivos del cambio esperado, en el perfil de egreso y currículo que integren efectivamente las humanidades con la ciencia y la técnica, en la formación y retención de tutores idóneos, y en sistemas y procesos de evaluación que identifiquen y premien aquellas conductas y resultados que sustenten el cambio. Como todo cambio cultural, exige liderazgo, convicción y perseverancia pues los resultados se cosecharán en el futuro.

## Referencias bibliográficas

1. Comité sobre Educación Médica, Academia Chilena de Medicina. Mínimos comunes del perfil de egreso de un médico general en Chile. *Rev Chilena Infectol* 2025; 42: 539-44. doi: 10.4067/s0716-10182025000500175
2. Federación Europea de Medicina Interna, American College of Physicians, American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) y American Board of Internal Medicine. Profesionalismo médico en el nuevo milenio: Un estatuto para el ejercicio de la medicina. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243-6. doi: 10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012
3. Armas R, Bastías E, Dagnino J, López M, Novoa F, Quezada A, et al. Luces y sombras: sesenta años de cambios en medicina y salud. Academia Chilena de Medicina. Gráfica Lom: Santiago, 2023.
4. Haslam N. Dehumanization: An integrative review. *Pers and Soc Psychol Rev* 2006; 10: 252-64. doi: 10.1207/s15327957pspr1003\_4
5. Haque OS, Waytz A. Dehumanization in Medicine: Causes, solutions, and functions. *Persp Psychol Sci* 2012; 7: 176-86. doi: 10.1177/1745691611429706
6. Potter VR. Bioethics. Bridge to the future. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, NJ, 1971.
7. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine: a professional evolution. *JAMA* 1996; 275: 152-6. doi: 10.1001/jama.1996.03530260066035
8. Wagner P, Perales A, Armas R, Codos O, de los Santos R, Elio-Calvo D, et al. Latin American bases and perspectives on Person Centered Medicine and Health. *Int J Pers Cent Med* 2014; 4: 220-7. doi: 10.5750/ijpcm.v4i4.494
9. Armas Merino R. La Medicina Centrada en la Persona: una necesidad. *Bol Acad Chil Medicina* 2014; 51: 163-6
10. Greenhalgh T. Narrative-based medicine in an evidence world. *BMJ* 1999; 318: 323-5. doi: 10.1136/bmj.318.7179.323
11. González J, Ruiz Tagle C. Relato biográfico en los Cuidados de Salud. En Jofré P, Soto C y Vergara R (Eds). *Medicina Narrativa. Humanismo para la Salud*. Editorial UV: Valparaíso, 2021. p.23.
12. Urday-Fernández D, Cuba-Fuentes M. Medicina narrativa. *An Fac Med (Perú)* 2019; 80: 109-13. doi: 10.15381/anales.v80i1.15880
13. Lapertosa A. Educación médica basada en narrativas como instrumento de justicia social. En Jofré P, Soto C y Vergara R (Eds). *Medicina Narrativa. Humanismo para la Salud*. Editorial UV: Valparaíso, 2021. p.91.
14. Charon R. A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA* 2001; 286: 1897-902. doi: 10.1001/jama.286.15.1897
15. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287: 226-35. doi: 10.1001/jama.287.2.226
16. Las Heras J. Humanismo Médico. ¿Ficción o paradigma? El rol del Humanismo en la formación del médico. *Bol Acad Chil de Medicina*, 2023; 60: 18-28
17. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *The Integration of the Humanities and Arts with Science, Engineering, and Medicine in Higher Education: Branches of the Same Tree*. Washington, D.C. National Academies Press; 2018
18. Shapiro J, Coulehan J, Wear D, Montello M. Medical Humanities and Their Discontent: Definitions, Critiques, and Implications. *Acad Med* 2009; 84: 192-8. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181938bca
19. Crawford P, Brown B, Tischler V, Baker C. Health humanities: the future of medical humanities? *Mental Health Review J* 2010; 15: 4-10. doi: 10.5042/mhrj.2010.0654
20. Hays R. The relevance of medical history to current practice. *Aust J Gen Pract* 2024; 53: 157-60. doi: 10.31128/AJGP-06-23-6859
21. Jones DS, Greene JA, Duffin J, Warner JH. Making the case for history in medical education. *J Hist Med Allied Sci* 2014; 70: 623-52. doi: 10.1093/jhmas/jru026
22. Coulehan J. "A Gentle and Humane Temper": humility in medicine. *Perspect Biol Med* 2011; 54: 206-16. doi: 10.1353/pbm.2011.0017
23. Ngo H, Sokolavic N, Hu J, Jenkins J. A systematic review identifying effective teaching methods and their combinations for increasing empathy in physicians: pairwise and network meta-evaluation. *BMC Med Ed* 2025; 25: 1483. doi: 10.1186/s12909-025-07917-8
24. Moniz T, Golafshani M, Gaspar CM, Adams NE, Haidet P, Sukhera J et al. How are the arts and humanities used in medical education? Results of a scoping review. *Acad Med* 2021; 96: 1213-22. doi: 10.1097/ACM.00000000000004118
25. Bean RB, Bean WB. Sir William Osler: aphorisms from his bedside teachings and writings. Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1961
26. Peabody FW. The care of the patient. *JAMA* 1927; 88: 877-882
27. Schiappacasse E. Humanismo y Medicina. *Bol Acad Chilena de Medicina* 2000; 37: 37-46.
28. Bellini LM, Baime M, Shea JA Variation of mood and empathy during internship. *JAMA* 2002; 287: 3143-6. doi: 10.1001/jama.287.23.3143

29. Azila-Gbetteor EM, Atsu E, Quarshie ANK. Job stress and job involvement among tertiary interns: the buffering role of perceived coworker support. *Heliyon* 2022; 8: e10414. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e10414
30. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2016; 316: 2214-36. doi: 10.1001/jama.2016.17324
31. Safder T. The name of the dog. *New Engl J Med* 2018; 379: 1299-301. doi: 10.1056/NEJMp1806388
32. Hilal T. In the trenches. *Lancet (Haematology)* 2023; 10: e-164. doi: 10.1016/S2352-3026(23)00038-8
33. Academia Chilena de Medicina. Comité sobre Educación Médica. Importancia de la Enseñanza Tutorial de la Medicina. 2024. <https://www.academiachilenademedicina.cl/wp-content/uploads/2025/06/ensenanza-tutorial.pdf>
34. Howley L, Gaufberg E, King B. The Fundamental Role of the Arts and Humanities in Medical Education. Washington, D.C.:AAMC; 2020