

# La educación médica sistemáticamente ignora la diversidad de la práctica.

**Rebeka Fenton.** Residente de pediatría.

**Resumen:** Una residente de pediatría nos cuenta su propia historia y su experiencia de alienación durante su formación médica. Su narrativa le lleva a reflexionar sobre una educación médica que sistemáticamente ignora la diversidad, dejando un poso de intolerancia inconsciente en los futuros médicos que deben así de superarse para practicar una medicina más igualitaria.  
Medical education systematically ignores the diversity of practice.

**Summary:** A resident of pediatrics tells us her own story and her experience of alienation during her medical training. Her narrative leads to reflect on a medical education that systematically ignores diversity, leaving a residue of unconscious intolerance in future doctors who must overcome this in order to practice a more egalitarian medicine.



Recuerdo el momento en que vi por primera vez una radiografía de tórax femenina. Fue la mía. En las clases de los primeros meses de la facultad de medicina nos enseñaron algunas radiografías de tórax, pero no pude entonces reconocer cuales eran de hombres y cuales de mujeres, todos los tórax parecían iguales. Orgullosamente le mostré a mi hermana mis claros pulmones. Ella se rió y me dijo: "Puedo ver tus tetas". Volví a mirar mi placa con nuevos ojos, observando el color gris opaco del tejido adiposo que nunca había visto hasta ahora. Algo faltaba en todas las imágenes anteriores que había visto: diversidad.

Ya en el tercer año, practicamos algunos procedimientos entre nosotros y en simulación para ganar experiencia antes de ir a las pasantías y trabajar con pacientes. Hicimos ecografías abdominales, sin embargo, las estudiantes de medicina nunca se animaban a que se les hiciese ninguna de forma voluntaria por el temor a tener que desnudarse. También colocamos IV periféricos unos a otros. Algunos de mis compañeros de clase con la piel muy clara se jactaban de la visibilidad de sus venas. Comparativamente, mi piel más morena y oscura se veía como un mayor desafío. Le susurré a mi compañero, irónicamente, "Supongo que te estoy preparando para la mitad de nuestra población de pacientes".

Los primeros años de la escuela de medicina son fundamentales. A menudo se los describe como aprender a beber de una manguera de incendios debido a la gran velocidad y cantidad de difusión de información. También marcan nuestras expectativas. Nuestros estudios frecuentemente se centran en el reconocimiento de patrones como una forma de dar sentido al vasto mundo de la complejidad médica. Memorizamos asociaciones clave, como la colitis ulcerosa o la colangitis esclerosante primaria. Estas conexiones son útiles herramientas de memorización, pero también pueden verse socavadas por la complejidad de las presentaciones en pacientes reales. En mi tercer año, tuve una paciente con enfermedad de Crohn y colangitis esclerosante primaria y me acuerdo que pensé: "Esta no ha leído el Harrison".

Estos patrones van más allá de los determinantes coexistentes en las asociaciones raciales y étnicas. Mientras practicaba con preguntas tipo test, mis amigos y yo aprendimos rápidamente que los pacientes blancos eran vistos como la norma y, por lo general, no recibían un identificador racial en la pregunta. Sin embargo, si el paciente era de otra raza, se mencionaba inmediatamente para

inducir al lector a pensar en enfermedades concretas. Por ejemplo, un varón de raza negra de 3 años presenta dolor en las piernas. ¿Qué característica te haría pensar en un episodio de dolor de un cuadro de drepanocitosis? Creo que es porque se nos ha entrenado para hacerlo así.

La educación médica ignora sistemáticamente la diversidad de la práctica médica durante el periodo de clases. ¿Por qué solo mostramos erupciones en pacientes caucásicos? ¿Por qué solo aprendemos a reconocer la presentación de IM en los hombres? ¿Por qué no abordamos cómo la obesidad afecta los resultados de una exploración? La educación médica favorece al paciente blanco, delgado, y varón. He visto su radiografía de tórax, he examinado su abdomen, conozco sus síntomas y he visto sus erupciones. Este enfoque del aprendizaje en condiciones "idealizadas" perjudica a los estudiantes de medicina. Al crear un paciente modelo, todos los demás grupos demográficos, que colectivamente forman la mayoría, se vuelven "diferentes", "otros" o incluso "difíciles".

Como mujer afroamericana que ha sido clasificada como obesa desde la escuela secundaria, represento al "otro" en algunos aspectos. Solo en pocas semanas pude escuchar comentarios equivocados sobre un grupo al que pertenezco. En nuestro curso de medicina, tuvimos una discusión sobre la obesidad. Uno de mis compañeros de clase mencionó que tenía dificultades para reconciliar emociones conflictivas al respecto en nuestra clase de anatomía. Dijo que se sentía frustrado porque no podía ver las estructuras que según las instrucciones debía de identificar en su cadáver debido al "habitus" corporal de este, pero que sin embargo estaba agradecida de que ella hubiese donado su cuerpo para que ella pudiese aprender. Aprecié en ese momento su honestidad y respeto.

Sin embargo, entonces, la conversación dio un brusco giro. El preceptor, jefe de prácticas del grupo, soltó esto con una sonrisa: "Sí, es difícil trabajar con pacientes gordos. Cada vez que tengo que explorarlos en urgencias, primero los envío a radiología". Unas risas incómodas llenaron la sala; unirse a ellas habría sido una traición para mí y mi familia. Levanté la mano y les expliqué los problemas que supone para una persona tener que enfrentarse al desafío de perder peso, incluso, como era mi caso, con el privilegio de tener una educación universitaria y miembros de mi familia que pertenecían al campo de la sanidad. Comprendí entonces que los comentarios del jefe de prácticas eran el reflejo de un sistema que condiciona a los trabajadores sanitarios y a los médicos para que vean las diferencias como desafíos, con el humor despectivo como mecanismo de defensa. Aunque el 30 por ciento de los adultos estadounidenses están clasificados como con sobrepeso, el equipo médico solo está diseñado para la "talla única".

Estas formas sistemáticas de enseñanza también impactan negativamente en la atención sanitaria. Durante mi rotación de cirugía, un hombre de mediana edad, blanco, significativamente obeso, estuvo sometido a una intervención para eliminar pannus y existía con él la preocupación de que hiciese un íleo postoperatorio severo. Los cirujanos querían hacerle una tomografía computarizada, pero el paciente era demasiado grande para el escáner. Un residente bromeó acerca de llevarlo al zoológico. Finalmente, se tomaron las medidas necesarias para realizarle la prueba de imagen, pero ya fue demasiado tarde. Su intestino estaba perforado, y murió en cuestión de días.

Como trabajadores de la medicina, deberíamos reconocer que mejorar la atención de pacientes de poblaciones "distintas" comienza con la educación. A los estudiantes de medicina se les debería enseñar a identificar y tratar a los pacientes que realmente viven en sus comunidades, no a sus homólogos idealizados. En lugar de obligar a los pacientes a que encajen en un único molde, debemos transformar los momentos de frustración en oportunidades para ser empáticos. No importa la magnitud del desafío que nos plantean nuestros pacientes, generalmente ellos mismos se enfrentan a la discriminación por esas mismas cualidades. Un único tamaño no sirve para todos, y necesitamos un sistema médico que esté equipado y preparado para atender a todos los pacientes.