



SUMARIO

TEMA DEL DIA

Pág.

BIOÉTICA UTILITARISTA VERSUS BIOÉTICA BASADA EN PRINCIPIOS; TODAVÍA UN DEBATE 1

Alcoberro Pericay R.

PENSAMIENTO ACTUAL

LO QUE LA PEREZA DESCUBRE DE MÍ 11

Borrell i Carrió F.

MÉDICOS MIGRANTES 31

Serna Lozano A.

LA CONTRIBUCIÓN DE LOS HUMANISTAS EN LA FORMACIÓN MÉDICA: MARAÑÓN, ORTEGA Y UNAMUNO (PARTE I) 52

González Blasco P.

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

LA NUEVA Y VIEJA ALIANZA. REFLEXIONES ACERCA DE LA MEDICINA NARRATIVA 71

Ricci RT.



Fundació
Letamendi-Forns

REVISTA

FOLIA HUMANÍSTICA

Codirectores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Alexandra Albarracín Castillo

Responsable de Redacció

Beatriz Gutiérrez Muñoz

Consejo Editorial

Francesc Borrell-Carrió
Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
liahumanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
liahumanistica/envio-de-manuscritos/)

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

Distribución

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

BIOÉTICA UTILITARISTA VERSUS BIOÉTICA BASADA EN PRINCIPIOS; TODAVÍA UN DEBATE.

Alcoberro Pericay R.

Resumen: En la actualidad podemos detectar en las sociedades desarrolladas una tendencia a priorizar el valor moral de la autonomía por encima de cualquier otra consideración. La pandemia de COVID, así como otras crisis que han tensionado el sistema sanitario, nos han enseñado cómo de manera espontánea gestores y profesionales consideran las consecuencias de sus actos. Un cálculo prudente de consecuencias ha matizado el derecho a la autonomía, y la reclamación omnipresente del “yo primero”. En este sentido el utilitarismo no pretende señalar el mayor bien para cada persona, pero sí gestionar el menor mal para la comunidad de personas. Por ello, en un mundo de recursos limitados, calcular las consecuencias de nuestras decisiones es el único camino para dotar de moralidad nuestra actividad profesional. Este cálculo requiere no solo la ponderación de riesgos, sino también una visión imparcial y equitativa.

Palabras clave: *Utilitarismo, principalismo, consecuencialismo, principios bioéticos, autonomía, equidad, imparcialidad.*

Abstract: UTILITARIAN VERSUS PRINCIPLED BIOETHICS; STILL A DEBATE

At present, we can detect a trend in developed societies to prioritize the moral value of autonomy above any other consideration. The COVID pandemic, as well as other crises that have strained the healthcare system, have taught us how managers and professionals spontaneously consider the consequences of their actions. A prudent calculation of consequences has nuanced the right to autonomy, challenging the ubiquitous claim of 'me first.' In this sense, utilitarianism does not aim to pinpoint the greatest good for each individual but rather to manage the least harm for the community of individuals. Therefore, in a world of limited resources, calculating the consequences of our decisions is the only way to imbue our professional activity with morality. This calculation requires not only the weighing of risks but also an impartial and equitable vision.

Key words: *Utilitarianism, principalism, consequentialism, bioethical principles, autonomy, equity, impartiality.*

Artículo recibido: 20 diciembre 2023; aceptado: 8 enero 2024.

Tras más de tres años, en mayo de 2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaraba superada a nivel global la emergencia sanitaria declarada por la pandemia de la COVID-19. Siguiendo el viejo tópico hegeliano según el cual la lechuza de Minerva emprende el vuelo en el crepúsculo, es fácil suponer que, en los próximos tiempos, tal vez incluso durante algún decenio, el mundo de la salud en sentido amplio (no solo los epidemiólogos o los especialistas en bioética) deberán preguntarse por las consecuencias morales de una epidemia devastadora y por la vía más efectiva para establecer criterios morales lo suficientemente integradores en la gestión de

grandes catástrofes sanitarias. El choque que ha significado la pandemia de la COVID-19, especialmente en su primer año, es lo suficientemente brutal como para obligar a un trabajo de reflexión radical –como sugiere la etimología–, en el sentido de ir a la raíz misma de muchos de los problemas, no solo sanitarios sino de estilos de vida, puestos de relieve por la emergencia sanitaria. Los millones de muertos de estos dos largos años (posiblemente quince millones de personas, o tal vez más) no debieran ser considerados un epifenómeno o una circunstancia malhadada pero inevitable.

VIGENCIA DE UNA BIOÉTICA BASADA EN PRINCIPIOS

Contra lo que algunas almas cándidas supusieron al inicio de la pandemia, de esta experiencia no hemos salido moralmente mejores, pero tal vez debiéramos salir más “avisados”, es decir, más conscientes de nuestros límites y de los problemas de gestión moral y social de nuestro entorno. Las gentes, sus necesidades, sus angustias y sus deseos no cambian tan rápido; pero en estos tres años de pandemia las circunstancias tecnológicas y biopolíticas han conocido una aceleración tan brutal que es el momento de plantear si debiéramos revisar algunos de los instrumentos conceptuales que nos han servido de guía en el esfuerzo de comprensión del mundo en los últimos tiempos (y en el de la actividad biosanitaria guiada por principios morales).

La pandemia ha tenido una significación sintomática, pero no es el único elemento que nos obliga a hacer un replanteamiento de la teoría bioética establecida. Por lo general, la fundamentación clásica se ha basado en el modelo kantiano, con una especial insistencia en el concepto de responsabilidad elaborado por Hans Jonas en la década de 1960, en un contexto en que el miedo se vinculaba más a la bomba atómica que a un virus o, para ser más estrictos, al estilo de vida que la emergencia del virus ha puesto brutalmente de manifiesto. En lo que llevamos de siglo XXI, la crisis financiera del 2008, la COVID-19, la robotización y, ahora, la situación de sequía que sufre gran parte del hemisferio norte, han configurado una situación cultural y

política de pesimismo nihilista, y también de desconfianza en las soluciones políticas, a la vez que un creciente abandono de las responsabilidades comunitarias, como muestra la desafección política y el abstencionismo electoral creciente. Todos estos cambios, y el desprestigio de lo público, inciden en la salud comunitaria y en los modelos de gestión social.

Otra cuestión puramente fáctica, pero que obligará a revisar en profundidad los postulados de la bioética, es la irrupción de la inteligencia artificial en el acto médico y, específicamente, en el ámbito del diagnóstico y de la medicina preventiva. No es trivial la importancia que hoy tiene el Doctor Google en medicina, y muy específicamente, en la información que reciben los pacientes. Tampoco hay que suponer que IBM Watson Health vaya a suplantar a los médicos y a los investigadores, pero es obvio que, en uno u otro momento, habrá que abrir el debate bioético y que, por muchas prédicas moralizantes que puedan hacerse, la concepción misma de la autonomía moral quedará en entredicho, y aunque solo sea por la fuerza de los hechos, el criterio de eficacia se impondrá, por mucho que reconocerlo no resulte elegante. La tendencia a descargar la responsabilidad moral individual en la eficacia de los algoritmos tiende a ser imparable, y no querer contemplar las consecuencias de esta situación es comprensible, pero, por desgracia, aún no hay una evaluación seria sobre la manera en que los sesgos cognitivos de la propia inteligencia artificial pueden condicionar el acto médico.

En estas condiciones, ¿sigue teniendo sentido fundamentar la bioética en los principios clásicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, como se ha venido haciendo en los últimos treinta años? El éxito incluso popular de una bioética basada en principios resulta indiscutible, y ha contribuido no solo a una práctica médica mejor y más justa, sino también a la extensión de la conciencia social y democrática. La extensión de derechos que se ha impulsado desde la bioética ha sido uno de los pilares de la democratización de la vida cotidiana y ha tenido, especialmente, un éxito espectacular entre los grupos minoritarios. El uso del vocabulario de los principios bioéticos ha logrado un reconocimiento no solo jurídico,

sino enraizado en la vida diaria, que casi nadie habría imaginado a principios del último cuarto del siglo pasado.

Pero es lícito preguntarse si los famosos cuatro principios siguen resistiendo hoy, o si algunos de sus fundamentos han sido corroídos por la práctica social e, incluso, por propuestas argumentativas cuya extensión puede hacerse contradictoria con los principios sobre los cuales se sustentan, por lo menos teóricamente. No es solo que un uso deficiente de la autonomía está hoy bastante generalizado en la práctica médica cuando el paciente (ahora denominado eufemísticamente “usuario de la salud”) no entiende lo que firma (pensemos, por ejemplo, cuando autoriza actos clínicos o administrativos cuyo significado ignora). El problema fundamental es que, tras la pandemia y tras ChatGTP, el concepto de autonomía se ha acabado convirtiendo en un tópico cada vez más vacío de significado. Una mala concepción de la autonomía se ha convertido, por decirlo de una manera incluso un tanto soez, en un “haz lo que te da la gana, que tú tienes derecho”, posthumanista y antiilustrado. Kant o Jonas siempre tuvieron claro que la autonomía era una exigencia de la racionalidad que tenía sentido solo en una concepción universalista de la vida y de la salud. Desgraciadamente, hoy no es tan obvio que la autonomía deba compaginarse con criterios de justicia, ni siquiera de justicia mínima.

UN CONCEPTO DE AUTONOMÍA A REVISAR

Convertir la autonomía en una pura declaración de subjetividad emotivista, como si fuese un derecho irrestricto y superior al del bien común, es algo obviamente contrario al programa ilustrado, aparte de contrario al razonamiento clínico informado. Pero esa es la deriva que experimenta el concepto desde hace ya algunos años. El problema de los principios irrestrictos, es decir, de una argumentación exclusivamente basada en derechos sin obligaciones ni contrapartidas, es que nos lleva a contradicciones irresolubles y a lo que desde Robert Hughes (1) se ha denominado una “cultura de la queja”, porque siempre acaba apareciendo alguien a quien le parece

que sin “toda” la autonomía, no hay autonomía, sin entender que hay límites sociales y derechos de los demás que han de hacerse compatibles con los deseos subjetivos.

La autonomía, que es la piedra angular de la ética médica, demasiadas veces tiende a presentarse, además, no solo como una teoría del derecho a la diferencia, sino como una afirmación de la inconmensurabilidad, como si una autonomía no valiese exactamente igual que otra, de la misma manera que cualquier individuo en una sociedad democrática vale por uno y solo por uno. Una autonomía irrestricta termina por hacer imposible la comunicación y potencia el uso de eufemismos políticamente correctos, pero vacíos. De ahí que, sin ser demasiado conscientes de ello, en el debate social se vaya prescindiendo, cada vez más, del viejo principio ilustrado que proclamaba lo de “ningún derecho sin deber”, para sustituirlo por una situación de incomunicación social en que, cualquier idea que nos desagrade, acaba por convertirse casi en una ofensa a un supuesto derecho irrestricto. Las consecuencias políticas de una inconmensurabilidad de los derechos serían, como mínimo, peligrosas para la pervivencia de una sociedad democrática.

Es obvio que lamentarse por la cultura de la queja, tan presente en las redes sociales, puede tener en el ámbito médico una lectura defensiva y un sentido corporativista, especialmente cuando se plantea la cuestión desde los sindicatos médicos y desde los colegios profesionales: por ejemplo, la repetida denuncia de que “los pacientes abusan de las urgencias, vienen por banalidades, etc.”. Pero la situación existe realmente: la tendencia a exigir derechos sin entender la contraprestación de deberes es algo demasiado extendido actualmente como para no darle la importancia que merece. “Hacer a los demás su propio bien”, como tantas veces se ha presentado el modelo racional de acto médico, no consiste en convertir a los profesionales de la salud en proveedores de herramientas que solo pretenden un uso lúdico del propio cuerpo sin atender a las circunstancias futuras. Una bioética basada en principios no puede ser ciega a las consecuencias socialmente indeseables de los principios que proclama cuando se extienden irracionalmente.

Eso que Freud llamaba “el narcisismo de las pequeñas diferencias”, -y que puede resumirse como “si difieres en algo conmigo, aunque sea mínima la diferencia, estás mucho más lejos que si difieres en todo”-, está ocupando cada vez más el espacio de la autonomía personal, y el ansia por ser distinto acaba teniendo derivadas neuróticas cada vez más preocupantes... y no solo en el ámbito de la cirugía estética. La aportación metodológica más significativa de la filosofía kantiana a la teoría moral consistió en afirmar que *de un concepto no se siguen necesariamente ni el conocimiento ni la certeza de ningún hecho o situación existente*, y que la no contradicción de un razonamiento o de un concepto nada indican sobre la realidad posible de lo concebido teóricamente. Así, del hecho empírico de que nadie realice perfectamente el imperativo categórico, no se sigue que incluso en el famoso “reino de los fines” no se pueda o no sea deseable, realizarlo en lo posible. Desgraciadamente, en una cultura de lo que ahora se llama postcapitalismo, parece que convertir en deber o en exigencia lo que solo es una posibilidad o una hipótesis, se convierte automáticamente en un derecho irrestricto. De la reivindicación irrestricta de la autonomía, entendida también como subjetividad irrestricta, a un mundo de quimeras emocionales, solo hay un paso (2). Separar el concepto de justicia del concepto de universalidad habría parecido una inmoralidad al viejo Kant, pero es algo que se está produciendo cada vez más en culturas con un nivel de narcisismo elevado y también ¿por qué no decirlo?, con mucho dinero para investigar en ámbitos como el de la extensión ilimitada de la vida, la mejora genética y muchos más.

Hans Jonas y su énfasis en la precaución y en el principio de prudencia ante los avances tecnológicos argumentó con claridad que un avance tecnológico no significaba mecánicamente un progreso moral y que, más bien, lo fácil es que sucediese lo contrario. Poner un excesivo acento en la idea de progreso, y darla por supuesta universalmente, nos podía conducir a una preocupante ceguera moral. Una bioética que se centra en la autonomía olvida que el progreso es una noción débil, y que el futuro ni está escrito ni es predecible. Criticar la utopía de la autonomía y reivindicar un principio de responsabilidad, al estilo de Jonas y en general de los discípulos tecnofóbicos de Heidegger, no es, sin embargo, la única opción posible

para la bioética en los tiempos de ChatGPT. La tecnofobia y el miedo no son herramientas que una sociedad democrática pueda utilizar sin caer en el peligro del totalitarismo o de lo que alguna vez se ha denominado ecofascismo. Propagar la tecnofobia podría ser el camino más directo para acabar proponiendo una dictadura como medio para acabar con el supuesto o real colapso ecológico, o con alguna pandemia en el futuro (3).

Es argumentativamente demasiado fácil suponer que, puesto que la autonomía nos conducirá irremisiblemente a un subjetivismo agresivo o a la torre de Babel, debemos restringirla y poner a buen recaudo el futuro de la comunidad que el individualismo ha puesto en peligro, confiando en un rearme moral y en la prudencia de los supuestos sabios. Obviamente, ninguna sociedad liberal puede pretender que la autonomía se supedite a criterios comunitarios, pero sí debiera reflexionar seriamente sobre la manera de introducir consideraciones de tipo consecuencialista en la argumentación de la autonomía moral. Maximizar la felicidad, que es el objetivo del utilitarismo, no implica necesariamente maximizar la autonomía. Es decir, una autonomía que no se encuadra en criterios de validez universalista es subjetivismo emotivista, y no necesariamente contribuye a hacer la vida ni más digna ni más saludable.

EL UTILITARISMO NO PRETENDE EL MAYOR BIEN, PERO SI GESTIONAR EL MENOR MAL

Introducir criterios utilitaristas clásicos en la valoración de la autonomía no está reñido con el respeto a la dignidad de las personas. Más aún cuando hoy disponemos de herramientas informáticas suficientemente potentes como para prever con bastante exactitud las consecuencias impensadas muchas veces de actos que, presentándose como autónomos, no son sino subjetivos o de base emocional.

La virtud más paradójica de una filosofía utilitarista es la de no pretender ser perfecta, ni tener una pretensión omnisciente del mundo. De hecho, adoptar el principio de utilidad no implica necesariamente adoptar el utilitarismo en su

complejidad conceptual, como si se tratase de una doctrina cerrada. Obviamente hoy ningún utilitarista supondrá que “todo es calculable”, pero tampoco nadie negará que sin incorporar algún nivel de cálculo de consecuencias una acción no puede ser considerada plenamente moral.

Una autonomía moral que renuncia a evaluarse a sí misma y a ser consciente de sus consecuencias, no es plenamente moral. No es ni paternalista, ni edatista, sino que sencillamente no resulta prudente. Una sociedad o un médico que se negaran a evaluar un determinado acto médico (o una prescripción de medicamentos) escudados en la autonomía, no actuarían de manera prudente. En este sentido debería reflexionarse en profundidad sobre lo contradictorio de muchos de los protocolos de valoración para ingresar o rechazar un paciente en la UCI en el pico de la primera ola de la COVID-19, que estuvieron dictados más por el nerviosismo y la improvisación que por la prudencia. El *primum non nocere* es en sí mismo un criterio consecuencialista y evaluable por su utilidad. El criterio de utilidad no propone la mera satisfacción de preferencias personales, sino de preferencias informadas y racionales. Parece tan simple e intuitivo que sorprende que haya de repetirse tanto.

No significa, por tanto, ningún menosprecio a la vida humana constatar que hay reivindicaciones abusivas de la autonomía, y que el mundo real está hecho con los materiales de lo posible que -no necesariamente- se identifican con lo deseable. Algún criterio de ordenación siempre es necesario para evitar que la subjetividad y el emotivismo deriven en mal uso de recursos o en confusión entre fines y medios. En este sentido, el desequilibrio que existe en el mundo real entre demanda y disponibilidad no puede ser resuelto por una apelación a la autonomía o a la beneficencia sin provocar graves situaciones de injusticia.

Difícilmente el utilitarismo puede reivindicarse como una teoría del mayor bien, pero indudablemente proporciona criterios funcionales para gestionar el menor mal. Es un poco engañosa la referencia al criterio utilitarista de la maximización de beneficios para el mayor número posible de personas confundida con el criterio, muy habitual en tiempos de pandemia, de reservar recursos que pueden resultar muy

escasos a individuos que tienen mayores posibilidades de salvarse, o a quienes potencialmente tienen un mayor tiempo de vida por delante. Lo segundo es una simple regla de distribución de medios escasos que puede ser compartida por principios simplemente prudenciales, sin necesidad de introducir la compleja retórica de los QALY (años de vida ajustados a la calidad).

Proponer un criterio de imparcialidad utilitarista es una respuesta al subjetivismo de una autonomía irrestricta que, especialmente en situaciones de emergencia como la que se produjo durante la epidemia de COVID-19, no atiende a principios de justicia ni a la administración prudente de recursos escasos. De hecho, un análisis de rentabilidad en sentido amplio (es decir, no solo crematística), es desde siempre inherente al acto médico. Si un acto médico no es benéfico, si usa recursos de forma ineficaz y, por lo tanto, si lesiona los derechos de los demás, no puede ser considerado estrictamente moral. El criterio utilitarista que propone tratar de manera estrictamente imparcial (y no solo equitativa), evita que una concepción subjetiva de los derechos impida o dificulte la mala administración de unos recursos que, en el ámbito de la salud, casi por definición siempre serán limitados.

EN CONCLUSIÓN

Una bioética que tenga en cuenta el criterio utilitarista no es contraria a la justicia (4); al revés, puede tener implicaciones distributivas muy importantes a causa especialmente de la utilidad marginal decreciente de ciertos recursos. En medicina preventiva y en todo el ámbito de la higiene y los recursos sociales, el utilitarismo que maximiza el bienestar total acostumbra a justificar una transferencia masiva de recursos desde los más ricos hacia los más desfavorecidos, que una autonomía liberal no haría posible. De hecho, una aplicación utilitarista de la bioética, aunque en un primer momento pueda parecer lesiva para la autonomía, en realidad, a medio y largo plazo, la potencia y la convierte en más rentable desde el punto de vista de la felicidad personal, porque la hace más informada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hughes R. Culture of complaint: The Fraying of America. Oxford University Press; 1993.
2. Giglioli D. Crítica de la víctima. Herder Editorial; 2017.
3. Taibo C. Ecofascismo. Una introducción. Los libros de la Catarata; 2022.
4. Alcoberro R. El utilitarismo. Barcelona: UOC; 2016.

Ramón Alcoberro Pericay.

Filósofo, profesor universitario, escritor.

Cómo citar este artículo:

Alcoberro Pericay, R. Bioética utilitarista versus bioética basada en principios; todavía un debate. *Folia Humanística*, 2024; 3 (3) 1-10. Doi: <http://doi.org/10.30860/0101>.

© 2024 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

LO QUE LA PEREZA DESCUBRE DE MÍ.

Borrell i Carrió F.

Resumen: La pereza es un regulador conductual de primer orden. La relación que establecemos con la pereza marcará, en parte, nuestra biografía. Rectificar rutinas, decisiones, actitudes... exige dominarlas, instruir las, estar alerta a cualquier acto de procrastinación. El entusiasmo que nos provoca un proyecto novedoso, o participar en actividades que nos dan notoriedad, las realizamos sin esfuerzo, (estamos motivados), pero no debilitan la tendencia a holgazanear. En cambio, desmentirnos, admitir errores, programar nuevas actitudes frente a viejos estereotipos, aprender nuevas habilidades, supone doblegar la pereza y, por consiguiente, reforzar la voluntad. Este es el camino para aprender nuevas maneras de colorear la vida. La ociosidad puede ser parte de una vida plena, no así la holgazanería, camino que conduce al tedio y la acedia. Pero, más importante, al analizar cómo actúa en mí este tipo de estados emocionales, (pereza, alegría, rencor, envidia...), descubro parte de la urdimbre que me constituye.

Palabras clave: *pereza, holgazanería, ociosidad, aburrimiento, proyecto vital, felicidad, intimidad, privacidad.*

Abstract: WHAT LAZINESS DISCOVERS ABOUT ME

Laziness is a prime behavioural regulator. The relationship we establish with laziness will partly shape our biography. Rectifying routines, decisions, attitudes... requires mastering it, instructing it, and being vigilant to any act of procrastination. The enthusiasm that a novel project arouses in us, or engaging in activities that bring us prominence, are carried out effortlessly, as far as we are motivated, but they do not weaken the inclination to be idle. On the other hand, amending ourselves, admitting mistakes, programming new attitudes towards old stereotypes, learning new skills, makes us more aware to laziness and less vulnerable to mediocrity. Even when we talk about leisure activities or culinary desires, overcoming laziness is about learning new ways to add colour to life. Idleness can be a part of a fulfilling life, but not so laziness and boredom. But, more importantly, analyzing how this type of emotional state affects me, (laziness, joy, resentment, envy...), unveils a part of the fabric that constitutes me.

Key words: *laziness, idleness, boredom, life project, happiness, intimacy, privacy.*

Artículo recibido: 30 agosto 2023; aceptado: 22 septiembre 2023.

Mi problema, si hubiera problema, no es ignorar lo necesario, es abandonarme a la pereza. Merezco perecear, pero me deprime. El viernes por la tarde tengo por delante un fin de semana prometedor, ¡hago planes que no se cumplirán! Luego viene la depresión del domingo por la noche: una siesta en el recuerdo, y otra cuenta en el rosario del año que se nos escapa.

Aprovechar el tiempo se ha convertido en un deporte universal. La moda de la prisa, la moda del agobio, la moda de atarearse hasta en el sueño. Hacer, construir,

tener, representar, aparentar, colocarse en algún lugar donde los demás te quieran o, mejor, te respeten. Todo esto no se consigue amuermado entre sábanas, aunque una parte de mí me exija tal desconexión. Y si cedemos a esta pereza tenemos la vaga sensación de deber incumplido, de “cosas pendientes” que apremian, pero cuerpo y mente se niegan a seguir el ritmo. Entonces te tumbas en el sofá pensando que eres un mal padre, o un mal marido, o un mal profesional... O todo a la vez. Vence una pereza legítima sobre una preocupación latente, y te preguntas, “¿qué debería hacer para disfrutar de un tiempo sin reproches?”.

LO QUE LA PEREZA DESCUBRE

Por eso trabajar sin descanso es la estrategia del perezoso que se teme. Llenar todos los instantes, incluso las horas de la noche, o especialmente estas horas, es la estrategia del que teme enfrentarse a su juez interno, al que Freud identificó como “Super-Yo” (1). Puede ser un exceso de responsabilidad, sí, o puede que llenemos todos los huecos del tiempo para no enfrentarnos a nuestros fantasmas. Pero si nos entregamos serenamente a la pereza como acto volitivo, no pasivo, permitimos que cualquier recuerdo o sentimiento ocupe la conciencia vigil. Y ello comporta bondades y peligros.

¿Acaso no son estos recuerdos y sentimientos -aquellos que surgen en la soledad, en el silencio-, la expresión más genuina de la intimidad? A la intimidad no la encontramos porque está en la misma generatriz del ser. No nos pertenece porque le pertenecemos. No la conocemos porque solo se manifiesta (2). Podemos intuir la por las emociones y sentimientos que nos ofrece. Con esta urdimbre emotivo-sentimental (3) afrontamos el mundo. Sin mandar sobre lo que deseamos, acabamos siendo esclavos del deseo. Ni tan siquiera adivinamos los grados de libertad que nuestras circunstancias nos ofrecen; simplemente aceptamos como irremediable, como propio, lo que el cuerpo dispone (comer, perecear, ensimismarnos, socializar...).

Si carecemos de estímulos externos (por ejemplo, estamos solos en casa y nos arrullamos en el sofá), la memoria trae al escenario de la conciencia hechos recientes, preocupaciones... Y los recuerdos así evocados posan sobre la urdimbre sentimental para serenarla o agrietarla, calmarla o enfurecerla. Algunos recuerdos queman literalmente las fibras más sensibles de nuestro ser, y solo un esfuerzo constante para olvidarlos o adormecerlos proporcionan cierta paz. En el peor de los casos, son recuerdos que actúan como un vórtice que arremolina todos los contenidos mentales y los hunde en un profundo malestar, del que solo puede remontar la persona si, de tanto sufrir, llega a insensibilizar una parte de su epitelio emocional. Llegados a este punto de cierta anestesia, la persona puede rebotar sobre un suelo de dolor y vacío (4), y de nuevo mirar la vida con una esperanza renovada, aunque sea una esperanza esquivada. A eso los escritores de novela negra le llaman “tocar fondo”.

Otros recuerdos nos gratifican, y en ellos nos solazamos; vamos a llamarlo *cogniciones onanistas*. Son los contenidos que a veces escogemos cuando cerramos la luz de la mesita de noche y nos decimos... “¿en qué puedo pensar para dormirme?” Este momento del día, sin duda, es el que más claramente contactamos con nuestra intimidad. Puede que entonces acudan pensamientos o situaciones que nos interpelan, nos muevan a explorar nuevas maneras de comportarnos, afrontar retos, proponernos metas... Los llamaremos *cogniciones evocativas* (5).

Mala estrategia escoger este tipo de cogniciones para antes de dormir, pues estos sentimientos y recuerdos “evocativos” nos hacen revivir momentos importantes, a veces nos confirman en decisiones que hemos tomado, otras hieren y perturban la poca serenidad que nos queda. ¡Cuánto se agradece, en tal caso, la presencia de alguien para distraernos, aconsejarnos, decirnos que exageramos, que no hay para tanto! Manejar estos sentimientos desde la soledad no resulta para nada fácil, porque son elusivos, exagerados, inmaduros, y nos hacen tropezar mil veces en la misma piedra. Las personas que nos son próximas -aquellas que están en el círculo de nuestra intimidad- ayudan a este manejo, y en especial la familia.

La familia puede definirse como el *conjunto de personas que rellenan silencios*, y, siendo parte de la vida privada, nos confrontan, atenúan o apartan de sentimientos inapropiados. La vida familiar rodea nuestra intimidad, la esculpe, pero no son lo mismo. Es un lugar privilegiado para encontrarnos y *construir intimidad*. Sin embargo, la urdimbre emotivo-sentimental, que está en la generatriz de la intimidad, nos viene en parte dada. Con mucho esfuerzo la remozamos, la pulimos, pero en gran parte la heredamos y la aceptamos como parte de nuestro destino.

Buen ejemplo de ello es la época de crianza, donde todo es proyección de los padres sobre los niños, *dar sin apenas recibir*. Analicemos un acto trivial: ¿quién se levantará en plena noche para atender a un niño que llora? Si no hay un pacto previo, será el miembro de la pareja con el sueño más ligero, posiblemente también con la matriz emotivo-sentimental más sensible al sufrimiento del bebé. La vida de pareja es un roce constante de *dos intimidades que se desvelan en los actos más simples*. La pereza actúa ahí como un gatillo, un acelerador de colisiones. Cuando no se produce un reajuste de estas dos intimidades -¡y dos estilos de pereza!- y se les permite colisionar libremente, *el conflicto se resuelve por jerarquía*. Uno de los miembros de la pareja vence su rutina y acomoda su intimidad a la del otro, pero a costa de una asimetría que acabará pesando en la relación (en la peor hipótesis, puede incluso destruirla). Porque *solo un amor asentado sobre el respeto puede perdurar*.

Esta exteriorización de la intimidad en la vida familiar y privada permite modular la imagen que tenemos de nosotros, rectificar, madurar, pero en ocasiones, también mentirnos con facilidad. A fuerza de mirarnos en el espejo a diario no percibimos nuevas arrugas. La familia también se acostumbra a nuestras manías y desabríos, que son las arrugas del alma. Cada cual guarda en su *almario* -armario del alma- prendas que huelen mal al resto de la familia, pero que se consienten. La familia actúa como un molde exigente o transigente, pero -a la postre-, nos confirma en lo que somos y mostramos, en virtudes y vicios.

DIÁLOGOS CONFORMATIVOS

Veo en un programa de televisión a un sacerdote (Javier de Nicoló, 1928-2016), quien educó y dio techo y comida a los niños huérfanos (gamines) de Bogotá. Recorrer cada día de su vida debió ser duro, pero al verse observado por su Dios, y de tal manera, verse *confirmado* y *afirmado* en este yo bondadoso que proyectaba, cancelaba cualquier duda sobre motivos o apetencias. Logró ser *quien quería ser*, aunque solo fuera porque *no tenía tiempo para pensar en nada más*. En este sentido las religiones son un gran invento para establecer un diálogo “*conformativo*” (un diálogo que *conforta* y *forma*). Dios deviene el objeto singular que ordena la intimidad, puede explicarnos muchas cosas sobre lo que somos y queremos, puede exigir, puede consolar. Pero sobre todo “*fija*” *cierta imagen de nosotros mismos*. Actúa de espejo. *Conforma, conforta y casi siempre también confirma*.

El ateo tiene también un diálogo íntimo de este tipo, aunque el papel de Dios lo realicen varias personas -incluso objetos o recuerdos- diferentes, (“*personas u objetos evocativos*” que adjetivaremos de *privilegiados*). Son miradas de gente que nos importa y que nos devuelven una imagen de lo que quizás somos. También pueden ser situaciones que recordamos (para evitar o emular), o bien símbolos, metáforas... ¿Por qué, si no, colocamos fotografías de personas queridas en nuestros despachos profesionales (Figura 1)?

Figura 1

Fotografías en el despacho de la alcaldesa Ada Colau (2022): personas evocativas y a la vez una mostración al visitante de los valores que guían su actividad política.



Ya sea Dios, ya sean personas o situaciones, siempre nos queda un margen para interpretar de manera benévola la imagen de nosotros que rebota por doquier. Por eso nos duele la crítica certera del amigo (esa crítica que, si la emitiera otra persona, o se dijera con brusquedad, estaría en la frontera del insulto), porque desvela lo que nos esforzamos por ocultar o ignorar. Pero no olvidemos que *solo lo que duele es lo que nos hace aprender y madurar*.

El psicoanálisis tuvo muy presente este problema y escogió la vía de *interpretar los sueños* para descubrir -desvelar- los resortes más profundos de la intimidad (que -a mi manera de ver- confunde a veces con el inconsciente). En los sueños aparecen apetencias que quizás nunca admitiríamos, asociaciones entre personas -incluso confusiones de identidad- que acostumbran a ser significativas. Dos objetos pueden quedar unidos -asociados- por el simple hecho de despertar en nosotros similares emociones (miedo, atracción, seducción, etc....). Los sueños -y también los ensueños- se debaten en ocasiones en la frontera de lo que nos prohibimos. Son pájaros atraídos por los vórtices de empeños y preocupaciones cotidianas, y que intentan alzar el vuelo para no caer en estos remolinos; *si cayeran nos despertaríamos asustados*. Por ello, decía Freud (6), escondemos emociones inquietantes en imágenes o situaciones de apariencia inofensivas; *nos inventamos metáforas y metonimias para preservar el sueño*.

Algunos analistas de sueños -particularmente los post-jüngianos-, trabajan con los sueños y los ensueños, sin apenas hacer diferencia entre unos y otros (7). Cuando detectamos un sueño perturbador volvemos a la conciencia (*dejamos de soñar para ensoñar*), y, de manera intencionada, reconducimos el sueño a parajes más amables. Luego, ya tranquilizados, *desconectamos la conciencia, abandonamos el mundo intencional y permitimos que el sueño divague libremente como lo haría un perro en un pipi-can*. Estos miedos y estrategias para apaciguarnos revelan mucho de nuestra urdimbre emotivo-sentimental, y nos *permiten ensayar maneras de afrontar retos*. Permiten cierta reconciliación con nuestro ser animal (¿o quizás debiéramos decir, cierto diálogo entre nuestro ser animal y nuestro ser biográfico?), aunque

primariamente sean estrategias para proseguir dormidos. Sueños -y ensueños- muestran conflictos y nos enseñan estrategias para superarlos o anestesiarnos.

EL SILENCIO COMO OPORTUNIDAD

Uno de los efectos inesperados de la pereza es ofrecernos la posibilidad de entrar en nuestro espacio interior. Indagar sobre lo que somos exige un espacio y una predisposición. Un espacio libre de interferencias, y la predisposición a examinar sentimientos, recuerdos y apetencias recónditas... Este tipo de ocurrencias fluyen por nuestra conciencia de manera intempestiva, casi siempre afloran cuando estamos distraídos, es decir, cuando no tenemos un propósito concreto que monopolice nuestra atención. Pero para esta indagación es menester coraje y honestidad. Coraje porque vamos a desmentir la imagen idealizada que tenemos de nosotros mismos. Honestidad para reconocer lo que nos avergüenza o incomoda.

Quizás un denominador común a todas las personas amantes del silencio sea descubrir cómo resuenan las cosas del mundo en su interior. Decíamos que existe una matriz (o urdimbre) emotivo-sentimental que nos hace ser, a cada uno de nosotros, algo así como un instrumento musical que resuena en y con el mundo. Nuestra intimidad es un espacio para ecos, pero un espacio que puede silenciar algunas voces, o amplificar otras, hasta causarnos dolor. Descubrir que somos desconfiados, o ingenuos, que tenemos escasa tolerancia al dolor ajeno, o que nos sentimos atraídos o repelidos por tales apariencias... configura un cierto *manual de instrucciones* de nuestra persona. Nadie -o muy pocos padres o maestros- orientan a sus pupilos en esta tarea tan importante: *escribir su (nuestro) propio manual de ir por la vida, un manual de uso y disfrute de nuestra persona.*

Esta ausencia -desconocer nuestra urdimbre emotivo-sentimental- nos lleva a cometer el terrible error de *identificar nuestra valía como personas con las creencias que mostramos en público*, sobre todo cuando estas creencias nos identifican como miembros de un grupo. *Mejor sería identificar la autoestima con nuestra capacidad*

de cambiar y pensar por nosotros mismos. No acabamos de comprender que deberíamos periódicamente actualizarnos en hábitos y creencias, no solo para adaptarnos mejor al entorno, sino, sobre todo, para superar actitudes tóxicas y *saborear la vida como novedad* (Figura 2).

Figura 2

Mejorar nuestra versión como personas exige vencer la pereza de cambiar. Resulta más fácil actualizar un programa de ordenador que algunas actitudes nuestras, a veces muy perjudiciales.

Quizás llegó el momento de actualizarnos y abandonar viejas versiones de uno mismo.



Estas actitudes tóxicas están ancladas en emociones de rencor, envidia, malquerencia, etc., también -y muy relevante- en la pereza, y son emociones que nos constituyen. Son nuestra urdimbre primera, el estilo de sentir que nos viene “de fábrica”, y nos impulsan a conductas desabridas para las que siempre encontramos justificación: “lo hice porque no tenía más remedio que hacerlo”. Con mucho esfuerzo pulimos estas reacciones (que ante todo son hábitos emocionales), pero olvidamos que van a ejercer una gravitación a lo largo de nuestras vidas, y ¡regresarán! Necesitaremos estar alertas para renovar nuestro compromiso con la amabilidad, la empatía, la generosidad, la anulación de nuestro propio “yo”... Y la pereza acecha en los recodos de la vida para dificultar esta tarea. *No olvidemos que la pereza se disfraza de inteligentes justificaciones para ahorrarnos el coste de rectificar.*

SABERNOS MENTIR, INGREDIENTE DE NUESTRO RELATO BIOGRÁFICO

“Si tuviera que repetir mi vida haría lo que hice, incluso repetiría mis errores”, dice un famoso por televisión... ¡Cuánta mentira exige nuestro relato biográfico! En realidad, esta biografía casi siempre consiente cierta dosis de mentiras piadosas cuya misión es... narcotizar los demonios que habitan nuestra intimidad. *Objetos evocativos destructivos*. Para evitarlos, otra estrategia consiste, simplemente, en olvidar las partes de nuestra vida que molestan. Toda nuestra vida se construye sobre lo que recordamos, y los recuerdos se desvanecen pasados 5 años (8), por lo que podemos reconstruirnos con relativa facilidad. ¡Y también mentirnos!

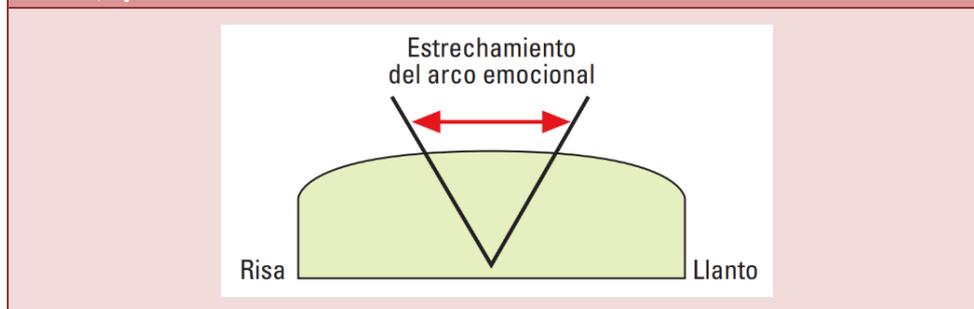
Pero la peor mentira que nos podemos infligir es *creer que estamos bien cuando estamos mal*. En mi práctica de Médico de Familia lo he vivido en pacientes ancianos anclados en el remordimiento, en la culpa, en el rencor... Se han deslizado por un progresivo estrechamiento de sus emociones, y poco o nada pueden ya hacer para percibir la belleza de un día soleado. *Dicen estar bien porque se acostumbraron a estar mal, y olvidaron lo que es estar bien*.

Hay que estar atentos a la oxidación de las emociones porque señala un efecto pernicioso de la pereza. Si permitimos que nuestro corpus emotivo-sentimental se atrinchere en la queja, en la vagancia, en la crítica de un mundo imperfecto y doloso, enfadados con todos y para todo... haremos pasos decididos para *convertir la amargura en un hábito*.

Para evitarlo hay que estar alerta a signos somáticos que dicen verdad. El primero y más importante: ¿sonreímos de manera habitual? Y de vez en cuando, ¿reímos a mandíbula batiente? El arco emocional transita de la risa al llanto, y solo si frecuentamos los extremos podemos afirmar que no estamos bajo los efectos de la oxidación emocional (Figura 3).

Figura 3

Arco emocional y su oxidación. Alerta cuando nos cuesta reír o llorar, quizás sufrimos un estrechamiento del arco emocional.



Propongo una gimnasia emocional consistente en detectar las reacciones que *no podemos mentirnos*. El bostezo, por ejemplo. No bostezamos cuando pretendemos dormir, bostezamos cuando, sin suficiente estímulo, se asoma un atisbo de somnolencia. También cuando estamos amuermados y tenemos que espabilarnos. El bostezo afecta un potente grupo muscular implicado en la masticación y deglución, el más potente y cercano al cerebro. Al bostezar nos decimos a nosotros mismos: “¡espabila!”.

El bostezo tiene interés filosófico, porque de un lado demuestra que existe una comunicación intrapersonal (eso es, de la persona consigo misma), y por otro lado indica que bastantes especies animales comparten -compartimos- un tipo de metacognición muy básico.

Bostezamos porque cambiamos de entorno emocional. El perro que está tomando el sol ensimismado, y ve a su amo que se acerca, bosteza como manera de activarse. El médico que hace guardia nocturna y tiene que atender a un paciente a las 3 de la madrugada, también bosteza. Este tipo de bostezo nos indica que hay un “darse cuenta” espontáneo, mecánico, imposible de mentirnos y, por consiguiente, muy relevante, que diagnostica como insuficiente el grado de activación corporal para el contexto que afrontamos (Figura 4).

Figura 4

Diversas especies animales compartimos el bostezo.



Por cierto: ¿ha bostezado usted mirando o leyendo estas líneas? El bostezo se contagia en la medida en que nos identificamos o empatizamos con el otro, aunque este “otro” sea un texto escrito.

Tenemos muchos otros marcadores somáticos que nos alertan del estado corporal. Ante una persona desconocida quizás apretemos los dedos de los pies, (pies en garra), o nos crucemos de brazos, señales todas ellas de tensión y prevención. La manera de respirar puede informarnos que se precipita un estado de ansiedad. La sudoración repentina, la carne de gallina, una repentina secreción salivar... ¿Lloramos porque estamos tristes, o estamos tristes porque lloramos? (9) Quizás sea más exacto decir: sabemos que estamos tristes porque lloramos. Y para ser más precisos: *el llanto nos da la oportunidad no solo de experimentar la tristeza, sino de saber que estamos tristes*. ¿Nos emociona una película? Enhorabuena, mantenemos el arco emocional.

En resumen: una honesta interpretación de nuestras reacciones somáticas nos permite conocer la urdimbre emotivo-sentimental de la que estamos hechos y, quizás, los primeros signos de oxidación emocional. Puede mostrarnos aspectos del ser animal, menos verbal, más emotivo, que albergamos en la generatriz de nuestro ser. Cuando realizaba guardias médicas de 24 horas, no podía permitirme reconocer que empezaba la guardia cansado o aturdido. Sin embargo, en el momento de escribir, de mi mano salía una gráfica desorganizada, una señal inequívoca de mi estado interno. Admitirlo era darme una mala noticia, desde luego, pero al menos sabía de

donde partía. Entonces me decía: “paso a paso... debo darme tiempo para programar cada tarea y verificar que la cumpla de manera correcta”. Desconfiaba de los hábitos automáticos (hábitos zombis).

En otro orden de cosas, realizamos tantos esfuerzos para agradar a los demás que llegamos a pensar que somos como deseamos mostrarnos. Pero nuestro ser animal está ahí, lo queramos o lo rechacemos. Por eso, es tan importante aceptar los desmentidos que nos llegan de nuestras reacciones somáticas, conocernos “por los forros” y... lo que estos forros albergan. Solo así podremos domesticar el ser animal que nos constituye (y del que arranca la pereza para devenir oxidación emocional, tedio y acedia).

CONFUNDIR EL SILENCIO CON LA QUIETUD

En este punto merece la pena regresar al silencio, como entorno necesario - pero no imprescindible- para explorar nuestra intimidad.

Podemos estar en silencio de muchas maneras. Desde el silencio emergen los ángeles y los demonios que nos habitan. Algunas personas dicen amar el silencio porque les permite meditar y conocerse. Quizás. Otras veces meditar es un *ejercicio de mentirnos*, un ritual perfectamente delimitado (respirar de tal o cual manera, creernos compasivos porque nos repetimos que lo somos, etc.), para apartarnos de un silencio... ¡peligroso! Demasiados demonios al acecho. También algunas personas llenan su tiempo con una actividad deportiva: “de esta manera no pienso en los problemas que me agobian”.

Antes de dormir -inevitablemente- experimentamos el silencio... O quizás no. Algunas personas lo soslayan escuchando la radio, “mejor si escucho algo aburrido”, dicen. Se abandonan al aburrimiento, luego... ¡no bostezan! Los demonios, las preocupaciones, no tienen oportunidad de perturbar el sueño. ¡Alcanzamos la quietud por medio del ruido! Sea por el camino que sea, este instante en que cerramos los

ojos con el propósito de dormir, tiene algo de mágico y de perturbador... “¿en qué deseo pensar que me guste y que me permita dormir?”

Algunas personas aman el silencio porque aprenden a usarlo. No permiten que una música de fondo, o el ruido de la calle, les distraiga de un cometido concreto, como puede ser escribir, pintar, realizar una tarea manual... Son personas que se escuchan mientras trabajan, en un diálogo interno del tipo: “esto que acabo de hacer, ¿tiene suficiente calidad?” Quizás si lo que hacen fuera más rutinario, buscarían la presencia de una música de fondo. Porque también ocurre lo contrario: hay quien aprende a usar el ruido. ¡Y no solo para acompañarse en una faena rutinaria! Recuerdo la visita que realizamos a un matrimonio que acababa de perder a su hija, y tenían la televisión a todo volumen de manera permanente. “Siempre la tenemos así, pero no la escuchamos y tampoco nos escuchamos”, nos dijeron. El ruido actuaba como bisturí que cortocircuitaba recuerdos y palabras. Para nosotros el ruido atronador del televisor nos indicaba cuanto sufrimiento estaba presente.

Resulta paradójico que tanto el ruido como el silencio puedan conducirnos a cierta quietud. Y si resulta fácil tomar por quietud lo que tan solo es silencio, aún resulta más fácil confundir quietud con paz espiritual. Podemos aquietar los sentimientos por la vía del estrechamiento emocional. Pero eso no es pacificar nuestra intimidad.

En todas estas confusiones veo la mano de la pereza y la *conveniencia*. Nos conviene confundir silencio con paz espiritual, porque es más fácil mandar en lo externo (silencio), que sobre nuestros recuerdos y sentimientos. Nos conviene también confundir quietud con paz espiritual, porque si decrementamos nuestra sensibilidad al dolor emocional *conseguimos al menos estar más tranquilos*.

Pero hay realidades biográficas que no podemos mentirnos: ahí están, y solo si las aceptamos y reconocemos podemos razonarlas, compensarlas, remozarlas, e incluso llegar a deformarlas, hasta hacerlas tolerables. Porque casi siempre implican sabernos perdonar, algo complicado *si antes no lo hemos practicado con otras*

personas. En tal caso meditar puede ser un ritual que actúe como una venda, una manera de cubrir una herida y tolerar el silencio mediante cierta actividad ritualizada. Pero la venda no cura, solo disimula.

La vida humana es una montaña rusa de sentimientos encontrados, y los momentos de felicidad anteceden a otros de preocupación, ansiedad, pérdida, abandono... Y regresamos a la felicidad, y nos prometemos que de allí nadie nos moverá, pero nuestro apego a las personas, a las cosas *-jeste apego que nos hace humanos!-*, nos arrastrará de nuevo a un presente que lo exigirá todo de nosotros. Exigirá, por ejemplo, capacidad de preocuparnos y sufrir. Será entonces cuando vamos a notar toda la fuerza de la pereza, negando que exista tal o cual problema, en una lucha infructuosa por alargar cierta fantasía de felicidad. Pero no, esta felicidad ya no está presente. *Cuando dudamos de nuestra felicidad es que ya se convirtió en un recuerdo.*

LA PERCEPCIÓN DEL TIEMPO

La pereza, ¿acorta o alarga el tiempo subjetivo? El presente que habitamos es una transición entre un pasado y un futuro. Un puente entre el recuerdo de lo que acaba de suceder y el proyecto de lo que vamos a hacer (10). No existe vida consciente sin propósito. El propósito es justamente este pegamento que engarza pasado y futuro, lo que orienta toda la vida psíquica. Los propósitos también se hilvanan como relatos, *y los relatos son finalmente las unidades psicológicas susceptibles de ser recordadas a largo plazo*. Nuestra biografía la componen relatos.

Los momentos que carecen de propósito -cuando holgazaneamos- podemos vivirlos con cierta angustia. Cuando un niño exclama, "¡estoy aburrido!", protesta ante esta falta de propósito. Desea que el maestro o un familiar rellene este espacio con un propósito que le distraiga. Pero cuando nos abandonamos a la pereza, resulta agradable vagabundear por las ocurrencias que fluyen en este estado. La ociosidad, a diferencia del aburrimiento, *no nos hace sufrir porque en sí misma es un propósito*,

la hemos elegido. Resulta entonces posible defender la pereza como opción (11). La ociosidad arranca de una cierta querencia corporal y nos la permitimos, la disfrutamos; no así el aburrimiento. Ociosos sí, holgazanes no. Y la percepción de que nos aburrimos marca esta transición de la ociosidad a la holgazanería.

Una salida frecuente del aburrimiento es que nuestro cerebro hurgue en músculos y vísceras hasta encontrar o estimular una punta de apetito o de sed. Desocupada la mente de otros propósitos, este “poco de” hambre o sed basta para impulsarnos a la nevera. ¡Ya tenemos propósito! ¡Cuántos kilos de más tienen este origen!

Nuestra urdimbre emotivo-sentimental busca siempre propósitos, gratificaciones, y para ello examina nuestro cuerpo, el entorno y la memoria. El ejemplo de la nevera era un ejemplo de propósito somático. Pero tras saciar el apetito buscaremos estímulos sociales. Tenemos cierta adicción a colorear la vida con emociones de baja intensidad. Por eso nos gusta jugar, porque creamos emociones - sin graves consecuencias- que “llenan” de sentido los instantes, y el tiempo se dilata. En clave adolescente: después de la nevera, el videojuego. En clave adulta: viajar es otra manera de provocar esta densidad de instantes. Una conversación con amigos ya sea para coincidir o discrepar, también. Buscamos las emociones porque demasiadas veces vivir es solo hacer cosas mecánicamente, en una neutralidad afectiva que no será recordada porque es irrelevante. Con neutralidad afectiva el tiempo “pasa volando”.

He aquí una interesante *paradoja en la percepción del tiempo*: *si estamos aburridos el tiempo se nos hace pesado y largo, pero apenas recordamos estos instantes; si por el contrario lo llenamos con emociones intensas, el tiempo se nos acorta, pero los recuerdos se espesan*, y decimos, “han sido solo tres días de vacaciones, pero me han sabido a una semana”.

EMOCIONES DE BAJA INTENSIDAD Y TÓNICOS DE LA VOLUNTAD

Una manera de gestionar la paradoja mencionada es llenando nuestro tiempo mediante *emociones de baja intensidad*, como ejemplificábamos más arriba. Otra es educando la voluntad hacia proyectos. Los proyectos exigen perseverancia, paciencia, incluso terquedad. Si pertenecemos a un grupo de personas comprometidas en un determinado proyecto, las relaciones personales establecidas ayudan y facilitan la tarea. Si el proyecto es unipersonal resulta más difícil. Hay que echar mano a lo que Ramón y Cajal (12) llamaba “tónicos de la voluntad”: enquistar en lo más profundo de nuestro ser una justificación a nuestro esfuerzo. *Aprender a sufrir*. En su caso era el patriotismo (que España saliera del caciquismo y la mediocridad). Los tónicos pueden ser muy variados: disminuir el sufrimiento de personas vulnerables, dilucidar interrogantes científicos, incluso pueden ser tan personales como verse reconocido, superarnos en algo, reivindicarnos como personas... Solo la terquedad permite gestas personales como las que Ramón y Cajal protagonizó.

Pero si regresamos a las emociones de baja intensidad, vemos que surgen con la lectura de un libro “que engancha”, al mirar una película, escuchar música mientras conducimos, etc., etc. Lo decíamos más arriba, tenemos una paleta de colores emocionales que cultivar, algo parecido a un arco emocional que, de no usarse, se oxida. Una falta de socialización lleva a una retracción del yo, al estereotipo de “viejo huraño”, “joven retraído”, etc. Por el contrario, una permanente interacción con otras personas, sobre todo si son diferentes y con diferentes propósitos, y el ejercicio de emociones de baja intensidad, nos facilita una vida de colores y sabores variados. Y a los jóvenes les proporciona algo más, de gran importancia: salir de la cómoda burbuja de redes sociales, estabilizar su imagen, percatarse de sus fortalezas y debilidades, y, muy importante, elaborar un diccionario de intenciones de los demás.

VENCER MI PEREZA

Pero ¿y si la pereza, la molicie, me esclaviza? ¿Cómo puedo educarme en el esfuerzo?

En general somos poco conscientes del uso que hacemos de nuestro tiempo. Aplicamos la falacia naturalista a nuestras vidas cotidianas: *por el hecho de que hacemos lo que hacemos, juzgamos que es lo mejor que podemos hacer e, incluso, lo único que podemos hacer*. De esta manera la pereza se nos cuela por todas partes y poco mandamos sobre nuestras vidas. “Hago lo que me apetece”, dice el/la jubilado/a. En realidad, debería decir: *“hago lo que veo hacer a otros”, “hago lo que mi pereza me permite”, “hago lo que no tengo más remedio que hacer”*.

Mandar sobre nuestras vidas es ejecutar proyectos significativos. El holgazán no manda sobre su vida, como sí lo hace el ocioso. Poco les diferencia si hablamos de rutinas. Pero el holgazán no puede vencer su hábito de procrastinar, y solo reacciona si se avecina un desastre. El ocioso puede en cambio perecear en momentos escogidos, pero con la misma sabiduría puede dar sentido a cada instante, convertirse en *ladrón de instantes*.

El truco del ocioso es saber tocar las fibras de la autoestima antes de que lo haga su entorno social o laboral. Retarse. Tonificarse, diría Ramón y Cajal. Y para engrasar la voluntad puede escoger una tarea, la que sea, que le despierte una punta de ilusión. Una vez lanzado el cuerpo a esta tarea, la siguiente queda automáticamente facilitada. Y el éxito de cumplir con las primeras tareas anima a las siguientes, porque lo importante era... ¡empezar a moverse!

Un “pero” a esta estrategia: hay que hacer una lista de tareas y jerarquizarlas, si no, podemos caer en una suerte de solipsismo o cultivo narcisista del “yo”. Por ello siempre debemos mirar más allá de nuestro espacio e interés personal y poner en agenda *cuidar nuestro entorno familiar, profesional y de amistades*.

La frontera entre el ocioso y el holgazán es que el primero *manda sobre su vida y mantiene engrasado su arco emocional.*

CONCLUSIÓN

Cada persona tiene una urdimbre emotivo-sentimental que determina buena parte de sus conducta, actitudes y decisiones. Este *núcleo emotivo-sentimental* no es fácil de conocer, porque solo con una aproximación terca y honesta la intuimos en sus efectos. La pereza forma parte de esta urdimbre, y puede tiznar de mediocridad partes sustanciales de nuestras vidas. Distinguir ociosidad de holgazanería resulta importante, pues esta última conduce a oxidar nuestro arco emocional y recluarnos en rutinas que quizás distraen y apaciguan, pero nos aíslan y empobrecen.

Acostumbramos a crear narraciones de nuestra vida de tipo justificativo y, por suerte o desgracia, *resulta fácil mentirnos*. Mucho más difícil rectificar, porque estamos en una lucha permanente con la pereza. Para evitar el aburrimiento nos hemos inventado *emociones de baja intensidad* capaces de colorear el tiempo que vivimos y, de tal manera, ser capaces de espesar los recuerdos. El beneficio final es *dilatar la sensación de vivir*. Pero no debiéramos olvidar que estas emociones no vencen la pereza, solo la distraen y quizás retrasen nuestro desarrollo como personas si las confundimos con el mundo real (he aquí las descargas de dopamina de los “like” de las redes sociales). Por el contrario, sabernos comprometidos en proyectos a largo plazo, proyectos que solo podremos llevar a buen puerto si somos tercos, proporciona mayor sentido biográfico.

Domesticar nuestra holgazanería exige un profundo conocimiento de lo que nos motiva, saber transitar por la ociosidad sin perder el punto de autocrítica que nos hace reconocer cuando empezamos a ser mediocres. *Cultivar la curiosidad y reconocernos perplejos es la gimnasia emocional del ocioso que se teme holgazán.*

AGRADECIMIENTOS

A Fernando, que guardó un primer esbozo de este artículo, redactado en 1994, y de quien tomo el concepto de acedia. A mi familia, motor incansable de renovación espiritual. A pacientes y compañeros de trabajo, que sufrieron errores, y quizás se beneficiaron de algunos aciertos, derivados de la pereza. A Salvador Casado, al que debo indicaciones precisas que he incorporado y esta, su primera reacción tras leer el texto: *“para emprender el camino de la reflexión interior podemos ser turistas o peregrinos, para eso último no es menester viajar mucho, basta con hacer un “clic” mental”*. A Marc-Antoni Broggi, siempre agudo -pero atento y cordial- en sus comentarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freud S. El malestar en la cultura. Obras completas. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva; 1967.
2. Ortega y Gasset J. Ensimismamiento y alteración: meditación de la técnica y otros ensayos. Buenos aires: Biblioteca Nueva; 2015.
3. Rof Carballo J. Urdimbre afectiva y enfermedad: introducción a una medicina dialógica. Barcelona: Labor; 1961.
4. Comte-Sponville A. La felicidad, desesperadamente (Biblioteca André Comte-Sponville). Barcelona: Paidós; 2010.
5. Turkle S. En defensa de la conversación. El poder de la conversación en la era digital. Barcelona: Ático de los libros; 2019.
6. Freud S. La interpretación de los sueños. Obras completas. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva; 1967.
7. Bosnak R. La práctica del soñar. Barcelona: Ediciones Obelisco; 2020.
8. Kahneman D, Diener E, Schwarz N. Well-Being. The Foundations of Hedonic Psychology. New York: Russell Sage Foundation; 1999.

9. James W. Principios de Psicología. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1989.
10. Puente Ojea G. Vivir la realidad. Madrid: Siglo XXI; 2007.
11. Lafargue P. El derecho a la pereza (1883). Barcelona: Virus; 2016.
12. Ramón y Cajal S. Reglas y consejos sobre investigación científica. Los tónicos de la voluntad (1898). Barcelona: Planeta; 2010.

Francesc Borrell i Carrió

Médico de Familia. Grupo Comunicación y Salud semFYC. Departament Ciències Clíniques, Universitat de Barcelona.

Cómo citar este artículo:

Borrell i Carrió, F. Lo que la pereza descubre de mí. *Folia Humanística*, 2024; 3 (3) 11-30

Doi: <http://doi.org/10.30860/0102>.

© 2024 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

MÉDICOS MIGRANTES.

Serna Lozano A.

Resumen: Médicos migrantes es un texto narrado desde la experiencia de la emigración de Colombia a España, vista desde la mirada de una médica. Se trata de un ejercicio de interpretación de la realidad de la profesión médica en los dos países, analizando sus contrastes sociales, académicos, laborales y culturales y su repercusión tanto en el entorno personal y familiar del médico migrante, como en la dinámica general del país receptor (España). Para enmarcar estas reflexiones se ha acudido a la recolección de algunos datos globales sobre migración y al análisis de aspectos económicos y sociales, que han favorecido la más nutrida emigración de colombianos de la que se tengan datos. Si bien la movilidad internacional es un tema cuyas aristas son innumerables, el presente documento se centra en la realidad de los médicos extracomunitarios que pretenden ejercer en el territorio español. El médico extracomunitario afronta por un lado un universo normativo que es necesario conocer y, además, debe comprender la sociedad a la que desea incorporarse. Los anhelos de los médicos migrantes y las necesidades urgentes de más manos para la atención sanitaria de la población española, están en medio de los intereses del gobierno y sus funcionarios, así como un complejo entramado de agencias y abogados, que intentan posibilitar más allá de las fronteras, el ejercicio de la profesión.

Palabras clave: *movilidad médica, homologaciones, migración, calidad de vida, especialidades médicas, examen MIR.*

Abstract: MIGRANT DOCTORS

Migrant Doctors is a text narrated from the experience of migration from Colombia to Spain, seen through the eyes of a medical professional. It is an exercise in interpreting the reality of the medical profession in both countries, analyzing their social, academic, work-related, and cultural contrasts, as well as the impact on both the personal and familial spheres of the migrant doctor, and on the overall dynamics of the receiving country (Spain). To frame these reflections, we have gathered some global data on migration and analysed economic and social aspects that have facilitated a significant emigration of Colombians for which data is available. While international mobility is a topic with countless facets, this document focuses on the reality faced by non-EU doctors seeking to practice in Spanish territory. The non-EU doctor faces, on one hand, a regulatory universe that must be understood, and furthermore, must comprehend the society they wish to join. The aspirations of migrant doctors and the urgent needs for more hands to attend to the healthcare needs of the Spanish population are amidst the interests of the government and its officials, as well as a complex network of agencies and lawyers, who endeavor to facilitate the practice of the profession beyond borders.

Key words: *medical mobility, homologations, migration, quality of life, medical specialties, MIR exam.*

Artículo recibido: 1 diciembre 2023; aceptado: 12 diciembre 2023.

- *¿Cómo te llamas? Quisiera darte un regalo de hospitalidad.*

Odiseo le ofreció vino por tercera vez y le respondió con palabras amables:

- *Te diré mi nombre Polifemo, si me das el regalo de hospitalidad que me has prometido, mi nombre es Nadie.*

La Odisea. Homero.

El oficio de escribir, entendido como la crucial misión de dejar el testimonio de una época y sus circunstancias, bien sea a través de la descripción o de la imaginación, es una actitud ante la vida, incluso una necesidad. Una vez que la mente se permite dar alas a las palabras, estas se organizan formando párrafos y construyendo historias, en un ejercicio cada día más involuntario. Para escribir conviene agudizar los sentidos y claro, vivir plenamente, así el relato será más poderoso y verosímil.

En el caso en el que se pregunten ¿por qué esta introducción para llegar al tema de los médicos migrantes?, pues es sencillamente por lo vivencial de esta conversación conmigo misma que comparto ahora con ustedes. Escribo este texto a medida que me incorporo en este país multiforme, al que intento descifrar con prudencia y curiosidad, mientras mi mente digiere los códigos, las rutas y las actitudes que un día, con suerte, me permitirán confundirme con el entorno. Una infinidad de novedades re-inauguran mi historia, por eso me he permitido escribir aquí acerca de lo que en el presente me motiva a pensar, a crecer, a sobrevivir y a ser libre.

El 4 de enero de 2023 abandoné Bogotá. Pocos días habían pasado desde que clausuré mi consulta y el piso que habitaba. Había renunciado ya al hospital público en el que, además de operar, me nutría a diario con el oficio de enseñar. También había dejado en pausa los contratos con las mutuas y mi participación en los comités de las sociedades científicas. Me había despedido de mi familia, amigos y de algunos pacientes, cuyos procesos dejé a cargo de los colegas de confianza.

Con la excitante novedad de haber comprado un billete que no tenía regreso, llegó una cascada de decisiones, cada una más definitiva que la anterior. La experiencia, en todos los sentidos enriquecedora, empezó por explorar el valor inmenso del despojo, porque las cosas de casa adquirieron la apariencia de una pila de objetos de cuya inmensa mayoría ahora debía prescindir. Para lograrlo, activé a las poderosas redes sociales y a mis grupos de amigos de WhatsApp; luego completaron el proceso la venta de garaje, el feliz hallazgo de un buen comprador

para el coche y la entrega de mis libros, del espejo y del *secretaire* heredados de mi abuela, a una empresa de mudanzas fluviales. Todo lo demás lo doné sin mayores apegos. Al final, solo quedaron con nosotros cuatro maletas de 23 kilos cargadas con ropa, fotos y alguno que otro objeto elegido con cuidado por mi hijo, para no permitirse borrar del todo los recuerdos de sus amigos de infancia. Así es, mi hijo vino conmigo, y cuánta ilusión le hizo la aventura. A los trece años, no se despidió sólo de su niñez como sucede a todos a su edad, sino de casi todo lo que una vez fue su universo. Quedamos los dos, con la promesa de ser nuestro mutuo lugar seguro y feliz.

¿De qué podría escribirles entonces con más honestidad? Hacerlo es una forma de entender lo que representa esto de ser una migrante, una madre migrante como tantas otras, una médica que migra. Por eso he llamado a este texto: Médicos migrantes.

Para decidir si debía formar parte de esta estadística de médicos que asumen la movilidad internacional con la romántica idea de transformar sus vidas, resultaba imperativo apelar a la sensatez, porque las necesidades de cambio que, a veces, mueven el alma humana, pueden ser impulsivas y, en consecuencia, irresponsables. Tuve que tratar de entender mejor eso que llamé “oportunidad”, y escutar en ella todas sus amenazas. Lo fui haciendo como lo hace la vida, con la inercia de los hechos y el extraño ímpetu que tienen los acontecimientos cuando vienen las mareas de cambio. Aquí, sin embargo, le he dado algún orden a las ideas para que resulte además de catártico, medianamente útil para el lector. Me decidí por un monólogo de preguntas y respuestas encontradas desde esta esquina que es -apenas- mi punto de vista, y que he ido mezclando además con datos que apoyan la reflexión. Todo con el ánimo de documentar un poco mejor el diálogo. Bueno, digo diálogo porque tal vez un día ustedes quieran compartir sus respuestas conmigo, y así entre todos se hará más valioso el ejercicio.

Sin más, empiezo.

“EN ESPAÑA FALTAN MÉDICOS”

Es una frase recurrente entre los amigos, la prensa y las redes. La idea de que mi profesión es y será necesaria en cualquier sociedad, me suena obvia, pero vale la pena indagar un poco más ahí, tratando de cotejar la realidad de España y Colombia en términos del ejercicio laboral y la movilidad de la comunidad médica. Parece que también en Europa es difícil encontrar el equilibrio, en cuanto al número de médicos que se necesitan para atender la demanda del país en todo su territorio.

La primera fuente consultada habla de que casi 8000 médicos españoles se han ido (1), pero este dato choca con la realidad de que solo en 2021 fueron 4293 los médicos extracomunitarios que lograron su homologación, la mayoría de ellos provenientes de Venezuela, Colombia, Cuba y Argentina. Como en este documento se afirma que se marcharon de España 8000 médicos, pero que en un año también son miles los que se homologan, las cuentas no me salen. Sigo buscando.

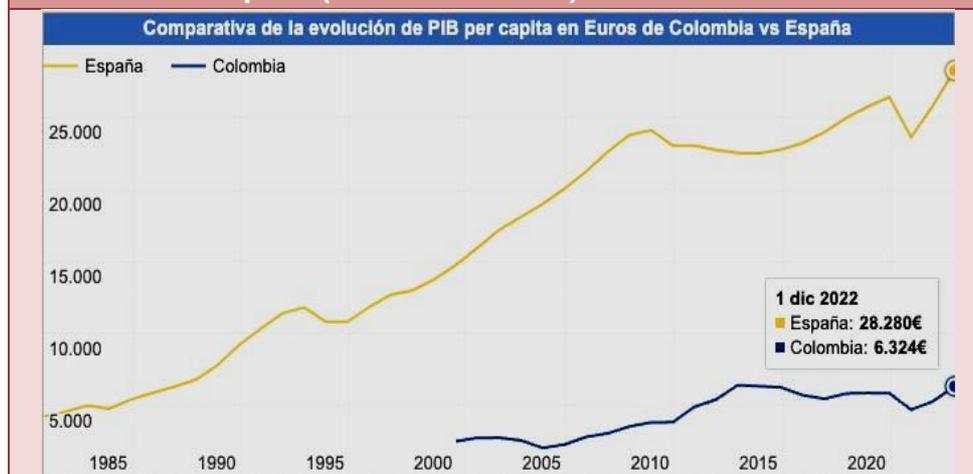
Los hechos y las calles hablan de que a los médicos españoles les va mejor ejerciendo en otros países de la Unión Europea, porque las condiciones económicas y laborales en España no logran igualar a las que les proponen otras naciones de la región.

En busca de comprenderlo, decidí consultar la página de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), cuyos datos en temas migratorios parecen ser fiables. Los llamados **índices para una vida mejor** (2) miden la satisfacción de los habitantes de cada país frente a temas como vivienda, empleo, ingresos, comunidad, educación, medio ambiente, compromiso cívico, salud, satisfacción, seguridad y balance vida-trabajo. La publicación es una verdadera joya que les invito a revisar si les genera curiosidad, porque expone, por ejemplo, asuntos tan importantes como que el ingreso disponible neto ajustado promedio per cápita de los hogares Españoles, es de 27155 USD al año, menor que el promedio de la OCDE que es de 30490 USD al año, y muchísimo menor que el de Alemania que es de 38791 USD, o el de Suiza que alcanza los 39697 USD, lo cual explicaría en parte, el éxodo

de los médicos españoles y otros profesionales hacia estos destinos. Ahora bien, si le damos una mirada comparativa con Colombia, como la que he encontrado en esta calculadora de Datosmacro.com (Figura 1), el panorama es desolador y pareciera que no hay mucho más por decir. Se trata de realidades económicas y sociales muy disímiles.

Figura 1

Comparativa de la evolución del PIB per cápita en euros de Colombia vs España (Datosmacro.com).



La movilidad internacional es un caleidoscopio de perspectivas y verdades contadas desde la historia particular de quienes se van, se quedan o reciben migrantes. Es razonable pensar que todos deseamos una vida tranquila y próspera, y si encontramos oportunidades y tenemos ese momento de valentía, vamos en su búsqueda. Sin embargo, el éxito de una incorporación social regulada es una mezcla de muchos factores. Por parte de los gobiernos, el imperativo son las buenas políticas migratorias y su puesta en marcha a través de funcionarios expertos, pero por parte del inmigrante, se precisa una meticulosa planificación, una adecuada asesoría legal y contar con mucha suerte.

Dicho en otras palabras, España como el resto de los países del primer mundo, se enfrenta al desafío permanente de evolucionar en sus políticas de

integración para los inmigrantes. Pero también vale la pena que cada uno de los protagonistas de esta agitada dinámica de movilidad internacional, asuma la responsabilidad de hacer bien lo que le corresponde. Esa es la única forma de lograr la construcción de una sociedad en armonía en medio de la diversidad.

¿CÓMO ES LA FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN COLOMBIA?

Por la esperable naturalidad de una historia narrada desde lo vivido, intentaré hacer un ejercicio de concreción, facilitado por los datos.

Según el director ejecutivo de ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina), Luis Carlos Ortiz, "hubo un incremento notable del talento humano en los últimos años, lo que hace pensar que para el 2030 los indicadores del país serán cercanos a los de la OCDE". El Doctor Ortiz afirma también que, en la última década, "la disponibilidad de talento humano en salud se duplicó, pasando de 480 mil a 850 mil, y que su densidad, mejoró 15 puntos en estos años". Además, prosigue, "entre 1990 y 2022 se triplicó la oferta de programas de formación médica, al punto que, en este momento, existen 63 facultades de medicina que titulan a más de seis mil médicos cada año, cifra que equivale a 13 nuevos médicos graduados por cada cien mil habitantes. Con esto, Colombia está por encima del promedio de la OCDE en 2015 que era de 12.1 y se acerca más a países como Finlandia que cuenta con 12.7, Reino Unido 12.8, **España 13.0** o Hungría 13.4, y supera claramente a algunos países de la región como Chile 9.4 y México 10.7 (3). El Doctor Ortiz también precisa que: "pasamos de graduar 800 médicos especialistas en 2001 a más de 1800 en 2021; hoy se cuentan cerca de 31.000".

He descargado esta retahíla de cifras porque una vez abarcadas, mi deseo es ahondar en el que considero un detalle tan importante como el número: la calidad. Los mejores programas de formación de especialistas en Colombia han sido reconocidos

por incorporar entre sus filas a los candidatos más idóneos, así que históricamente eran seleccionados con gran rigurosidad, entre cientos de aspirantes, y luego, entrenados y observados cuidadosamente, hasta sacar un producto excelso a la sociedad, uno digno de sus prestigiosas Alma Mater. Este concepto de élite académica se ha ido diluyendo con el advenimiento de tantos nuevos programas. La población creció y la necesidad con ella. Parecía indispensable descentralizar el conocimiento, hacerlo práctico y variopinto, pero ese sigue siendo un desafío de extrema dificultad, porque el 72% de los médicos especialistas decide ejercer en las ciudades principales. Mientras estas últimas incursionan en la medicina de precisión, el diagnóstico genético, los sistemas sofisticados de calidad, la cirugía robótica, los modelos en 3D, la inteligencia artificial y las salas de cirugía inteligentes, a pocos kilómetros de las urbes, la situación de las instituciones de salud es, en resumen, precaria.

Las regiones alejadas del eje económico del país permanecen en un círculo vicioso de pobreza, corrupción, falta de inversión y olvido. Una espiral eterna que se va encarnando cada vez con más fuerza, mientras nutre las fauces de nuestro gran enemigo nacional, la **desigualdad**.

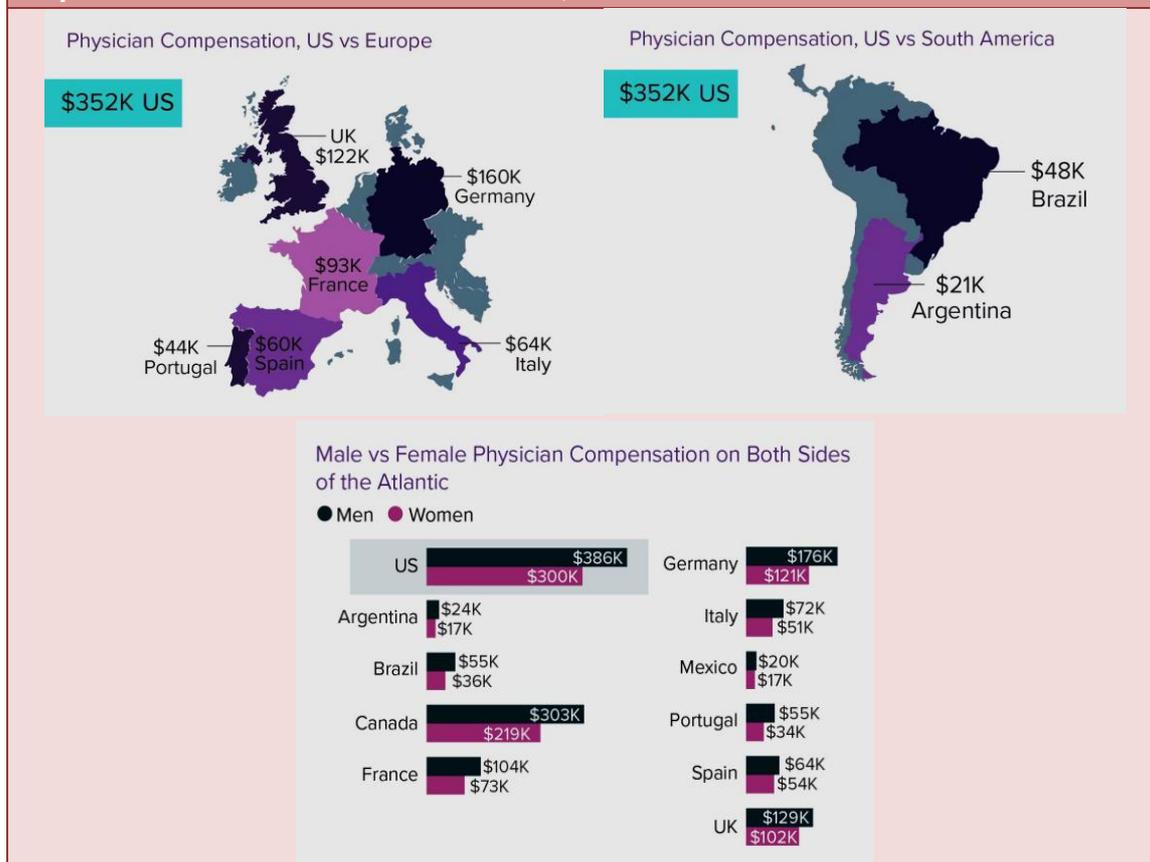
En esta mirada general hay otro ingrediente que se sumó por décadas al embudo de la especialidad médica en Colombia. Se trata del enorme desafío económico que este título representaba hasta hace muy poco para cualquier médico que no perteneciera a una familia de altos ingresos. Pagar los gastos educativos ha sido, tradicionalmente, costoso, y los médicos residentes no recibían contraprestación económica durante los años de formación (salvo unos pocos beneficiarios de las becas-crédito del gobierno), a pesar de que representaban mano de obra útil y gratuita en aquellos hospitales que gozaban de convenios de docencia-servicio. Por fortuna, la injusticia terminó el 1 de Julio de 2020, cuando por fin entró en vigor la ley 197 de 2018, mediante la cual se concedió, después de muchas marchas y luchas jurídicas, la remuneración económica para los residentes de especialidades médicas

en Colombia. Prueba superada, pero muchos se perdieron en esa intrincada red de obstáculos.

Dicho esto, y ampliando la mirada, está claro que la inversión en salud y educación sanitaria de los países de la Unión Europea dista enormemente de la de los suramericanos, y eso se traduce, entre otras cosas, en los salarios recaudados por los profesionales. Lo anterior depende por supuesto de múltiples variables, como la especialidad que se desempeñe, los años de experiencia y la práctica pública, privada o combinada, pero para hacerse mejor idea al respecto, dejo aquí los datos de esta publicación (Figura 2), que muestran las abismales diferencias en la remuneración a los médicos de diferentes naciones. Estimo que Colombia, debe aproximarse a los datos aquí calculados para Brasil.

Figura 2

Do US Doctors Have It Better? Medscape International Physician Compensation Report 2023 Jon McKenna. Octubre 11, 2023.



Es procedente enunciar entonces, algo más sobre las motivaciones financieras que nos movilizan hacia Norte América y Europa. ¿A quién no le haría ilusión recibir no sólo mayores ingresos, sino hacerlo en una moneda fuerte como el dólar o el euro? Hacer proyectos de vida con una moneda cuya fluctuación y estabilidad garanticen más seguridad en las inversiones que se emprendan es, por decirlo brevemente, motivador. Pero eso no es todo. Más allá de la moneda en sí misma, el **factor país** es un hecho y este puede ser voluble e impredecible, como es según muchos analistas, el caso del gobierno colombiano actual. Como es probable que tales variaciones sean verdaderamente drásticas, creo que no sobra entonces recalcar lo que parece una obviedad: el motor que moviliza a buena parte de los médicos migrantes es la búsqueda de estabilidad financiera y proyección a futuro, y ahí es donde hay que considerar el factor país.

Sigamos por ahí. Los médicos en Colombia trabajan en jornadas laborales extensas, distribuidas usualmente en varias instituciones, con contratos como profesionales independientes. Las bajas laborales, incapacidades y vacaciones no solo no son remuneradas, sino que se consiguen cambiando guardias y jornadas con otros colegas. Los empleadores, en este contexto, no tienen mayores compromisos con nosotros, y pueden prescindir de nuestros servicios cuando les parezca, sin que medie ningún tipo de indemnización o posibilidad de apelar. En tales condiciones, el mercado de la salud ha entrado en el renglón de la informalidad, devorado por los intereses de unos pocos, aunque de esta cadena productiva cuyo eslabón más débil parecen ser los profesionales sanitarios, se lucren muchos. Con la dinámica laboral que acabo de dibujar, estarán ustedes de acuerdo, en que cabe suponer una enorme dificultad para la conciliación familia-trabajo, tanto para hombres como para mujeres.

Desde una mirada más amplia y buscando complementar esto del factor país, es también necesario anotar que Colombia cuenta con la inagotable tenacidad y la fuerza laboral de un pueblo que parece hecho para trabajar y para resistir. Por fortuna, la nación va despertando, aprendiendo a denunciar y a protestar frente a la corrupción y la desigualdad; sin embargo, es fácil suponer que incluso si siguiéramos una

tendencia de recuperación social y económica, pasarán varias generaciones para vislumbrar una verdadera transformación.

Sin vanidad digo que los médicos colombianos exhiben altas cualidades profesionales, pero acepto que es una pena que dichos atributos han estado históricamente eclipsados por las cicatrices de la guerra y la desigualdad, y por la obscena corrupción de nuestros gobiernos. Todo esto a la vista de los observadores externos y potenciado por la enervante superficialidad de los medios de comunicación masiva. Los estragos sociales son profundos y sé que no me equivoco en vaticinar el paso de muchas generaciones para depurarlo.

¿POR QUÉ MIGRAR A ESPAÑA?

Aunque parecen obvias las ventajas de movernos a España, pongámosle cifras. El 16 de agosto de 2023, se publicó una encuesta realizada por la firma GALLUP (4), que revela que el 49% de los colombianos estarían dispuestos a migrar si tuvieran los recursos económicos para hacerlo y, de los que lo terminan haciéndolo, el 20% se decide por España. El idioma, el clima o la cultura ibérica que no nos es del todo ajena, son variables que pueden hacer definitivamente más fácil la labor de adaptarse.

Españoles y latinoamericanos hemos convivido desde hace 531 años, de manera que la herencia ibérica es una parte importante de nuestro ADN. Somos un compendio de diversidad étnica, racial y religiosa altamente adaptable a diversos entornos. Pero se me ocurre que, si se trata de escoger, parece lógico que nos encontremos más a gusto en medio de las palpables y numerosas afinidades que compartimos con la madre patria.

Trato de indagar en mis razones propias abstrayéndome del cómodo atractivo de la cultura española, y noto que no puedo desentenderme de una de las más poderosas motivaciones que rondan mi cabeza. Hablo de la sensación de seguridad

que cobija a los ciudadanos y, sobre todo, a las ciudadanas de la apacible España, eso que tanto anhelamos quienes, como yo, hemos crecido en lugares con altos índices de criminalidad. Esa es sin pensarlo dos veces, una motivación muy fuerte, y, si además le sumamos el hecho de que, en España, sí podemos aspirar a una educación y una salud pública de buena calidad, el resultado es con todas las letras, seguridad. A mí me basta con esto.

¿CÓMO APROVECHAR LOS AÑOS DE FORMACIÓN Y LOGRAR ACCEDER A UN PROYECTO DE VIDA LABORAL PLENA EN ESPAÑA?

Es un hecho que el papel del médico general se está extinguiendo en el mundo. Veo con claridad que la respuesta de los países frente a los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por incentivar la Atención Primaria, es un modelo de atención basado en la Medicina Familiar y no en el aprovechamiento del recurso humano que suponen los recién graduados médicos generales. El recién graduado cuenta cada vez con menos autonomía en la toma de decisiones y menos posibilidades de resolver hasta las quejas más básicas de los enfermos. Por consiguiente, hacer una especialidad es una decisión de sí o sí; o sea que, traer el trabajo adelantado -tener una especialidad- debería salir a cuenta, pero no es así. La paradoja para el especialista extracomunitario ya formado es que, si se propone a ejercer en territorio español, tendrá que entrar en un embudo muy estrecho que se resiste a su incorporación y se muestra disuasivo y hostil a fuerza de burocracia pura y dura.

El médico especialista extracomunitario que logra ejercer en España en su campo de experticia tiene que pasar por dos fases complejas que hoy en día nutren un mercado gigantesco de cursos, páginas, academias y abogados dedicados a orientar el proceso del extraviado y confundido doctor. Lo primero que debe hacer es homologar el título de médico general y, para ello, la norma favorece el proceso de los nacidos en algunas naciones como la mía, en el marco del convenio Andrés Bello,

suscrito el 31 de enero de 1970 que, huelga decir, ha logrado una real integración educativa, científica, tecnológica, y cultural de los estados miembro. Miles de bachilleres y profesionales le deben a dicho convenio, el haber hecho válida y equivalente su historia académica a pesar de las fronteras.

Bien por Andrés Bello, pero la cosa es que más allá de las normas, este asunto de las homologaciones se ha convertido en un cuello de botella, muy problemático para el Ministerio de Universidades, y no por aspectos normativos, sino más bien operativos. Hoy el gobierno español se enfrenta a un cúmulo gigantesco de solicitudes de homologación pendientes. El dato exacto es imposible de conocer, pero los periódicos como *Valencia hoy* en su edición del 9 de noviembre de 2023, acusan un número superior a las cincuenta mil solicitudes retenidas, y las redes sociales como *@homologacionya* dicen que este asciende a ochenta mil. El Ministerio de Universidades, hoy fusionado con Ciencia e Innovación, y dirigido por Diana Morant, tendría ahora que asumir este reto que nadie ha podido solventar. Ha habido intentos, pero sin frutos duraderos o efectivos, como el Real Decreto del 22 de noviembre de 2022, en el que se ponían los medios para agilizar estas solicitudes a seis meses, cosa que no ocurrió en la realidad, porque, como enuncié antes, el problema no es la norma, es su ejecución.

Para los que emprendemos el camino de la homologación de nuestro título profesional, el procedimiento es sencillo, bien sea por medios propios o con intermediación de agencias. Pero, el problema es que, una vez entregados los documentos, la incertidumbre es total y pueden pasar años en la espera de una respuesta o de un interlocutor que alivie la insostenible experiencia de enfrentarse a una sede electrónica que, gracias a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, ha exonerado de todo rastro de humanidad el proceso de homologación. De ahí que para el momento en que escribo este texto, se hallen conformados grupos de miles de profesionales, organizados para marchar por las calles de las principales ciudades de España. Ellos saldrán juntos con el propósito de visibilizar su desesperada situación y con la esperanza de trabajar

pronto en lo que aprendieron, y no en oficios que no hacen justicia a sus historias de vida.

Pero bueno, en el supuesto de que se haya superado esta primera fase de homologación, el panorama se abre hacia el futuro para quienes quieran continuar con su formación en territorio español, a través de la vía de la prueba MIR (Médico Interno Residente). Aquí empieza la segunda fase de la travesía, y es optimista pensar que, en caso de acceder a alguno de los programas de especialización, vendrá un periodo de buena academia y justa remuneración. Cuando eso suceda, la espera habrá valido la pena.

Por la vía del examen MIR existe otra ventaja en términos comunitarios. El gobierno puede distribuir a lo largo del territorio español, el valioso patrimonio de su recurso humano en salud y, mediante la puntuación obtenida en esta prueba, se confiere tanto al médico local como al extracomunitario, la posibilidad de acceder a una especialidad que, con suerte, puede ser la de su preferencia. Y, si la suerte continúa, se encuentra una plaza disponible en la ciudad deseada, o no. Lo importante del concepto, desde mi punto de vista, aclaro, es que somos parte de un engranaje en el que es tan importante lo que recibimos, como lo que entregamos.

Algo en todo caso se me sale del encuadre. No es fácil abstraerse de que, para juzgar la idoneidad de un médico especialista, no funciona solamente, revisar la nota de su examen MIR o el expediente académico de su universidad de origen. Con la Medicina no puede ser así, porque la responsabilidad del médico no es nada más ni nada menos que la de cuidar y mejorar la salud de otros seres humanos y, por lo tanto, no basta con ser un buen respondedor de exámenes. Ser un buen médico se trata del cuidado de los detalles. Responsabilidad, honestidad, consagración, afinidad por la investigación, empatía, habilidades quirúrgicas y demás virtudes, habrán de ser cultivadas en la facultad y en la vida, porque son fundamentales, a pesar de que muchas de ellas no puedan evaluarse cuantitativamente.

En el día en que reviso por última vez este texto antes de su entrega, he puesto ya en marcha la recolección de los documentos que servirán para presentar mi currículum ante el Ministerio de Sanidad, y el ataque de optimismo que me embarga cuando siento que pronto llegará mi homologación, me ha valido también para iniciar en paralelo, el curso con el que estaré lista para presentarme al examen MIR del 2025. Eso quiere decir que, si para el gobierno español no vale mi trayectoria, tendré que reconstruirla de nuevo y, esta vez, a su manera. No sé si empezar de cero la residencia, después de veintiún años de haberlo hecho por primera vez, es un acto de nobleza extrema, de resiliencia, de adaptabilidad, de desmemoria o un síntoma inequívoco de insanidad mental, pero pienso mantener la vista fija en el objetivo final, y estoy dispuesta a trabajar cuanto sea necesario para llegar a él.

¿FORMAR PARTE DE UN PICO MIGRATORIO ME PONE EN DESVENTAJA?

Es fácil pensar cuánto de favorable puede ser permanecer en el país en el que se aprende a comer, a festejar, a luchar, a trabajar o a resistir; pero, decidirse a tomar una oportunidad que pueda cambiar el rumbo de la propia vida y la de su descendencia, implica hacer flexible el pensamiento, agudo el instinto y ponerse en marcha.

España tiene una población de 48.345.223 habitantes según el Instituto Nacional de Estadística (INE); de ellos 6.335.419, o sea el 13%, somos extranjeros, provenientes de unos 60 países, de los que resulta que, para el segundo trimestre de 2023, la mayor proporción fue de colombianos, un 37%. Somos muchos y, por eso, para entender las variables que justifican estas cifras, tuve que indagar en fuentes de información oficial, como Migración Colombia y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). España es el tercer destino más elegido entre los colombianos que emigran, después de Venezuela y Estados Unidos. Para el Ministerio de Relaciones Exteriores en 2009 había 330.419 colombianos en España. Este número es variable dependiendo de la fuente. Infobae, por ejemplo, en su publicación

del 8 de agosto de 2023, dice: “**gracias a la llegada de los Colombianos España logró récord de población: ahora son más de 48 millones**” (5).

En esta publicación consta que, en el segundo trimestre de este año, el número de migrantes colombianos fue de 37.700. Voy más abajo en el mismo artículo y encuentro que la emigración neta de nacionales colombianos alcanzó un nivel récord en 2022, con más de 547 mil personas emigrantes (2,7 veces el promedio anual desde 2012), tomando en cuenta los registros del informe publicado por el Centro de Recursos para el Análisis de Conflictos (CRAC). Los datos sugieren que esta ola migratoria, mayoritariamente constituida por jóvenes, surgió en marzo de 2021, a expensas de muchos colombianos que buscaban vacunas contra la COVID-19. Pero la migración no se detuvo con el inicio de la vacunación masiva en Colombia, y, por el contrario, continuó aumentando en medio de la desaceleración económica global.

Buscando más información al respecto, me encontré con un artículo en *El Confidencial* (6), cuyo titular me resultó interesante: “**La clase media se enamora de España**”. Adentrándome en el texto, dice después de algunas cifras como las que anoté en párrafos anteriores, que la nuestra no es una migración por necesidad, sino que está en busca de mejor calidad de vida, y yo me permito afirmarlo. El fenómeno actual, en el que me incluyo, no obedece a los motivos de antes, y me refiero a los que movilizaron a miles de compatriotas durante la última década del siglo XX, como fue el desplazamiento forzado de personas huyendo del dolor de la guerra y de todos los males sociales que esta desencadenó.

Desde mi perspectiva, que no implica que sea la de todos, se trata un asunto multicausal. No todos huimos; los de ahora, más parece que buscamos, y esas son dos cosas muy diferentes. Se ha hecho evidente que la inestabilidad de nuestra nación amenaza el potencial académico y profesional que hemos ido forjando con mucho esfuerzo. Las diásporas actuales se enmarcan en las redes de información de hoy, que permiten una visión del panorama contemporáneo prácticamente ilimitado; por lo

tanto, parece normal que se active el espíritu nómada y explorador tan connatural a nuestra especie humana.

Termino esta idea con la hipótesis propia de que la posibilidad de desarrollarnos en otras tierras no viene únicamente por el anhelo de prosperidad, porque esa prosperidad la construimos entre todos, sino del derecho de conquistar una vida diversa y enriquecedora en medio de un entorno más seguro, igualitario, equitativo y propicio para los planes a futuro. Puede ser que, en un entramado migratorio tan hostil, yo esté navegando ahora en aguas turbulentas, pero de este tiempo vendrán grandes cambios y voy a creer que seré parte de la transformación.

¿DÓNDE ESTÁ LO NEGATIVO DE LA MIGRACIÓN DE PROFESIONALES?

Con las redes sociales y la inteligencia artificial, recibo con inusitada frecuencia propuestas laborales de Alemania, Suiza y Canadá, principalmente. Debo decir que son en verdad atractivas, pues en ellas me proponen salarios que duplican o triplican a los de España, y activan procedimientos para la integración social y familiar, incluida la legalización del estatus migratorio y, por si fuera poco, se encargan de enseñar el idioma en tiempo récord, con profesores nativos. ¿No les parece que a esto sí que cabe llamarle un eficiente **efecto llamada**? Diré algunas palabras sobre este término que he resaltado en negrilla y que fue acuñado en España en un contexto bien distinto al que le acabo de adjudicar. El concepto de “efecto llamada” surgió en el año 2005, cuando algunos políticos alertaban sobre el temible fortalecimiento de una desbocada inmigración irregular, como resultado de la excesiva flexibilización de las políticas migratorias del gobierno de la época. Hoy la expresión se usa con cierta frecuencia y con una connotación parecida; algo así como “tenemos un país repleto de ventajas y no queremos que los inmigrantes las conozcan y se aprovechen de nuestro generoso estado de bienestar”. Podría haber errores en esa lógica, pero es perfectamente comprensible, porque el primer mundo tiene un poderoso atractivo en términos de calidad de vida.

Es fácil pensar que, a falta de condiciones de vida digna en tantos países de origen, sólo quede favorecer un ambiente de movilidad adecuadamente regulado, que busque mantener lo que tanto esfuerzo y batallas ha costado lograr. Me viene a la mente que los médicos migrantes somos una parte afortunada de la desaforada movilidad internacional de nuestros días, porque, como enuncié en un principio, nuestro oficio nos deja pensar que somos fundamentales en cualquier sociedad en la que escojamos vivir. Si lo vemos en cifras, los profesionales somos apenas un 7% de los migrantes que ingresan a España, y muchos lo hacen trabajando en oficios alejados de su formación académica previa. En este punto, el panorama se vuelve un poco más gris. Deseo ver la migración como un universo de ventajas donde cabemos todos, pero debo aceptar que no es del todo así. La discriminación es real e inevitable, y se respira un temor comprensible a desdibujar las propias tradiciones, y a importar vicios de comportamiento y problemas sociales de otros países. Lo percibo en las miradas de desconfianza cuando dejo salir palabras con mi acento que no tendría que disimular, o en la sonrisa que se apaga cuando me preguntan algo y advierten que no soy de aquí, o cuando no contesto en catalán.

Es inútil negar cuan legítima es la amenaza que se cierne sobre la permanencia de la cultura local y de las lenguas cooficiales, tan defendidas a lo largo de las generaciones. Por mi parte, he decidido estudiar catalán para facilitar mi integración y para contribuir en la conservación de una cultura que de ninguna manera quisiera empobrecer; pero, estoy convencida de que eso es algo paliativo. Siempre seré extranjera, siempre seguirán preguntando de dónde vengo y, con seguridad, algunos (pocos) seguirán mostrándome que no soy bienvenida.

El ambiente xenófobo que percibo en las conversaciones cotidianas tiene dentro de sus motivaciones la enorme carga tributaria a la que hoy se enfrentan los trabajadores en España, que sienten que va en buena parte al subsidio de la supervivencia de los migrantes. Al respecto, existe un documento interesante que explora la contribución de la inmigración en la economía española. Se trata de un estudio publicado por el defensor del pueblo de España, Francisco Fernández

Marugán, en su informe anual 2020 (7). Del texto enunció varias frases que me alientan: “En términos de recaudación impositiva no existe ninguna excepción para los extranjeros que residen en territorio español”, “La contribución de la inmigración laboral es muy notable desde el punto de vista de los ingresos fiscales, especialmente por el lado de las contribuciones a la Seguridad Social”, por lo cual se debe “entender la importancia de la migración como mecanismo de sostenibilidad demográfica”.

Si las cifras sobre vaciamiento demográfico en España siguen a un ritmo en el que la mortalidad no es alcanzada por la natalidad, excepto gracias a los migrantes, quiero pensar que nuestra descendencia será bienvenida y que podremos ayudar a construir sociedad de la forma más positiva posible.

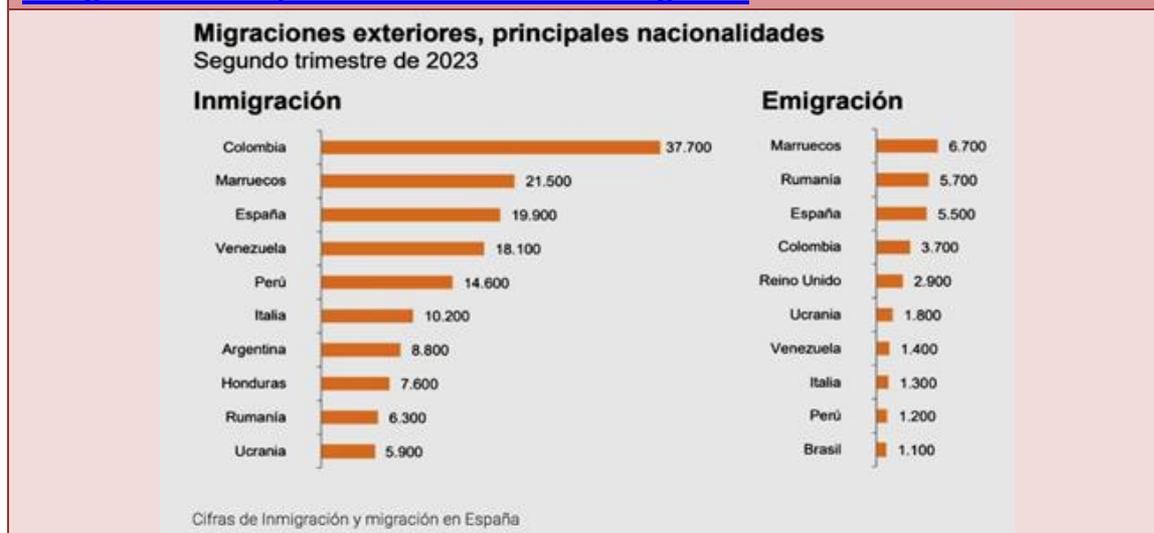
Entre guerras, diásporas y epidemias, es difícil no pensar en lo absurdo que parece el hecho de que los males de la sociedad puedan atravesar al galope todo tipo de fronteras. Pero, en contraste, los médicos que dedicamos la vida a aprender a contener dichos males, estamos enfrentados a toda suerte de obstáculos en el obstinado empeño de entregar nuestra vocación. Todo esto es un ejercicio de templeanza y perseverancia, y no importa, porque también para eso nos hemos entrenado.

ANEXOS

Anexo 1

Migraciones exteriores, principales nacionalidades.

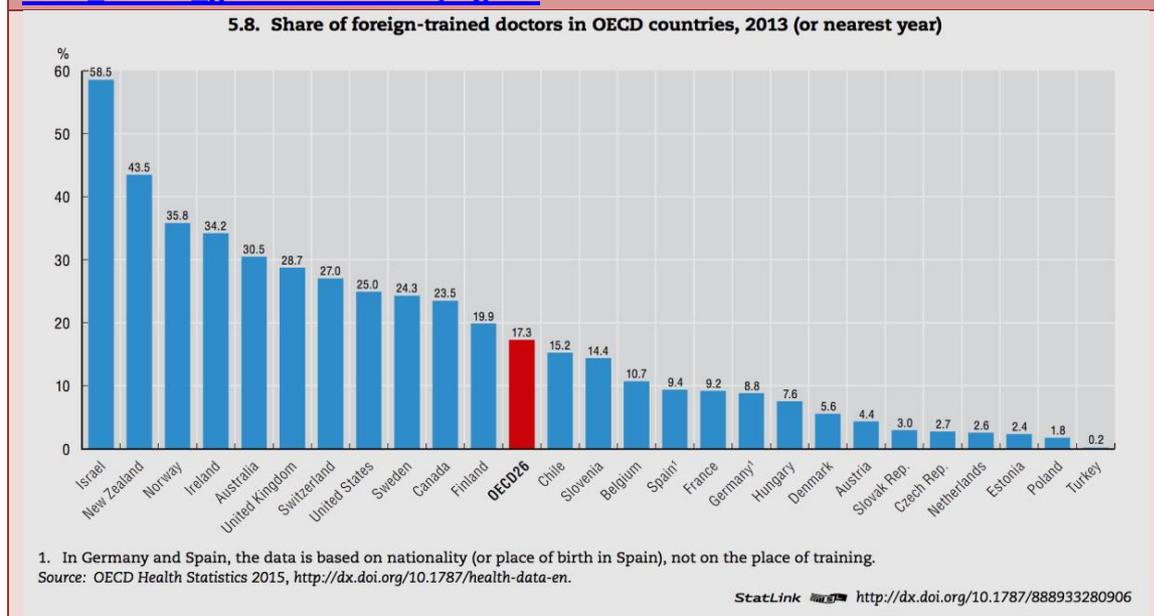
<https://www.infobae.com/colombia/2023/08/08/los-colombianos-lideran-lista-de-inmigrantes-en-espana-con-mas-de-37000-llegadas/>



Anexo 2

Médicos entrenados en el exterior en países OCDE, 2013.

https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#page89

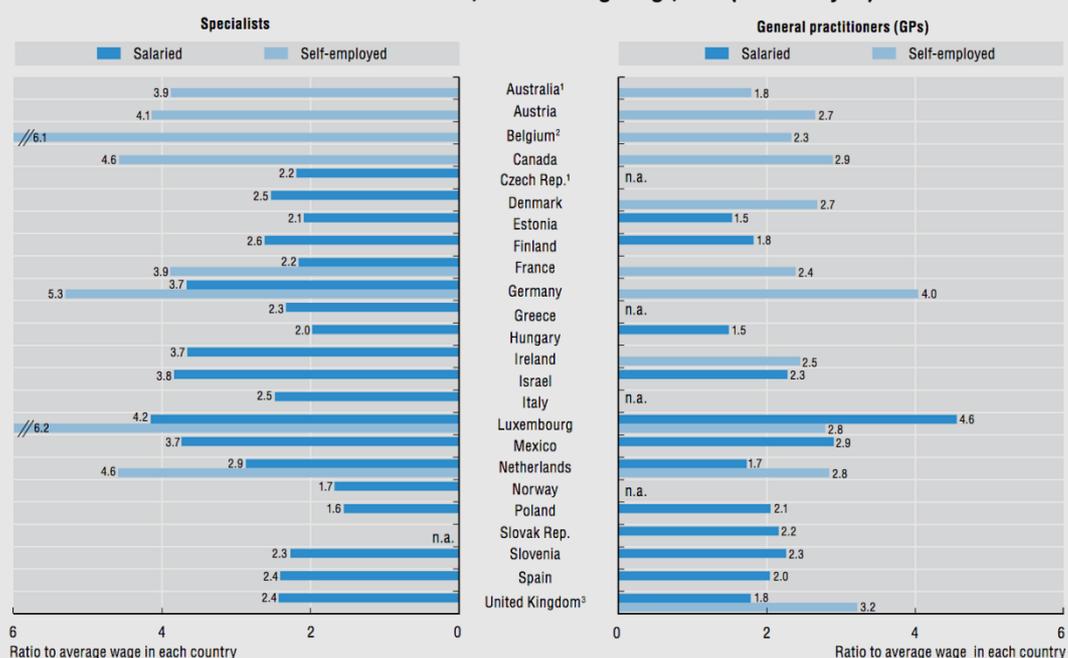


Anexo 3

Remuneración de los Médicos, relación al salario promedio, 2013.

https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#page91

5.11. Remuneration of doctors, ratio to average wage, 2013 (or nearest year)



1. Physicians in training included (resulting in an underestimation).
 2. Practice expenses included (resulting in an over-estimation).
 3. Specialists in training included (resulting in an underestimation).
 Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280919>

BIBLIOGRAFÍA

- Noriega D. España lamenta la falta de médicos mientras 'expulsa' a sus profesionales por malas condiciones laborales [Internet]. elDiario.es; 2022. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/espana-lamenta-falta-medicos-expulsa-profesionales-malas-condiciones-laborales_1_9724214.html
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD). Better Life Index [Internet]. Disponible en: <https://www.oecdbetterlifeindex.org/es>
- Acero M. Las facultades de Medicina están listas a formar los médicos que Colombia necesita [Internet]. Epicrisis; 2023. Disponible en:

<https://epicrisis.org/2023/02/28/las-facultades-de-medicina-estan-listas-a-formar-los-medicos-que-colombia-necesita/>

4. Morales C. Estudio revela que el 49% de los colombianos quiere migrar por falta de oportunidades [Internet]. AS Colombia; 2023. Disponible en: <https://colombia.as.com/actualidad/estudio-revela-que-el-49-de-los-colombianos-quiere-migrar-por-falta-de-oportunidades-n/>
5. Sáenz H. Gracias a la llegada de los colombianos España logró récord de población: ahora son más de 48 millones [Internet]. Infobae; 2023. Disponible en: <https://www.infobae.com/colombia/2023/08/08/los-colombianos-lideran-lista-de-inmigrantes-en-espana-con-mas-de-37000-llegadas/>
6. Franco L. La clase media colombiana se enamora de España [Internet]. El Confidencial; 2023. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/espana/2023-08-12/colombianos-espana_3716543/
7. Fernández Marugán F. La contribución de la inmigración a la economía española. Volumen II del Informe Anual 2019 del Defensor del Pueblo [Internet]. Madrid: 2020. Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/05/II_Estudios_documentos_de_trabajo_2019.pdf

Adriana Serna Lozano

Médica. Especialista en Cirugía General y en Cirugía de Tórax. Escritora de la novela “Sin Miedo a la Sangre”.

Cómo citar este artículo:

Serna Lozano A. Médicos migrantes. *Folia Humanística*, 2024; 3 (3) 31-51. Doi: <http://doi.org/10.30860/0103>.

LA CONTRIBUCIÓN DE LOS HUMANISTAS EN LA FORMACIÓN MÉDICA: MARAÑÓN, ORTEGA Y UNAMUNO (Parte I).

González Blasco P.

Resumen: Existe una dualidad entre la medicina considerada como ciencia o como arte; en este primer artículo (de una serie de dos), el autor destaca la importancia de equilibrar ambos aspectos, pues de ello dependerá la esencia misma de los cuidados de salud. Saber cuidar es como una moneda de dos caras, donde la ciencia y el arte deben tener igual valor para tener legitimidad social. Desafortunadamente, una creciente tecnificación nos lleva a descuidar la visión del paciente como un todo, y no solo como un conjunto de síntomas. Esta visión holística debe traducirse en actualizarnos de manera equilibrada entre la formación técnica y la comprensión del paciente como realidad personal y social. Sin embargo, la tendencia a priorizar la investigación sobre la formación profesional es causa de frustración y burnout, porque la práctica clínica es aceptación y transformación del sufrimiento humano. La Universidad debe iniciar este proceso formativo, promocionando la cultura y el humanismo. Ortega, Marañón y Unamuno, iluminan este tránsito hacia una práctica clínica más empática y reflexiva.

Palabras clave: *Práctica Clínica, Práctica Reflexiva, Humanismo, Ortega, Marañón, Unamuno, Aceptación, Empatía, Proceso Formativo.*

Abstract: THE CONTRIBUTION OF HUMANISTS TO MEDICAL EDUCATION: MARAÑÓN, ORTEGA AND UNAMUNO (PART I)

There is a duality between medicine considered as science or as art; in this first article -of a series of two- highlights the importance of balancing both aspects, as the essence of healthcare depends on it. Knowing how to care is like a two-sided coin, where science and art must hold equal value to have social legitimacy. Unfortunately, increasing technification leads us to neglect the view of the patient as a whole, and not just as a set of symptoms. This holistic vision should translate into balanced updating between technical training and understanding the patient as a personal and social reality. However, the tendency to prioritize research over professional training causes frustration and burnout because clinical practice is the acceptance and transformation of human suffering. The University should initiate this formative process, promoting culture and humanism. Ortega, Marañón, and Unamuno illuminate this transition towards a more empathetic and reflective clinical practice.

Key words: *Clinical Practice, Reflective Practice, Humanism, Ortega, Marañón, Unamuno, Acceptance, Empathy, Formative Process.*

Artículo recibido: 29 febrero 2024; aceptado: 1 marzo 2024.

Sentiría mucho que alguien dedujese de lo dicho, que soy irrespetuoso con la Medicina y que soy pesimista sobre su presente y su porvenir. Yo respeto la Medicina, porque la amo; y es el amor la fuente suprema del culto, en lo humano como en lo divino. Pero el amor es también, o debe ser también, crítica. Sólo cuando desmenuzamos en el objeto amado cuanto tiene de deleznable, acertamos a encontrar, allá en el fondo, lo que tiene de imperecedero. El que habla valientemente de los defectos de su patria es el mejor patriota, y el que extrema las censuras justas a su profesión, ése es el que la sirve con toda plenitud.

Gregorio Marañón (1).

EL HUMANISMO MÉDICO

El humanismo en medicina no es una cuestión temperamental, ni un gusto individual, ni siquiera un complemento interesante. Es una verdadera herramienta de trabajo, no un apéndice cultural. Se comprende fácilmente que siendo la materia prima de la profesión médica el propio ser humano, todo lo que ayude a comprenderlo mejor se convierte en un instrumento profesional. Por tanto, el humanismo debe ser una actitud científica, reflexiva, resultado de un esfuerzo de aprendizaje.

La forma más práctica de entender esta necesidad es, como en muchas otras cuestiones, observar las consecuencias que provoca su ausencia. Entonces cuando hay un clamor por la Humanización de una situación, una actitud o una profesión, es porque de alguna manera se está reclamando algo que se entiende como imprescindible en una determinada circunstancia concreta. En el caso de la medicina, las llamadas de atención suelen provenir del paciente, como un aviso que orienta la recuperación de algo que, teniendo derecho a esperar del médico y de la medicina, no se encuentra en la práctica.

Las advertencias provenientes del paciente rara vez recaen sobre el aspecto técnico de la medicina, sobre todo porque el paciente no suele tener los recursos para evaluar correctamente deficiencias de esta naturaleza. Las carencias que ve el paciente son, en definitiva, carencias en la persona del médico, poseedor del conocimiento e intermediario entre la tecnología y el paciente. Las deficiencias no son de carácter técnico, sino de carácter humano. Y es que, de alguna manera, se hace necesario “vestir la ciencia médica con ropajes humanos, disolver en ternura la técnica y los medicamentos que el paciente debe utilizar” (1). Cuando esto no sucede, las insuficiencias siempre son del profesional, y quien pierde es el paciente, que acaba sufriendo una indigestión científica que no le resulta reconfortante. Corresponde al médico ocuparse de este tema, que no es un detalle ni filigrana. Una preocupación que debe traducirse en ocupación activa, estudio y reflexión, para profundizar y, sobre

todo, analizar el comportamiento, detectar deficiencias y encontrar los caminos de mejora necesarios.

El término humanismo suele comprender tres aspectos diferentes, aunque complementarios. Así, un humanista es un hombre que define actitudes concretas ante la vida, resultado de su reflexión y como consecuencia de una filosofía que orienta su existencia. Si este hombre humanista es médico, estas actitudes que involucran su propia vida afectarán otras vidas, aquellas que él tiene que cuidar, y por tanto implicarán una postura concreta ante la vida humana, la vida enferma, el sufrimiento, el dolor y la vida que termina. En segundo lugar, el humanista tiene como vecina próxima la versión activa, altruista y afectiva de esta filosofía de vida: es el humanitarismo, la capacidad de conmoverse por el dolor y las limitaciones de los demás. Finalmente, se necesita una alimentación que apoye continuamente esta filosofía de vida y las actitudes concretas que implica. De ahí el entrelazamiento natural con las humanidades -también ámbito del humanista- como forma cultural de acercarse al conocimiento del hombre, con sus grandezas y miserias (2).

Otro autor compara lo humano, lo humanista y lo humanitario en relación con la medicina, concluyendo que, aunque conceptualmente diferentes, todas estas calificaciones deberían poder aplicarse al médico (3). Estaríamos así hablando de la condición humana del médico, de la perspectiva humanista de su orientación filosófica, del componente humanista de su preparación y del carácter humanitario de su profesión. Y concluye este autor: “El concepto de médico implica subjetividad creativa, vocación altruista, profundo respeto por lo específicamente humano, sentido de solidaridad, capacidad de comunicación interpersonal, inclinación benevolente y voluntad de progresar para mejorar su contribución a la humanidad. Sin estas cualidades no se puede ser médico”.

El clamor por el humanismo ausente, en sus diversas vertientes, plantea la cuestión de un abordaje integral del paciente, hoy llamado holístico. La estructura de gran parte de la medicina actual –medicina apresurada– priva al médico de los

recursos necesarios para explorar la intimidad del paciente. La falta de humanismo hace que el médico sea incapaz de integrar todos los datos sobre la enfermedad y el paciente, en un contexto único y holístico.

Un mínimo de reflexión es suficiente para sorprenderte de cómo es posible asistir a alguien en sus necesidades, ayudarlo en sus dolencias, pero por partes, a plazos, perdiendo de vista al ser humano que está presente. Ver a la persona como un todo es algo absolutamente natural, es decir, parte de la naturaleza humana. En la vida cotidiana, en la calle, en las relaciones sociales, en la conversación relajada, en el intercambio de servicios, en el comercio y en la amistad, habría que ejercer mucha violencia para relacionarse con una sola parte del interlocutor. Relacionarse con la persona en su totalidad es, por tanto, algo que los ciudadanos corrientes, cualquiera que sea su nivel de educación, hacen con naturalidad. Por eso sorprende que sea necesaria esta discusión entre médicos y profesionales dedicados a la salud quienes, más que nadie, deben entender que su servicio está destinado a la persona que lo requiere, nunca a una parte de ella. Resulta sorprendente, aunque al mismo tiempo perfectamente comprensible, si, como se señaló anteriormente, se admite que el Humanismo es un recurso imprescindible en la actuación del médico: la percepción de la falta de este recurso provoca una discusión que busca el necesario rescate.

Cabe también preguntarse, en el desarrollo natural de lo dicho anteriormente sobre la distracción histórica, cuál sería el itinerario de este proceso de pérdida del Humanismo. ¿El proceso de formación, de profesionalización de los médicos, tiene alguna culpa o responsabilidad en esta situación completamente paradójica? Si, por un lado, sería simplista decir que las facultades de medicina que no forman médicos humanos son las culpables de la deshumanización de los médicos, por otro, sería ingenuo no sospechar que algo sucede en el proceso de formación para que los estudiantes pierdan algo que naturalmente deberían tener. Y la pregunta puede ir más allá, formulada en términos más radicales: ¿el estudiante que ingresa a la facultad de medicina tiene realmente este componente humanista entre sus prioridades? De lo contrario, ¿cómo es posible evaluar esta dimensión humanista en el proceso de

selección de ingreso a las facultades de medicina, de modo que se puedan reclutar estudiantes dispuestos a desarrollar el humanismo como herramienta de trabajo?

Como aportación original en este sentido, algunos autores señalan una serie de características (una lista de 87) que serían deseables como estándar de calidad médica (4). A continuación, analizan la posibilidad de enseñar estas características a los estudiantes durante la carrera de medicina. Entre ellas, hay características importantes que se pueden enseñar, y otras, también importantes, que difícilmente pueden enseñarse en la facultad de medicina. Así, actitudes de relacionamiento como la educación, la capacidad de ganarse la confianza de los demás, la adaptación a las personas, la reputación y el liderazgo, son importantes, pero difíciles de enseñar en la facultad de medicina. Otras características importantes, como el razonamiento clínico, los procedimientos y la organización de los registros médicos, son importantes y se pueden enseñar. Los autores concluyen que, de alguna manera, esto debería tenerse en cuenta en el proceso de selección de candidatos a la facultad de medicina, eligiendo aquellos que ya tienen adquiridas a priori aquellas características que, aunque importantes, es poco probable que se puedan enseñar.

Naturalmente, el proceso de selección de candidatos es un primer paso en el intento de rescatar el humanismo, incluso para definir la identidad de la vocación médica en el contexto que estamos estudiando. De esta manera, al colocar entre sus prioridades como condición vocacional la formación humanista, los candidatos que posean esta propensión y el deseo de ser médicos se identificarían más fácilmente. La Universidad debería considerar institucionalmente esta perspectiva, para evitar que se perpetue el proceso de pérdida del aspecto humanista en el estudiante de Medicina. Simplificando de nuevo, y asumiendo los riesgos de la simplificación, se podría intuir que es necesario volver a aprender a hacer lo que, en épocas históricas pasadas, se hacía con naturalidad, o, al menos, no olvidar cómo hacerlo.

Esta cuestión de la memoria de los orígenes tiene importantes implicaciones éticas y es analizada en profundidad por un profesor de Filosofía de la Educación (5),

que parte de la antigua tesis de que el hombre es un ser que olvida. Un ser que olvida, no los detalles -que sería perdonable-, sino que olvida lo fundamental. Podríamos agregar que en el caso del médico se olvida que él, el médico, es un ser humano y que trata con personas. Este mismo autor, citando al poeta Píndaro, señala que el recurso que tiene Zeus para, de alguna manera, ayudar al hombre en su frágil memoria de las realidades esenciales, son las musas, las artes. De ahí una conexión importante con el tema que nos ocupa: las artes, las humanidades en sentido amplio, son -desde el Olimpo griego- herramientas que los dioses consideraban para despertar la memoria del hombre que es capaz de olvidar su condición humana: la propia y la de sus pares.

Este clamor por la recuperación del humanismo en el médico, intrínsecamente ligado al abordaje integral del paciente, ha producido interesantes análisis que profundizan en la definición conceptual del humanismo. Un autor (6) analiza este tema que, a su juicio, se presenta hoy como un logro a través de un enfoque holístico, cuando en realidad se trata de una recuperación de algo que está en el corazón mismo de la vocación médica. Así, la pregunta sobre quién sería el médico ideal se descompone en otras dos que podrían formularse de forma sencilla: ¿la búsqueda actual es por una medicina holística o, sencillamente, por un médico humano? El autor señala la frecuente confusión entre estos dos términos que representan una postura filosófica diferente. En el término holístico, tal como se utiliza hoy en día, más allá de las expectativas naturales de un médico humano, hay una ampliación de conceptos, que acaban interpretando la vida misma de forma médica. Una visión holística, sí, pero de toda la vida y no sólo del problema que nos ocupa. El autor señala que de esta manera se abre una puerta a todo tipo de prácticas alternativas a la medicina que pueden, y probablemente tengan, su valor, pero que no nos corresponde a nosotros, los médicos, analizar. Se trata de enfoques holísticos de la persona –como puede serlo, por ejemplo, la filosofía–, pero ésta no es el área que nos ocupa del humanismo médico. Son, si queremos, enfoques holísticos, pero fuera del academicismo de la medicina.

La preocupación que debe ser responsabilidad de los médicos formadores en las facultades de medicina está relacionada con el proceso educativo que resulta en el estilo del médico que se forma. Si además de la facultad de medicina existen otros recursos que ayudan al paciente, a la persona, en la enfermedad y en la vida, es algo que como académicos no nos corresponde analizar. Por eso, el autor afirma en su estudio que saber quién es el paciente, desde una perspectiva personalista, no es medicina holística sino la forma normal en la que se debe practicar la medicina y, por tanto, enseñarla en las facultades de medicina. La medicina no necesita tomar prestado el concepto holístico de otros enfoques de la salud, porque lo tiene en el centro mismo de su ciencia, y debe hacerlo transparente en el proceso de formación. El autor concluye: “Si queremos médicos humanos, tendremos que aceptar que los médicos no pueden limitarse a ejercer la medicina, sino que también deben ser personas de calidad. Un buen médico es sabio, compasivo, educado y culto; y sabe que la vida es mucho más que la medicina, para el médico y, por supuesto, para el paciente”.

EL HUMANISMO MÉDICO DE GREGORIO MARAÑÓN

A esta altura, después de toda esta trayectoria ciertamente teórica, es necesario convocar un personaje que consigue encarnar el humanismo en la práctica médica, en el día a día. Y lo hace con la misma naturalidad con que practicaba el talante liberal: “El liberalismo es, pues, una conducta y, por lo tanto, es mucho más que una política. Y, como tal conducta, no requiere profesiones de fe sino ejercerla, de un modo natural, sin exhibirla ni ostentarla. Se debe ser liberal sin darse cuenta, como se es limpio, o como, por instinto, nos resistimos a mentir” (7). Ese es el humanismo de Marañón (1887-1960), una actitud completamente incorporada en su modo de ser médico.

Comenta Laín Entralgo (8) en el profundo análisis que realiza de las Obras Completas de Gregorio Marañón: “Antes de médico, historiador, escritor y español,

como hombre sencillo, Marañón fue una persona con vocación de comprender, de *comprehensor*, en lo que tiene de plenitud terrenal y supraterrrenal este término (...). Una persona que, a través de sus vocaciones específicas, sus espléndidos y múltiples talentos, sus amores y aversiones, sus maneras e inexorables deficiencias, quiso ser una única versión cristiana del *homo humanus* de la Antigüedad, aquel a quien nada de lo humano podía parecerle ajeno".

Para Marañón, la formación humanística es una tarea y un compromiso imprescindible para los médicos, una fuente de conocimiento, un recurso instrumental en su profesión. "El humanismo, ambicioso y al mismo tiempo humilde, sirve para madurar, establecer y hacer prudente y eficaz el instrumento de la profesión" (9). Un humanismo que naturalmente trae consigo cultura, permitiendo una ampliación de los conocimientos técnicos inherentes a la ciencia médica. Pero es una cultura al servicio del paciente, no una erudición inútil, un diletantismo o un simple alimento para la propia vanidad, lo que acaba por distraer al médico de su función principal: cuidar al paciente.

El Humanismo que propone y vivió Marañón es un humanismo que pretende, como todo en los médicos, beneficiar al paciente, siendo tan perjudicial la falta de cultura como una cultura que no sirve a los demás. "En la misma cátedra que, con el tiempo, habría de regentar Novoa Santos resonó por primera vez aquella sentencia, después tan repetida, del doctor Letamendi, según la cual "*el médico que sólo sabe Medicina ni Medicina sabe*". Mas, los españoles han podido comprobar, acaso sobre sus costillas, que hay sólo un tránsito imperceptible entre tales doctores que, por sólo saber Medicina la ignoran, y aquellos que, por pretender saber de otras cosas que no son Medicina, dejan de saber la Medicina elemental, pero eficaz, la que sirve para aliviar las fatigas y los dolores. Y por ello miran con justificado recelo a los profesionales universalistas y se acogen al clínico humilde que se contenta con conocer el mínimo de prudentes preceptos que bastan para ejercer la medicina corriente. Porque hay que declarar que ésta se reduce, por lo común, o a problemas fáciles de resolver, o a problemas completamente insolubles para el hombre más

dotado de sabiduría. Lo fundamental, ante lo fácil o lo difícil, es la atención: que en cualquier caso el médico esté con sus cinco sentidos en lo que está, y no pensando en otras cosas (...). El enciclopedismo pedante es un obstáculo para el verdadero saber. El humanismo, ambicioso y a la vez humilde ante la sabiduría, sirve para madurar, para fijar, para hacer prudente y eficaz el instrumento de la profesión. Está bien huir prudentemente del que sólo exhibe su título académico como garantía de su suficiencia, y se dedica a cultivar sus aptitudes retentivas y expositivas para asombrar a los lerdos con su fastuoso enciclopedismo. Pero pongamos nuestra confianza plena y nuestro respeto en el que entrega a la investigación el tiempo que exige, y, después dedica su descanso a esas otras inquietudes que mantienen viva la tensión del espíritu y afilan la eficacia del instrumento profesional, y tanto más cuanto más estricta sea la especialización de ese instrumento. El mejor especialista será, a la postre, el que tenga una cabeza más universal” (9).

Las reflexiones humanistas de Marañón tienen su traducción inmediata en las actitudes del médico que se perfila según este modelo. El protagonismo del paciente, tema constante en Marañón, implica una crítica persistente a una postura médica no comprometida, sin conciencia de misión, preocupada sólo por mantener la imagen profesional: “El médico dogmático vive esclavo de su reputación, ignorando que ésta, la reputación, si para algo sirve no es para que su familia se envanezca, sino, precisamente, para jugársela cada vez que sea necesario, a cambio de mantener la moral de los pacientes; y una buena moral es casi siempre la mejor medicina y a veces la única que nos es dable recetar” (9).

Y en otro momento escribe: “Lo pecaminoso entonces es la verdad, que muchos médicos dicen por vanidad profesional, por el gusto de acertar, a costa del dolor de sus enfermos. Yo he cumplido muchas veces con mi obligación, ocultando la verdad, a sabiendas de que al poco tiempo aparecería como error mi juicio, en detrimento de eso que se llama "la reputación". Pero no tiene temple de médico el que no sepa, desde los principios de su profesión, que acaso una de sus misiones

principales es la de saber sacrificar su reputación, ante el dolor del prójimo, cuantas veces se necesite cada día” (10).

Del compromiso con el paciente surge la necesidad de saber ofrecer al paciente lo mejor posible, sin dejarse guiar por el progreso indiscriminado. Saber “defender” al paciente del uso confuso de la tecnología también es un aspecto que destaca Marañón: “El médico, cuya humanidad debe estar siempre alerta dentro del espíritu científico, tiene que contar, en primer lugar, con el dolor individual; y, por muy lleno que esté de entusiasmo por la ciencia, ha de estar siempre dispuesto a adoptar la paradójica postura de defender al individuo cuya salud se le ha confiado, frente al mismo progreso científico. Esta actitud supone dos conductas que es necesario defender a toda costa: la prudencia del médico y la disciplina del enfermo” (9).

Entre las actitudes del médico, Marañón concede especial importancia al entusiasmo y a la dedicación, que son garantía de la calidad de su actuación. En ningún caso esta consideración puede interpretarse como un desprecio por el progreso científico o la tarea investigadora, ya que el propio Marañón fue un destacado investigador, con especial dedicación al campo de la endocrinología. El significado de dedicación y entusiasmo es lo que hoy podríamos traducir como compromiso y empatía con el paciente: el médico conoce los límites de la ciencia que posee, y esos límites que siempre existirán -ante el sufrimiento y ante la muerte- deben completarse con competencia profesional. Los recursos de esta competencia se encuentran en el ámbito humanístico: “Todo hombre en verdad entusiasta, en nuestra ciencia o en la vida en general, es siempre un hombre bueno; y acaso haya pocos índices más ciertos que el entusiasmo para juzgar de la calidad moral de los demás. Nada abre el corazón y muestra con menos reserva sus más íntimas reconditeces que el entusiasmo; y al corazón del hombre le ocurre lo que a las mujeres cuando exhiben su belleza: que sólo enseñan lo que saben que está bien. El escéptico de la virtud de los demás esconde siempre, en realidad, un defecto suyo. La raíz de todo escepticismo es un complejo de inferioridad. Por eso el hombre o la mujer dolientes, al preferir al médico entusiasta, al anti escéptico, lo hacen porque su instinto

sabe adivinar en esa cualidad llamativa que es el entusiasmo, la garantía máxima de su eficacia: la rectitud, sin la cual la ciencia más profunda se embota o se convierte en charlatanería” (10).

El entusiasmo que el progreso técnico ha empujado con frecuencia al olvido, acaba volviéndose contra el propio médico, como advierte en otro momento: “El pecado de los médicos, de unos decenios a esta parte, es, en efecto, el profesionalismo, el haber abdicado de cuanto tenía nuestra misión de entrañable, de generosa -de sacerdotal, según la consabida frase hecha-, para intentar convertirla en una profesión científica, esto es, exacta, como la del ingeniero, o la del arquitecto, o, en cierto modo, la del boticario; pero, además, en una pingüe profesión. El negocio resulta francamente malo para el médico. Por mucho que quiera, su ciencia seguirá siendo una ciencia embrionaria, llena de lagunas y de inexactitudes. Y éstas sólo se pueden disimular con amor. Su prestigio exclusivamente científico estará, pues, por modo inevitable, expuesto a quiebras graves y continuas. Y, a cambio de ello, se ha enajenado al médico el respeto cordial de sus pacientes, de la sociedad entera, que ya no acepta su error con generosidad, sino que acecha sus descabros con una tarifa, pareja de la tarifa del médico, con la que perseguirán a éste en su crédito o en su cuenta corriente” (10).

Marañón reconoce el recurso humanista como un ámbito permanente en el ejercicio de la Medicina, y pone como ejemplo el ejercicio de los médicos antiguos -a quienes llama Médicos de Familia-. En este sentido, Marañón avanza la consideración antes señalada de que el proceso de formación universitaria debe enseñar a practicar lo que, en otros tiempos, se hacía con naturalidad. Propone así una verdadera recuperación de los orígenes de la profesión médica: “Si tiramos por la borda, como una antigualla más, el concepto sacerdotal del médico, la supremacía de la vocación para ejercer nuestro arte, entonces no tenemos derecho a quejarnos de que se nos exijan responsabilidades por defectos en el ejercicio profesional que, en realidad, sólo pueden resolverse en el ambiente de mutuo amor en que se desenvolvía la Medicina de antaño. El médico actual no puede compararse en cuanto a eficacia profunda con

el viejo Médico de Familia, que hacía también lo que podía para aliviar el dolor de sus enfermos, pero que, además, era el consejero, el confidente y el paño de lágrimas en los hogares a los que era llamado. El consejo leal no tiene precio, y su yerro, cuando es equivocado, no se puede traducir en responsabilidad. A ninguno de aquellos médicos se le hubiera exigido responsabilidades profesionales, aun después de notorios desaciertos (...). Debemos luchar con heroico tesón para conservar, mientras sea posible, algo de ese espíritu, adaptándolo a las necesidades de nuestros días. Con ello haremos tanto por el prestigio de la Medicina como quemándonos las pestañas sobre los libros o en la lámpara del microscopio” (10).

Y en otro momento, vuelve sobre el tema, y nos recuerda que la sabiduría es, sobre todo, amar las cosas, y no sólo saberlas. Anota hablando de los Médicos de Familia: “Lo que les diferenciaba de nosotros era la intensidad, la totalidad del sentido clínico, el virtuosismo de los métodos directos de exploración, y la fe inmediata y específica en la terapéutica. Su sentido de la Medicina era más cordial, más humano que el nuestro. Aún no había desaparecido en ellos, bajo el farrago cientificista, el viejo médico familiar, notario, sacerdote, consejero y supremo tribunal en los pleitos más recónditos en cada casa. Acaso no sabían más que los que les sucedieron, pero es seguro que fueron mejores, y, en suma, hasta más sabios; porque nos hemos ido olvidando de que la sabiduría no es sólo saber las cosas, sino también amarlas” (11).

En estas notas sobre el pensamiento humanista de Gregorio Marañón no podía faltar un breve aporte al papel que debe desempeñar el médico como educador, que es, en su sentido, una obra de verdadera promoción de la vocación médica: “Me ha sido siempre fácil reconocer, entre la multitud de los estudiantes, todos aquellos despistados, no escasos en cada promoción; se advierte en ellos la impaciencia inequívoca con que pasan junto al cadáver y junto a la cama del enfermo y las mesas del laboratorio; sin aquella delectación creciente, morosa, que da el contacto con la naturaleza al que posee la vocación verdadera. Inútil para ellos el buen maestro, el material copioso, el plan justo de enseñanza. Aspiran sólo a pasar como relámpagos

por la etapa académica y a poseer el título para cambiarlo al día siguiente, suponen ellos, por el triunfo social que, naturalmente, no llega casi nunca” (10).

Marañón llega así al núcleo de la vocación médica, que se promueve en el ámbito de las actitudes del docente perfiladas por su propia dedicación y entusiasmo. Es así como se puede despertar en los alumnos: “Y esta fuerza, que no creo que deba llamarse extra científica, depende en último término de una sola cosa: del entusiasmo del médico, de su deseo ferviente de aliviar a sus semejantes; en suma, del rigor y de la emoción con que sienta su deber. En esto consiste, si bien se mira, la vocación tan precisa para las profesiones que ahora comentamos -la Medicina o la Milicia-; en una emoción primordial del deber, con detrimento de los posibles derechos. Eso es mucho más importante que el problema de la aptitud, en el que la gente ligera localiza la vocación. La aptitud se adquiere -salvo excepciones rarísimas-, aun cuando se carezca de ella por completo, al calor de la emoción ética. Todos los hombres servimos para casi todo, en cuanto lo queramos con irrefrenable voluntad. La vocación es una cuestión de fe y no de técnica” (12).

EL ARTE MÉDICO

*“La Medicina es la más científica de las humanidades
y la más humana de las ciencias”*

E. Pellegrino.

La medicina es ciencia y arte. Un arte científico, por así decirlo. El aspecto científico de la medicina no cae en el olvido: los avances diarios de la tecnología y los avances diagnósticos y terapéuticos se encargan de recordarnos que los médicos son, sin duda, científicos. La otra cara de la moneda tiene peor destino: el aspecto artístico. Como miramos sólo una cara de la moneda, la que indica su valor, nos olvidamos de darle la vuelta y comprobar el sello de autenticidad. Porque la medicina se puede comparar con esto: una moneda de dos caras que, para ser legítima, evidentemente deberá tener el mismo valor en ambas caras. ¿Qué se podría pensar de un billete que

mostrara, por un lado, por ejemplo, el número diez y por el otro el número cinco? Sería ciertamente falso y sin valor. Podría usarse como adorno, pero nunca como dinero.

Ser médico es, ante todo, un equilibrio de fuerzas que legitiman ese papel y que son, al fin y al cabo, la razón de ser de la medicina. Una armonía proporcional de ciencia y arte, en pesos equivalentes. Las anomalías que hipertrofian un aspecto en detrimento de otro no sólo redundan en la baja calidad del profesional médico, sino que afectan su esencia misma, destruyéndola. El producto final del desequilibrio no es un mal médico, pues lo que practica ya tampoco es medicina. Puede que sea una especie de “mecánico de personas”, o un “curandero”, pero nunca un médico. La creciente preocupación por el equilibrio ha dado lugar a otras analogías para explicar lo que es sencillo e intuitivo: la medicina –dicen algunos– es como un sofá (13). La ciencia es una de las patas del sillón; los otros tres son sabiduría, experiencia y trato con el paciente. No es posible sentarse en un sofá con una sola pata. Monedas y sofás, distintos ejemplos para aclarar un mismo concepto de capital importancia.

La actualización científica es una nota dominante en el día a día del médico. Un mínimo contacto con el entorno universitario crea en los profesionales el deseo -e incluso la necesidad- de permanecer en continua renovación técnica, ampliando su base de conocimientos. El humanismo en medicina no es una cuestión opcional: es una actitud científica y ponderada, el resultado de un esfuerzo por aprender.

Aun así, conviene ser conscientes de que, en la dimensión técnica de la formación, se debe priorizar un conocimiento preciso de la medicina interna. El estudio de la medicina clínica, especialmente en los años de formación universitaria, es un elemento estabilizador para que, después, independientemente de la especialidad que se practique, predomine el sentido común, la visión conjunta del paciente y la perspectiva integral del enfermo. Es un conocimiento técnico necesario para el buen desempeño profesional. Sería como el pasaporte que nos permite cruzar la frontera del ejercicio médico para ir a un lugar concreto a ejercer una especialidad. Sin pasaporte –sin conocimientos clínicos básicos– uno acaba involucrándose en cierto

contrabando de conocimientos científicos que, no pocas veces, conduce a un fraude flagrante.

Llaman la atención las palabras de un célebre patólogo, quien, practicando una especialidad científica “exacta”, con verdades construidas con el microscopio, reconoce la primacía de la medicina interna para conducir con éxito la formación médica universitaria y el posterior ejercicio profesional. “Una facultad es un concierto maravilloso, en el que cada instrumento debe emitir un tono específico para que haya armonía en el conjunto. Pero la nota por la que todo debe regirse la da el representante de la medicina interna. Sigue vigente la frase que señala a la medicina interna como la columna vertebral de toda facultad de medicina, la materia en la que deben converger todos los conocimientos teóricos. Quien debe construir el punto central de la facultad no puede ser un apasionado, sino alguien que combine una gran imparcialidad con la bondad de querer comprender y el amor por la justicia; y, sobre todo, la ausencia de egoísmo” (14).

Competencia científica, aspiración de actualización permanente y espíritu universitario siempre abierto al estudio para enfrentar nuevos desafíos. Saber más y, por tanto, poder atender mejor al paciente. Estos son objetivos perpetuos para el médico y requieren metodología de estudio, lectura sistemática de publicaciones y asistencia a la biblioteca. Una responsabilidad que crece sobre todo a medida que pasan los años y surge la tentación de conformarse con “ir llevando” el trabajo profesional. El médico no puede ser un burócrata de la enfermedad, ni puede refugiarse en el sector de su especialidad, evitando la aventura del progreso. Convertirse en un profesional anacrónico es renunciar a la dimensión científica de la medicina y, tarde o temprano, también a la artística. Quien quisiera defender un humanismo médico sacrificando el progreso y detenido en el tiempo estaría al borde de la charlatanería.

En tiempos como los actuales, de información rápida al alcance de un clic, donde se dispensa el razonamiento y el compromiso, las palabras de Unamuno sobre

la falta de seriedad -no en la medicina, sino en la vida- brillan de modo especial. “Todo es en ellos sensualidad, y hasta de las ideas, de las grandes ideas, se enamoran sensualmente. Son incapaces de casarse con una grande y pura idea y criar familia de ella; no hacen sino amontonarse con las ideas. Las toman de queridas, menos aún, tal vez de compañeras de una noche” (15). ¡¡¡Criar familia de las grandes ideas!!! Un grito espeluznante -hoy más si cabe- cuando los ideales y proyectos, no perduran, no pasan de la tercera página, como se dice popularmente.

Es fácil ver que, para desarrollar la parte científica de la medicina, no se requieren cualidades especiales. Como máximo, las mismas que las exigidas para el ejercicio de cualquier otra profesión técnica. Sin embargo, no se puede decir lo mismo de las cualidades que dependen del factor humano. He aquí el elemento limitante, o, mejor dicho, el elemento que condiciona la posibilidad de que un médico sea bueno o fracase. Puedes saber más o menos, puedes aprender sobre innovaciones técnicas con un retraso de minutos o a un ritmo más lento, pero el punto crucial es cómo se aplica este conocimiento, cómo llega al paciente, beneficiándolo. En esta actitud y en esta postura consiste el arte médico que, aunque condicionado por la cantidad que surge de la técnica, encuentra el dispositivo regulador en la cualidad de la persona del médico.

Por tanto, pertenece a la cualidad del médico ver al paciente como un todo, y la enfermedad como un acontecimiento personal e intransferible que se “encarna” en alguien. Considerar siempre, como punto de partida, al paciente con una enfermedad y no sólo a la enfermedad que, casualmente, se asienta sobre el paciente. Esto corresponde a una actitud vital del médico, a un axioma profesional y también a una actitud ante la vida. Para poseerlo no basta con afirmarlo, ni apelar al sentido común. Es necesario trabajarlo y aceptarlo mediante una sólida formación –tiempo de estudio y reflexión– en la persona del médico. Las deficiencias que encontramos diariamente en la práctica no son culpa de la ciencia –que debe ser impersonal–, sino de las deficiencias del profesional que no supo “humanizarlas”. Depende de cada uno dar a los conocimientos técnicos la correcta orientación humanística. Renunciar a esta

cuestión es como recetar un medicamento que no se absorbe, quejándose, además, de que la enfermedad no se supera a pesar de la mejor terapia.

“La medicina actual es criticada por el hecho de que parece favorecer el materialismo, es decir, una concepción del mundo que ignora el espíritu. Esta crítica es injusta, pues nadie tiene más motivos que el médico para reconocer la obsolescencia de la materia y la fortaleza del espíritu. Y si no sabe llegar a esta conclusión, no es culpa de la ciencia sino de él, que no ha aprendido lo suficiente”. Estas palabras de Frankl (16) plantean una pregunta espinosa: ¿hasta qué punto es competente un médico que no sabe ofrecer técnicas, diluidas en humanismo, a sus pacientes? ¿Es suficiente un currículum vitae amplio para evaluar las capacidades de un profesional? Responder a estas preguntas es ya una reflexión que nos lleva por el camino de la formación humanista.

En realidad, estos dos aspectos del médico son inseparables. Cuando falta la dimensión humana, el propio desempeño técnico se vuelve imperfecto. Con perspicacia, dice Marañón: “Como en otras ocasiones he hecho notar, al igual que otros muchos clínicos europeos, este sistema del diagnóstico puro, deducido casi exclusivamente de los datos analíticos, deshumanizado, independiente de la observación directa y entrañable del enfermo, lleva implícito el fundamental error del olvido de la personalidad, la cual cuenta tanto como las mismas etiologías para lo que le va a suceder al enfermo y para lo que nosotros podemos hacer para aliviarle; como que la personalidad es una etiología más” (9).

Ciencia y humanismo, simbiosis de acción necesaria para la correcta actuación médica. El médico debe asegurar esta unidad, incorporando toda la ciencia de la que es capaz, mejorando sus conocimientos antropológicos, meditando sobre ellos, extrayéndolos, diariamente, del contacto con el paciente. Sólo así se puede construir el médico humanista que, por cierto, es lo que el paciente espera encontrar cuando acude a él aquejado de una enfermedad. Este modelo es el verdadero arquetipo del médico. Las otras imágenes (la del científico distante, la del especialista

distante) son imágenes que los médicos crean para sí mismos. Un narcisismo médico, en el que el paciente no tiene voz ni voto.

Pero entonces, ¿cuáles deben ser los valores y cuál la formación de este profesional clínico? A ello dedicaremos la segunda parte del presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blasco PG. O Médico de Família, hoje. São Paulo: Sobramfa; 1997.
2. Chavarría Crespo F. Humanismo Crítico- Humanismo y Marxismo. Humanismo y Medicina. II Encuentro Cultural de la Sociedad Española de Médicos Escritores. Murcia: Previsión Sanitaria Nacional y Colegio Oficial de Médicos de Murcia; 1982.
3. Lifshitz A. The human, humanistic, humanist and humanitarian in medicine. Gac Med Mex. 1997; 133(3): 237-243.
4. Sade R, Stroud M, Levine J, Fleming G. Criteria for Selection of Future Physicians. Ann Surg.1985; 201: 225-230.
5. Lauand LJ. Educação e Memória in Mirandum.1998; Ano II (4). (Suplemento).
6. Charlton BG. Holistic medicine or the humane doctor? Br J Gen Pract. 1993; 43(376): 475-7.
7. Marañón G. Ensayos Liberales. Madrid: Espasa Calpe, Colección Austral; 1966.
8. Laín Entralgo P. Vida, obra y persona de Gregorio Marañón. En G. Marañón, Obras Completas. Madrid: Espasa Calpe, Colección Austral; 1966.
9. Marañón G. La medicina y nuestro tiempo. Madrid: Espasa Calpe; 1954.
10. Marañón G. Vocación y ética. Buenos Aires: Espasa Calpe Argentina; 1946.
11. Marañón G. Mi homenaje a Francisco Huertas. En G. Marañón, Obras Completas, tomo III (conferencias). Madrid: Espasa Calpe; 1967.
12. Marañón G. Los deberes olvidados. En G. Marañón, Obras Completas, tomo III (conferencias). Madrid: Espasa Calpe; 1966.

13. Mendel D. El Buen Hacer Médico. Pamplona: EUNSA; 1991.
14. Aschoff L citado en Buchner F. Cuerpo y espíritu en la medicina actual. Madrid: Rialp; 1969.
15. de Unamuno M. Vida de Don Quijote y Sancho. Alianza Editorial; 2000.
16. Frankl VE. La psicoterapia al alcance de todos. Friburgo: Herder Editorial; 1980: 173.

Pablo González Blasco.

Médico de Familia. Doctor en Medicina. Director Científico de SOBRAMFA - Educación Médica y Humanismo.

Cómo citar este artículo:

González Blasco P. La contribución de los humanistas en la formación médica: Marañón, Ortega y Unamuno (Parte I). *Folia Humanística* 2024; 3 (3): 52-70. Doi: <http://doi.org/10.30860/0104>.

© 2024 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

LA NUEVA Y VIEJA ALIANZA. REFLEXIONES ACERCA DE LA MEDICINA NARRATIVA.

Ricci RT.

Resumen: El presente artículo tiene como tema central la Medicina Narrativa. Intenta expresar sus características más relevantes y busca encontrar parentescos cercanos o lejanos con otras disciplinas y otras corrientes tanto científicas como filosóficas. De ese modo encontramos que, la definición inicial de medicina narrativa aparentemente carece de profundidad y peso específico, muestra por el contrario una sólida fundamentación teórica y empírica, así como una sabia apertura a nuevos aportes y reflexiones.

Palabras clave: *Medicina Narrativa, Teoría de la Comunicación Humana, Educación Médica.*

Abstract: THE NEW AND OLD ALLIANCE. REFLECTIONS ON NARRATIVE MEDICINE

This article has Narrative Medicine as its central theme. It tries to express its most relevant characteristics and seeks to find close or distant relationships with other disciplines and other currents, both scientific and philosophical. Thus we find that the initial definition of narrative medicine, apparently lacking depth and specific weight, shows on the contrary a solid theoretical and empirical foundation, as well as a wise openness to new contributions and reflections.

Key words: *Narrative Medicine, Human Communication Theory, Medical Education.*

Artículo recibido: 4 julio 2023; aceptado: 4 septiembre 2023.

La definición de Medicina Narrativa (MN) que expresa su fundadora, la Dra. Rita Charon, es clara, completa, inclusiva y flexiblemente abierta a interpretaciones o aportes futuros.

“La Medicina Narrativa es una disciplina conceptual, pedagógica y clínica diseñada para fortalecer las capacidades de los clínicos, para ‘honrar’ los relatos de sus pacientes y para convertirse en sus aliados explícitos en el mejoramiento del cuidado integral de la salud” (1).

Tuve la oportunidad de escuchar, de manera insistente y reiterada en diversos foros, que la medicina narrativa carece de definiciones conceptuales concretas, que se resiste a revelar sus sustratos teóricos, que resulta más conveniente presentarla como una metodología práctica sustentada en el desarrollo de capacidades narrativas por parte de los médicos. Que no hace falta investigar más para proponerla como valiosa en las instituciones universitarias dedicadas a la formación de los futuros

médicos. Veremos, por el contrario, que la Dra. Charon hilvana una definición más sustanciosa del terreno que pretende describir.

Continúa de este modo: *“A través de los rigurosos estudios de las teorías de la narrativa y de la fenomenología, mediante un compromiso ineludible con la equidad social y el antirracismo. Mediante un creativo entrenamiento en las redes sociales, textuales y visuales, los médicos y docentes de medicina aprenden a ser testigos activos del sufrimiento, aliados en la lucha por la justicia del sistema de salud y colaboradores del resto de los profesionales de la salud y de las comunidades en las que estos se desempeñan. Acciones orientadas a concretar escenarios de cuidados de la salud, equitativos, éticos y libres de sesgos y prejuicios”* (1).

Una breve declaración que consigue delimitar un campo teórico – práctico preciso, conceptualmente consistente y con un grado suficiente de flexibilidad como para impulsar modos diversos de aplicación y permitir aportes desde otros marcos teóricos. Personalmente, me gustaría sumar de manera sucinta los axiomas de la comunicación humana de la escuela de Palo Alto liderada, allá por la década de 1980, por Paul Watzlawick. Me tomo la libertad de recordarlos simplemente porque me han servido de mucha ayuda durante el camino de la narrativa:

- 1: Es imposible no comunicar.
- 2: Toda comunicación tiene un contenido e implica una relación.
- 3: Toda comunicación depende del punto de vista del observador.
- 4: Toda comunicación tiene modalidades digitales y analógicas.
- 5: Las comunicaciones siempre son Simétricas o Complementarias.

No es este el espacio adecuado para explayarse en estas afirmaciones tan contundentes, y creo, modestamente, que en el corpus teórico de la medicina narrativa se hallan implícitos a pesar de que nunca son citados como fuentes. Mi intención es sólo proponerlos como ejemplo de la posibilidad que tenemos los practicantes de la

medicina narrativa de emplear contenidos de otros marcos teóricos, sin que se produzcan colisiones o exclusiones.

Se considera a la MN como una subdisciplina de las Humanidades Médicas de concreta penetración en los ámbitos de la práctica y la educación de la clínica. Aproxima decididamente las humanidades al mundo biomédico. La narrativa de manera ineludible se ejerce en un contexto clínico, por lo tanto, hermana en un pie de igualdad sinérgica a la clínica (disciplina eje de la educación médica) con las humanidades (disciplinas estigmatizadas como periféricas en la formación médica). Para aquellos que hemos batallado durante años para incluir *lo inútil en el seno de lo útil*, como podría haber dicho Nuccio Ordine (2), un vínculo de tanta cercanía disciplinaria constituye un paso delante de mucho valor. De ese modo, en el ‘aséptico’ mundo de la bata blanca y el estetoscopio, la medicina narrativa aporta sus experiencias con la literatura, los estudios literarios, el sentido de equidad y justicia en el seno de las comunidades, la expresión escrita y las artes visuales. Es más, contribuye con la valorización de las emociones y su gestión, así como al cuestionamiento profundo acerca del sentido de la vida. ¿De la vida profesional? Claro, sin dudas, también de la vida personal.

En el capítulo citado, la Dra. Charon hace referencia explícita a la psicología y los estudios de la denominada filosofía continental europea - francesa y alemana, principalmente – como elementos teóricos de gran influencia en el corpus que sustenta la práctica de la MN. Los aportes, notablemente variados, incluyen a la Fenomenología, el Estructuralismo, la Lingüística y la Filosofía Dialógica, cuyos exponentes más destacados echaron luz en el pensamiento europeo del siglo XX. Para mencionar algunos referentes, citemos a Martín Heidegger, Hannah Arendt, Edmund Husserl, Paul Ricoeur, Merleau Ponty, Emanuel Levinas y Martin Buber entre muchos otros.

Teniendo en cuenta estas influencias determinantes, podemos afirmar que la misión fundamental de la MN es desarrollar en las personas que se dedican al cuidado

de los otros, entre ellos los profesionales de la salud, capacidades perceptivas. Estas, a las que también podemos denominar competencias perceptivas, les permitirán observar detalladamente a los pacientes, comprenderlos, precisar sus demandas; como así también aprender a percibirse a sí mismos y efectuar autorreflexiones críticas que ayuden a mejorar.

Creo necesario hacer aquí una consideración que he aprendido a valorar en extremo. Esa capacidad perceptiva, vinculada a la atención y a la valoración del otro, no es, ni debe ser, privativa del ámbito profesional. El desarrollo de la atención hacia el otro debe atravesar nuestra vida completamente. Es de una insoportable incoherencia ver médicos que, en el interior de sus consultorios se esfuerzan en valorar al otro, percibirlo y atenderlo adecuadamente, y que fuera de él son padres, esposos, y ciudadanos insoportablemente hoscos, lejanos, inabordables, distraídos, egocéntricos, carentes de toda empatía. Me atrevo a decir que la virtud narrativa (atención, valoración, servicio) requiere de una ascesis permanente para que la actitud difusiva y abierta a los otros sea una constante de vida. Por supuesto, como toda virtud, exige un ejercicio, un perfeccionamiento y un punto de llegada remotísimo, casi inalcanzable.

La MN estimula el desarrollo de canales efectivos de reflexión y autoconocimiento crítico, de calibración y evaluación justa del desempeño clínico. Las capacidades perceptivas permiten tener una noción más acertada de las fortalezas y debilidades de los pacientes, también las de los miembros de los equipos de salud. La percepción atinada de actitudes, motivaciones y resultados tiene un inmenso valor en el contexto clínico y en los equipos de salud. A propósito, unos días atrás me comentaron del colapso de los integrantes de un equipo de una unidad de trasplantes que se limitaban a informarse entre ellos de novedades técnicas, resultados de los estudios, noticias instrumentales, y que nunca lograron dedicarse un tiempo, aunque breve, para interactuar entre ellos, percibir sus emociones, hablar de sus propios dolores, emociones y demás cuestiones nunca dichas.

Teniendo esto en consideración, podemos enunciar que la MN tiene un segundo propósito declarado: instruir y procurar el desarrollo de las capacidades relacionales de todo el personal de la salud. La formación del médico, en general, no tiene en cuenta la instrucción en el desarrollo de habilidades relacionales, no inculca acerca del carácter personal y único de las interacciones. Se suele perder de vista que la salud y la enfermedad se encuentran encarnadas en individuos concretos, en personas con nombre y apellido. Personas que además traen consigo un pasado, una biografía, un modo de ver y entender el mundo. La MN tiende a posibilitar que los médicos presten atención a las historias de los pacientes y al modo en el que ellas colaboran para estructurar sus personalidades. Los insta a estar atentos a sus decisiones y acciones, a justipreciar la valoración que hacen de las cosas y los fenómenos que ocurren, también de las omisiones. Las historias otorgan sentido particular y singular a las vidas de los pacientes y de los médicos por igual. Es necesario estar entrenados en las técnicas, pero sobre todo tener actitud de escucha e interpretación. El paciente se expresa de un modo determinado y propio, tiene estrategias narrativas, usa metáforas según sus criterios, se resguarda y deja cosas sin decir. Eso, lo no dicho, tiene importancia decisiva en el encuentro clínico.

Debemos destacar que la MN sostiene que la práctica frecuente de la lectura próxima y compartida permite que el médico se ejercite en la agudeza perceptiva. Atención, memoria e imaginación, abren el camino hacia una idea concreta de la situación del paciente, tomando como modo de acceso las historias que éste encarna.

Resulta imprescindible que el médico trabaje consigo mismo con el fin de conocer los propios sesgos y prejuicios que tienden a distorsionar y enturbiar las historias de sus pacientes. Los preconceptos respecto de las pertenencias socio – culturales, de las afiliaciones políticas o religiosas, de cuestiones de clase, pueden deformar las historias, pueden producir escotomas que atenten contra una comprensión adecuada. Es una monumental tarea del médico conocer sus propios deseos y aceptar sus limitaciones. Estar alerta a sus modos de entender la profesión, sus objetivos en la vida, la valoración que hace de los otros, en particular de aquellos

en situación de vulnerabilidad. Todo avance en el autoconocimiento redundará en beneficio del diálogo, disipando la mayoría de los obstáculos que se presentan en la relación médico – paciente, así como en todas las interacciones humanas.

Estas disposiciones desembocan en una alianza con el paciente. Un estado de cooperación y sinergia hacia un objetivo identificado como común para logros conjuntos. Una alianza tendiente a la recuperación del estado de salud, a la rehabilitación, al consuelo o al alivio, según sea el caso.

Quizás esa alianza nueva y vieja a la vez, le brinda al médico la posibilidad de compartir mecanismos y escenarios adecuados para que el paciente recupere un estado de equilibrio que le permita tomar nuevamente la vida en sus manos de manera efectiva y fértil. En el contexto de esa alianza, el médico es conocedor de la inmensa satisfacción que producen los logros y también del camino que conduce a esos objetivos.

Sé que puede sonar romántico decirlo: no hay mayor premio profesional y humano que regocijarse en esa alianza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Charon R. Narrative Medicine. Palgrave Encyclopedia of the Health Humanities. Palgrave Macmillan, Cham; 2021. Traducción del autor.
2. Ordine N. La utilidad de lo inútil. Manifiesto. Barcelona: Acantilado; 2017.

Ricardo Teodoro Ricci.

Médico Clínico. Especializado en Comunicación Humana y Sistemas Humanos. Prof. Titular (ahora jubilado) de Antropología Médica en la Facultad de Medicina de la Universidad

Nacional de Tucumán. Profesor de Epistemología de la Medicina en los posgrados de la misma facultad. Miembro del Instituto de Epistemología de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNT. Miembro de consejos editoriales de revistas médicas. Autor de libros y múltiples artículos científicos y literarios. Escritor. Miembro de la comisión directiva de la SAMEN (Sociedad Argentina de Medicina Narrativa). Ex secretario de la AACC (Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento).

Cómo citar este artículo:

Ricci RT. La nueva y vieja alianza. Reflexiones acerca de la Medicina Narrativa. *Folia Humanística* 2024; 3 (3): 71-77. Doi: <http://doi.org/10.30860/0105>.

© 2024 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.