

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**CONTRIBUCIONES DE LAS HUMANIDADES MÉDICAS Y LA
MEDICINA NARRATIVA A LA EDUCACIÓN MÉDICA: A
PROPÓSITO DE LOS CASOS DE LAS FACULTADES DE
MEDICINA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR Y LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA DE
CALI**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

Jairo Sánchez

Autor

Directora: Dra. Esperanza Arévalo

Tutor metodológico: PhD(c). Alexis Rivas

Quito, febrero 2017

DEDICATORIA

A Mery y Pepe, mis padres, y a David y Mateo, mis hermanos.

En especial a mi madre por su vida entregada cariñosamente a la educación, primero de nosotros, sus hijos, y luego de tantos niños y niñas.

De ti aprendí que se puede amar y cuidar día a día, y que un beso y una caricia son actos de amor y cuidado que también sanan y educan.

A los estudiantes de medicina anónimos que sientan que su vida está marcada y atravesada por el sentir de sus pacientes. Y a todos los que están inmersos en el mar de las historias de la medicina, tan humana como lo es.

A todos ellos y ellas va dedicado este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

No tengo palabras suficientes para agradecer todo lo que siento que tendría que agradecer y para expresar mi gratitud a todos y todas a quienes les debo unas gracias de corazón. Quizá debiera tomar prestado las palabras de la Violeta Parra, más bien un verso de su cantar, cantora y poeta como ella es: “Gracias a la vida que me ha dado tanto”. En esas palabras se expresa la abundancia de la gratitud, tanta, tanta, que no alcanzan a llenar la boca las palabras, ni con el aire que se exhala al cantar y dar las gracias con el corazón contento. Porque tanto, tanto es lo que se me ha dado, tanta la exuberancia del Don y los dones, que mi canto es sólo un reflejo de la gratitud y la gratuidad con lo que todo ha sido donado. A este pequeño ser humano, donatario que canta con música callada lo que le ha sido donado, con la gratitud del poeta-cantor, no le queda sino reconocer el amor de Aquel que ha dado/donado todo, la Fuente escondida que mana y corre. “Gracias a la vida” dice la Violeta, para luego ir a la muerte. Vida y Muerte hacen parte del Don.

La vida me ha permitido encuentros con rostros concretos que son a quienes les agradezco sus vidas, sus nombres puede que no queden asentados aquí pero su don, el don de sí, impregna mi ser, mi cuerpo y mi alma. Como no agradecer en primer lugar a mis padres, su paciencia para conmigo sólo demuestra su amor paciente y bondadoso, les agradezco de nuevo, una y mil veces, su inmenso amor y cuidado sin el cual no hubiera podido llegar hasta aquí. A mi hermano gemelo, David Camari, su segundo nombre, que en kwichua significa regalo, manifiesta lo que ha sido para mi vida y para nuestras vidas, su vida. Gracias por acompañarme desde la matriz hasta ahora, sé que estaremos juntos hasta cuando este peregrinar por la vida termine, y después será otro andar. A mi hermano Mateo Salomón, por su ternura y su compañía. Y, en fin, a toda mi familia, me han enseñado que los seres humanos de carne y hueso somos limitados y contradictorios, dependemos unos de otros, somos vulnerables, nos necesitamos para llevar esta vida que llevamos. Gracias por la vida compartida y por este aprendizaje.

Mención aparte merecen mis amigos, gracias por construir una relación de bases cimentadas en los sueños y los proyectos de vida de cada uno. Gracias por crear comunidad, la amistad que también es parte de esta vida en la que caminamos juntos codo a codo, al menos por ahora. Por último, quiero agradecer a mi perro Simur, mi compañero fiel de estos últimos 14 años. Por pura coincidencia me encuentro

terminando este trabajo de tesis cuando su vida se apaga, él me ha enseñado que el cuidado empático también lo merecen los no-humanos, animales, plantas y todos los seres animados e inanimados que hacen parte del mundo que compartimos.

Ya aterrizando un poco más y para efectos de esta tesis quisiera agradecer a mi amiga Cristina Chuquimarca por su ayuda en la elaboración de algunos últimos detalles, así como por las correcciones y sugerencias que le parecieron pertinentes desde su mirada crítica de socióloga, espero sepa disculparme por ser un poco necio, si bien a mí me dé por decir que, en vez de eso, soy desobediente; en todo caso, muchas reflexiones que hemos elaborado juntos se ven reflejadas de cierta manera en este trabajo, pero más allá de eso, su presencia física y su compañía en este tiempo fueron un soporte indispensable. Quiero agradecer también a mi amigo José Ocaña, desde que lo conozco lo he admirado mucho, su carisma, su persona, y cómo es, primero como ser humano, y luego como médico. Al hacer esta tesis como la hice, quise imitarle en algo, y aunque al final soñamos cosas distintas e hicimos trabajos diferentes, siempre estuvo pendiente de lo que hacía, y fue de *gran* ayuda en alguna que otra cosa *pequeñita*. Finalmente, deseo agradecer a mi amiga Ruth Tinizaray por su acompañamiento constante durante este tiempo en el que hice la tesis a pesar de la distancia geográfica que nos separaba, nos mantuvimos siempre en *cor unum* (un solo corazón), doy gracias infinitamente por sus oraciones y por esta bonita amistad que fulgura como un tesoro encontrado.

Mi gratitud también aterriza en Colombia, en el Valle del Cauca, en la hermosa, bella, linda y variopinta ciudad de Cali a la que tuve la suerte de visitar por tres ocasiones el año pasado por motivos de la tesis y para participar en el *I Coloquio Iberoamericano de Medicina Narrativa* como ponente. Gracias al lugar y al espacio que me ha conmovido como pocos lo han hecho. Quiero agradecer de una forma muy efusiva a los tres profesores y maestros que hicieron posible este trabajo, Dr. Pedro Rovetto, Gloria Inés Florez y Florencia Mora, porque sin su experiencia de vida y vivida no hubiera sido posible construir una nueva experiencia que se plasma en este texto de la tesis. Gracias por su labor maravilloso de impulsar la medicina narrativa en la Carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali y por abrirme las puertas en todo sentido para que yo pudiera conocer y sentir un poco mejor lo que hacen en las aulas cada día, además de comprender cómo la medicina narrativa puede contribuir a la formación integral de los médicos.

Para finalizar, es inexcusable agradecer a mis maestros y profesores de la Facultad de Medicina de la PUCE, ellos hicieron que me cuestionara de alguna manera que otra medicina era y sigue siendo posible, una centrada en la comunidad y cercana a las personas. Una medicina que vea holísticamente al paciente, en todas sus dimensiones y en su historia de vida, de allí que me haya parecido importante que esas historias, así como las de nosotros, los médicos, sean rescatadas. Especialmente quiero agradecer a mi directora de tesis, Dra. Esperanza Arévalo, por creer en mí y por tenerme paciencia, por su calidad de médico de familia y al mismo tiempo de médico educadora. Gracias por creer ahora conmigo que la educación médica es importante y merece ser investigada y que nos dediquemos a ella.

Agradecer además al Dr. José Sola, por su tutoría metodológica y por sus enseñanzas en cuanto a la medicina preñada de cultura, de un saber antropológico que se cuestiona constantemente por el otro, pero sobre todo por ser el maestro que uno siempre considera *su* maestro. Muchas gracias también al profesor Alexis Rivas, a pesar de que su tutoría llegó en una última etapa del camino de este trabajo de tesis, sus aportes, comentarios y su lectura crítica hicieron que mi empeño mejorara significativamente. Y mi agradecimiento final va a Daniel Maldonado, mi tercer lector, tenemos en común el creer que la literatura crea mundos posibles e imposibles, gracias por leer este trabajo y por querer continuarlo en la facultad.

He repetido aquí muchas veces la palabra vida y lo podría hacer mil veces más, espero que se entienda que todo lo hubiera podido decir con los versos de la Violeta:

¡Gracias a la vida, que me ha dado tanto!

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
LISTA DE TABLAS	xii
LISTA DE GRÁFICOS	xiii
RESUMEN	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTOS Y ANTECEDENTES	25
1. Justificación de la investigación	25
2. Preguntas de investigación	34
3. Los múltiples problemas que se relacionan con esta investigación	35
3.1. Los problemas para introducir las humanidades médicas y la medicina narrativa en el currículo	35
3.1.1. Problemas relacionados con los contenidos y su legitimidad	39
3.1.2. Problemas relacionados con los docentes	44
3.1.3. Problemas relacionados con la estructura del currículo, la evaluación y la integración	46
3.2. La tensión estructurante como dificultad central	50
3.3. Conflictos en relación a la búsqueda de evidencia o de “pruebas” del impacto de las humanidades médicas para la educación médica	52
3.4. Problemas relacionados con la educación médica	59
3.4.1. La insensibilidad provocada por la educación médica	63
3.4.2. El problema de la disminución de la empatía y la erosión moral en los estudiantes de medicina durante la formación	65
3.4.3. Lo negativo del currículo oculto como problema de relevancia	69
4. Objetivos de la investigación	71
4.1. Objetivo general	71
4.2. Objetivos específicos	71

CAPÍTULO II. HUMANIDADES MÉDICAS	72
1. Algunas aclaraciones previas	72
1.1. Discusiones sobre el humanismo y su relación con las humanidades.....	72
1.2. Humanismo médico y la visión humanística de la formación médica como parte de la misma discusión.....	77
1.3. Distinciones entre humanidades y humanidades médicas, precisando la especificidad de las humanidades de la salud.....	81
2. Sondeo de algunos contextos geográficos relevantes en perspectiva histórica	82
2.1. Contexto de nacimiento del movimiento de las <i>medical humanities</i> en los Estados Unidos y desarrollo posterior.....	83
2.2. Paisaje histórico de las humanidades médicas en el Reino Unido.....	88
2.3. Pasado y actualidad de las humanidades médicas en el contexto latinoamericano.....	91
3. Humanidades médicas y educación médica	107
3.1. Definición de un campo tan amplio como controvertido.....	107
3.2. Cuestiones pedagógicas de las humanidades médicas.....	114
3.2.1. <i>Un intento de reflexión pedagógica y de teorización crítica de la praxis educativa de las humanidades médicas para sugerir sus aportes a la educación médica</i>	117
3.3. Cuestiones curriculares de las humanidades médicas.....	124
3.3.1. <i>El currículo como texto estético, de la teoría a la concreción curricular</i>	125
3.3.2. <i>Objetivos educacionales de las humanidades médicas en la formación médico – profesional y algunos resultados de aprendizaje</i>	130
3.3.2.1. <i>Propuesta de objetivos educacionales de las humanidades médicas en base a la taxonomía de Bloom</i>	131
3.3.2.2. <i>Propuesta de objetivos educacionales de las humanidades médicas en base a la taxonomía de Phenix: los campos de significado</i>	138
3.3.3. <i>Las humanidades médicas y las competencias</i>	142
3.3.3.1. <i>Competencias de las humanidades médicas según la clasificación de Morse et al. y adaptadas por Tapajós</i>	144

3.3.3.2. <i>Humanidades médicas y competencias clínicas según Viola y Ricci</i>	148
3.3.3.3. <i>Otras competencias de las humanidades médicas</i>	149
3.3.4. Recomendaciones en el proceso de selección de contenidos para la enseñanza – aprendizaje de las humanidades médicas	150
3.3.5. Humanidades médicas como core curriculum y su integración curricular	153
CAPÍTULO III. MEDICINA NARRATIVA	162
1. Algunas consideraciones sobre la medicina	162
1.1. La situación epistemológica de la medicina	162
1.2. La medicina, el pragmatismo y la <i>phronesis</i>	166
1.3. El conocimiento médico como conocimiento narrativo y la medicina como práctica narrativa	168
1.4. El giro narrativo de la medicina	175
2. Antecedentes y circunstancias del contexto histórico para el surgimiento de la medicina narrativa	176
2.1. Los precursores de la medicina narrativa	176
2.1.1. Aportes desde la antropología médica	178
2.1.2. Aportes desde la sociología médica	180
2.1.3. Otros influjos de lo más variados	181
2.1.4. El peso de la literatura en los orígenes de medicina narrativa	183
2.2. Antecedentes que prepararon el terreno para el nacimiento de la medicina narrativa	185
2.3. El aparecimiento de la medicina narrativa en el auge de la Medicina Basada en Evidencia (MBE)	187
3. La evolución y consolidación de la medicina narrativa en los distintos contextos geográficos	189
3.1. Revisión genealógica de la literatura sobre la medicina narrativa	189
3.2. Evolución y consolidación de la medicina narrativa en el contexto anglosajón	194
3.3. La aparición y desarrollo de la medicina narrativa en Europa continental	198
3.4. La medicina narrativa en América Latina	207
4. Definición y enfoques de la medicina narrativa	210

4.1. El enfoque terapéutico de la medicina narrativa.....	216
4.2. El enfoque humanista – narratológico de la medicina narrativa.....	217
4.3. El enfoque hermenéutico-fenomenológico de la medicina narrativa.....	221
4.4. El enfoque socio-antropológico de la medicina narrativa.....	223
5. Aplicaciones de la medicina narrativa en la práctica clínica y otras áreas.....	224
5.1. La relación médico-paciente como sustento de la medicina narrativa.....	224
5.2. Aplicación de la medicina narrativa en el juicio diagnóstico: la abducción.....	225
5.3. Aplicación de la medicina narrativa en la decisión clínica: la ética médica desde la óptica de la ética narrativa.....	230
5.4. Otras aplicaciones de la medicina narrativa.....	231
6. Medicina narrativa y educación médica.....	232
6.1. Aportes pedagógicos de la medicina narrativa desde la escuela de Rita Charon en la Universidad de Columbia.....	232
6.1.1. <i>Close reading (lectura atenta)</i>	233
6.1.2. <i>Los tres movimientos de la medicina narrativa: atención, representación y afiliación</i>	237
6.1.2.1. <i>Atención</i>	242
6.1.2.2. <i>Representación</i>	245
6.1.2.3. <i>Afiliación</i>	251
6.1.3. <i>Parallel chart (registro paralelo)</i>	253
6.2. <i>Evidencias del impacto de la medicina narrativa en la educación médica</i>	259
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA.....	261
1. Tipo de estudio: cualitativo, descriptivo, interpretativo, evaluativo y colaborativo (colectivo), estudio de caso	261
2. Selección de los casos: Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (FM-PUCE) y Carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali (CM-PUJ Cali)	264
3. Selección de informantes	269

4. Procedimiento de recolección de datos	271
4.1.Observación.....	271
4.2.Entrevistas.....	272
5. Procesamiento de los datos	273
6. Análisis e interpretación de los datos	274
6.1.Análisis de observaciones y entrevistas.....	274
6.2.Triangulación.....	276
7. Papel del investigador	276
8. Limitaciones metodológicas	278
CAPÍTULO V. RESULTADOS	279
1. Forma de presentación de los resultados	279
2. El caso de la Carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana Cali (CM-PUJ Cali)	280
2.1. Contextualización.....	281
2.2. Mirada genealógica de la medicina narrativa en la CM-PUJ Cali.....	284
2.3. La colaboración docente y algunas dificultades.....	286
2.4. Consolidación curricular de la medicina narrativa.....	289
2.5. Contribuciones de la medicina narrativa a la educación médica.....	291
2.5.1. <i>La Medicina narrativa como instrumento clínico</i>	293
2.5.1.1. <i>Entrenar el juicio diagnóstico abductivo y narrativo</i>	295
2.5.1.2. <i>Predisponer a la escucha atenta</i>	297
2.5.1.3. <i>Generar perspicacia narrativa</i>	300
2.5.2. <i>La medicina narrativa y su participación en la relación médico-paciente</i>	302
2.5.2.1. <i>Ejercitar la imaginación narrativa</i>	302
2.5.2.2. <i>Predisponer para la empatía y prevenir la insensibilidad</i>	305
2.5.3. <i>La medicina narrativa como expresión catártica</i>	313
2.5.3.1. <i>La escritura como proceso de catarsis</i>	315
2.5.4. <i>La medicina narrativa como realización humana-estética (sensible)</i>	319

2.5.4.1. <i>Desarrollar la creatividad</i>	321
2.5.4.2. <i>Re-humanizar</i>	323
2.6. Metodología, didáctica y actividades.....	326
2.7. Algunas formas de evaluación.....	330
3. El caso de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (FM-PUCE)	331
3.1. Algunas aclaraciones previas.....	331
3.2. Contextualización y posición del investigador dentro del caso.....	334
3.3. Una especie de “embrión” de la medicina narrativa en la FM-PUCE.....	338
3.4. La comunicación y su nexos con la literatura y la medicina narrativa en la FM-PUCE.....	347
3.5. Aportes de la formación en antropología (social y médica) en la FM-PUCE.....	354
3.5.1. <i>Revelar el etnocentrismo implícito en toda relación cultural, incluida la relación cultura médica - cultura otra</i>	360
3.5.2. <i>Revelar la medicina como sistema cultural</i>	361
3.5.3. <i>Reformular la noción de “cultura” por una más acorde a la “construcción” (multi) cultural que tome en cuenta la diversidad</i>	363
CAPÍTULO VI. INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN	367
CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES	380
1. Advertencias finales	380
2. Algunas ideas no conclusivas	381
3. Unas pequeñas recomendaciones	384
BIBLIOGRAFÍA	386
ANEXOS	404

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Competencias para el ejercicio de la profesión médica que deben ser adquiridas relacionadas a la formación humanista.

Tabla 2. Informantes de la PUJ-Cali.

Tabla 3. Informantes de la PUCE.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Atributos del buen doctor.

Figura 2. Presiones sobre el currículo de medicina. Las ciencias básicas son fundamentales para las ciencias clínicas, otras disciplinas tienen contribuciones que hacer.

Figura 3. Esquema de narrativas presentes en los escenarios de salud y enfermedad.

Figura 4. Narrativa y medicina: una taxonomía.

Figura 5. Cronología de los sucesos más destacados en la historia de la medicina narrativa en la CM-PUJ Cali.

Figura 6. Cronología de los sucesos más importantes de la vida institucional de la FM-PUCE.

Figura 7. Modelo conceptual de las contribuciones de las humanidades médicas y la medicina narrativa a la educación médica.

RESUMEN

La presente disertación tiene como temáticas las humanidades médicas y la medicina narrativa, su objetivo es comprender cómo estos dos campos de estudio, movimientos, disciplinas o constructos teórico-prácticos heterogéneos, contribuyen a la educación médica. Para esto se hace una investigación cualitativa con un enfoque constructivista, hermenéutico, autobiográfico y con una metodología de estudio de casos colaborativo, que permite indagar en los casos estudiados, dos carreras de medicina, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, cada uno de los procesos de enseñanza-aprendizaje que hacen parte de los componentes curriculares relacionados con las humanidades médicas y la medicina narrativa y cómo estos contribuyen a la formación integral de los médicos.

Se realizan entrevistas a profundidad, un grupo de discusión y observación participante, así como la revisión bibliográfica de la literatura especializada sobre estos temas, y la revisión documental de las unidades de análisis de los casos que incluye principalmente la revista *Medicina Narrativa* y los planes de estudio de las dos carreras. Lo que se intenta hacer en definitiva es aportar con ciertos elementos teóricos novedosos para la formación de los estudiantes de medicina, pero también se ensaya construir un modelo conceptual sustentado en las teorías de las humanidades médicas y la medicina narrativa y en las teorizaciones que se puedan hacer de las prácticas educativas que se dan en los contextos de ambos casos.

Del caso de la Carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, que representa a la medicina narrativa en este trabajo, se pudo observar que la gran importancia otorgada a las humanidades en el proyecto educativo institucional, permitió el advenimiento de iniciativas interdisciplinarias que finalmente dieron paso, en este contexto particular, a la creación de la revista de Medicina Narrativa y posteriormente a la asignatura de este mismo nombre. El desarrollo de este enfoque de la medicina narrativa propio de un grupo de docentes de esta carrera tiene unas características singulares que pueden ser abstraídas con el fin de crear una teoría pedagógica y un modelo de formación.

De la comprensión de su actividad y sus experiencias, así como de los procesos de enseñanza- aprendizaje que llevan a cabo, hemos descubierto que las contribuciones de

la medicina narrativa a la educación médica se pueden dividir en tres facetas: la medicina narrativa como instrumento clínico, la medicina narrativa como expresión catártica y la medicina narrativa como realización humana-estética (sensible). Dentro del componente clínico, la medicina narrativa puede ser útil para entrenar el juicio abductivo y narrativo, y para disponer a la escucha atenta. Además, en la relación médico-paciente, la medicina narrativa puede ser de ayuda para generar perspicacia narrativa, ejercitar la imaginación narrativa y predisponer a la empatía, todo lo que indudablemente mejora esta relación.

Por otro lado, dentro del componente de la catarsis, lo que este grupo ha comprendido es que es posible recurrir a la escritura como un medio para la expresión de conflictos no resueltos que pudieran generarse por las experiencias difíciles que tienen que confrontar los estudiantes de medicina. Finalmente, y como síntesis de todo lo anterior, el grupo concibe a la medicina narrativa como realización humana-estética (sensible), un vehículo potencial para desarrollar la creatividad, prevenir la insensibilidad y la disminución de la empatía en los estudiantes y para re-humanizar la práctica clínica.

Por su parte, del caso de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador se puede concluir que su énfasis por buscar un modelo bio-psico-social de la salud y la enfermedad; que en el currículo se concreta como un eje programático Psico-social, y en el plan de estudios con asignaturas que pueden ser parte de las humanidades médicas, pero que corresponden específicamente a las ciencias sociales como la Antropología Médica y la Antropología Social, ha posibilitado una comprensión distinta de las contribuciones de estas disciplinas a la educación médica. El principal aporte que ha se puesto de manifiesto del estudio de este caso, ha sido el revelar a la medicina como sistema cultural, haciendo que las nociones de cultura se reflejen en la propia profesión, o lo que es lo mismo, que los estudiantes comprendan su cultura profesional como un grupo de valores, normas y comportamientos que determinan sus prácticas.

También ha sido indispensable revelar el etnocentrismo implícito en toda relación cultural, incluida la relación cultura médica - cultura otra, puesto que este es un peligro latente en la atención clínica. Por tanto, para los docentes de esta facultad que se responsabilizan de estas áreas de la antropología médica y social, ha sido indispensable reformular la noción de “cultura” por una más acorde a la “construcción” (multi)

cultural que tome en cuenta la diversidad y que responda a la multi-complejidad del mundo actual en donde se desenvuelve práctica de la medicina. Todo esto se puede resumir en la demanda que hace la facultad, en sus componentes curriculares dispuestos a este fin, para que los estudiantes desarrollen una sensibilidad cultural, y una competencia o una capacidad (multi) cultural y en las diversidades.



Retrato de un estudiante de Medicina, Pablo Picasso, 1907.

A través de mí resuenan las infinitas voces largo tiempo
enmudecidas;
Voces de interminables generaciones de prisioneros y de
esclavos;
Voces de prostitutas, y de seres deformes;
Voces de enfermos y desesperados, de ladrones y abortos;
Voces de siglos de preparación y acrecentamiento.
Y de los vínculos que ligan a las estrellas, y de las matrices
maternas y de la savia paterna,
Y de los derechos de aquellos a los que los otros pisotean;
De los deformados, triviales, negados, tontos, despreciados,
Vaho en el aire, escarabajos haciendo rodar sus bolas de
excremento.

A través de mí las proscriptas voces;
Voces de los sexos y de las concupiscencias, veladas voces
cuyos velos yo aparto;

Voces indecentes, por mis clarificadas y transfiguradas.
Yo no poso los dedos sobre mi boca;
Yo trato con la misma delicadeza tanto a las entrañas
como a la cabeza y el corazón;
La cópula para mí no es más fétida que la muerte.
Creo en la carne y en los apetitos;
Ver, escuchar, tocar, son milagros, y cada parte y cada
apéndice de mi cuerpo también es un milagro.
Divino soy interior y exteriormente, y santifico todo cuanto
toco o a mí me toca;
El olor de mis axilas es un aroma tan exquisito como la
plegaria;
Esta cabeza mía vale más que templos, biblias y que todas
las creencias.
Si rindo culto a una cosa más que a otra, entiendo que es
a la integridad de mi cuerpo, o a una cualquiera de
mis partes.

“Canto a mí mismo” de Walt Whitman, en *Hojas de hierba* (fragmentos, 24).

Traducción de José Luis Borges.

Sentir tudo de todas as maneiras,
Viver tudo de todos os lados,
Ser a mesma coisa de todos os modos possíveis ao mesmo
tempo,
Realizar em si toda a humanidade de todos os momentos
Num só momento difuso, profuso, completo e longínquo.

Eu quero ser sempre aquilo com quem simpatizo.
Eu torno-me sempre, mais tarde ou mais cedo,
Aquilo com quem simpatizo, seja urna pedra ou urna ânsia,
Seja urna flor ou urna ideia abstracta,
Seja urna multidão ou um modo de compreender Deus.
E eu simpatizo com tudo, vivo de tudo em tudo.
São-me simpáticos os homens superiores porque são
superiores,
E são-me simpáticos os homens inferiores porque são
superiores também,
Porque ser inferior é diferente de ser superior,
E por isso é urna superioridade a certos momentos de visão.
Simpatizo com alguns homens pelas suas qualidades de
carácter,
E simpatizo com outros pela sua falta dessas qualidades,
E com outros ainda simpatizo por simpatizar com eles,
E ha momentos absolutamente orgânicos em que esses são
todos os homens.

Sim, corno sou rei absoluto na minha simpatia.
Basta que ela exista para que tenha razão de ser.
Estreito ao meu peito arfante num abraço comovido
(No mesmo abraço comovido)
O homem que da a camisa ao pobre que desconhece,
O soldado que morre pela pátria sem saber o que é a
pátria,
E...
E o matricida, o fratricida , o incestuoso, o violador de
crianças,
O ladrão de estradas, o salteador dos mares,
O gatuno de carteiras, o sombra que espera nas vielas –
Todos são a minha amante predilecta pelo menos um
momento na vida.
Beijo na boca todas as prostitutas,
Beijo sobre os olhos todos os *souteneurs*,
A minha passividade jaz aos pés de todos os assassinos,
E a minha capa a espanhola esconde a retirada a todos os ladrões.

Tudo é a razão de ser da minha vida.

(...)

Sentir tudo de todas as maneiras,
Ter todas as opiniões,
Ser sincero contradizendo-se a cada minuto,
Desagradar a si-próprio pela plena liberalidade de espirito,
E amar as cousas como Deus.

(...)

Todos os amantes beijaram-se na minh'alma,
Todos os vadios dormiram um momento em cima de mim,
Todos os desprezados encostaram-se um momento ao meu
ombro,
Atravessaram a rua, ao meu braço, todos os velhos e os
doentes,
E houve um segredo que me disseram todos os assassinos.

“El paso de las horas” (*Passagem das Horas*) de Álvaro de Campos,
heterónimo de Fernando Pessoa (fragmentos).

INTRODUCCIÓN

“En cierto sentido, siempre he deseado que mis libros fueran fragmentos de una autobiografía. Mis libros siempre han sido mis problemas personales con la locura, con las prisiones, con la sexualidad”¹.

Michel Foucault

“He amado y he sido amado; he recibido mucho y he dado algo a cambio; he leído, y viajado, y pensado, y escrito. He tenido relación con el mundo, la especial relación de los escritores y los lectores. Y, sobre todo, he sido un ser sensible, un animal pensante en este hermoso planeta, y eso, por sí solo, ha sido un enorme privilegio y una aventura.”²

Oliver Sacks

La tesis que está ante ustedes es una obra con una arquitectura un poco disímil. Esta disimilitud en los componentes estructurales tiene como consecuencia una apariencia informe, lo que contrastaría con la extensión del escrito, al parecer hiperbólica. Esta modalidad no armónica y este moldeamiento extraño de la construcción no tienen por qué ser despreciados, si bien el principal riesgo que corren es la incomprensión, o peor aún, la mal comprensión. Las ventajas serían la deconstrucción –destrucción (irónico)- y la distinción, la diferenciación de elementos que sólo son comprendidos mediante un rompimiento de los esquemas.

He tratado de ofrecer una primera introducción un tanto visual de algo que, por más que se exija, no lo parece, es decir, no parece tan visual. Si apelara al conocido dicho “una imagen vale más que mil palabras”, hubiera preferido sin hesitar la imagen. Es por esto que he enfatizado en la imagen, en la forma arquitectural (arquitectónica), debido a que me he puesto a *ver* el manuscrito incesantemente antes de proceder a hacer esta

¹ L'intellectuel et les pouvoirs» (propos recueillis le 14 mai 1981 et resumes par Christian Panier et Fierre Watté), *La Revue Nouvelle*, vol. LXXX, núm. 10, octubre de 1984, página 339. Tal como se cita en la biografía de Foucault de David Macey: *Las vidas de Michel Foucault*. (Macey, 1995, pág. 23).

² Tomado de: http://elpais.com/elpais/2015/02/20/opinion/1424439216_556730.html. *De mi propia vida*. Artículo publicado originalmente en *The New York Times*.

introducción; y es por este motivo que también he enfatizado sobre la extensión de la tesis, la cual a mí se me hace exagerada.

Me parece bien comenzar con esta primera impresión, porque comenzaría con la sinceridad requerida, sinceridad que después cobrará sentido, pero este será un nuevo sentido, el que se desprenda del pedido de atestación a los lectores –ya no sólo observadores, eso espero- de esta tesis. Pero antes, la extensión desmesurada, al menos para mí, repito, me ha traído el problema de la demora en la revisión, de la pérdida del hilo conductor en algunos puntos, y hasta del hastío con respecto al texto. Esto era un problema frente a la sensación de urgencia de la consumación de los esfuerzos, de por fin terminar algo que he venido retrasando de tanto en tanto.

Pero la cuestión de la extensión es sólo una de las tantas vicisitudes a las que me tengo que enfrentar al final de este camino. Por lo pronto, abandono esta insistencia en la extensión y contrapongo la idea de la abundancia, el exceso a la de la escasez y la frugalidad, la idea del derroche frente a la del ahorro, el delirio frente a la contención razonada y racional. Este volver sobre el trabajo de la tesis en la introducción que aquí presento deseo que sea de placer frente al texto y ya no hastío, de este modo puedo asegurar que lo que he dicho es en realidad poco, casi nada de lo que podría haberse dicho.

Mencioné los componentes estructurales para denotar la composición y los contenidos de esta tesis. A esto quiero referirme en esta introducción, ya que la razón de ser de este discurso o de la menuda palabrería, de tantas palabras dichas, es saber sobre qué se está hablando, la sustancia de las ideas. Pues bien, la presente tesis tiene tres componentes que están recompuestos y reordenados de antemano, no he hecho sino presentarlos. Además de esto, me falta seguridad sobre la forma cómo debiera presentarlos, puesto que la variabilidad es, cuando menos, escandalosa como se verá enseguida. Estoy tentado a presentarlos como temas: humanidades médicas, medicina narrativa y educación médica, los cuales se derivan del título de la obra. Pero al dejarlos como temas y al estar aludiendo a los contenidos, estaría cayendo en un dimorfismo con relación a la didáctica en tanto que saber débil, algo que no me molesta en lo absoluto. De hecho, el tema educativo destaca como el interés principal que me mueve –y me conmueve-.

Prefiero en cambio leer los componentes -y es mi propuesta que así se haga- como textos. Al fin y al cabo, esta tesis es un texto, cumple la mayoría de los criterios para serlo, pero también los rebasa por toda la materialidad (de lo) que representa. La estructura del texto, que por demás me es ajena en su totalidad, la simplifico en los componentes estructurales de la obra (construcción), y en su textualidad. Hasta aquí he estado lanzando algunas intuiciones barthesianas sin sospecharlo. Por tanto, no me queda sino entregarme al lector y someterme a un análisis textual de su parte. Espero que, como a mí me sucedió, se genere en el lector placer o hastío, sin pretender encaminar hacia cualquiera de esos polos o sugerir cuál de ellos es el más conforme con mi intención original de escritura. De nuevo repito, espero la aceptabilidad para que cada uno encuentre el sentido de este texto.

Como venía diciendo, los tres componentes estructurales, temas o contenidos son la medicina narrativa, las humanidades médicas y la educación médica. Una gran porción y énfasis resuelto desde un principio se ha dado a la revisión teórica y a la *lectura* de la literatura disponible sobre estos tres temas. Es por este motivo que la extensión, tan satanizada por mí, de los capítulos teóricos es la de mayor envergadura, no sólo por la dimensión conceptual, sino, y sobre todo, por la gran significación para el resto del texto. En consecuencia, estos dos capítulos (*I* y *II*) –si bien se aplica para toda la tesis– son un tejido de citas que se asemejan más a un textil que a un texto, y es gracias a esta intertextualidad que puedo entregar algo que no me atribuyo, sino de lo que soy deudor y testigo. Incluso a “otros” tantos que no son citados les debo igualmente tanto, les he leído y las conjeturas e ilaciones sutiles habrán fabricado la urdimbre que supuestamente tiene mi autoría, pero de la que simplemente me considero un narrador. Mi gratitud es enorme en todo caso.

También me parece importante decir que para escribir estos capítulos teóricos he tratado de convertirme, casi sin fortuna, en polímita y políglota, en el sentido de que me introduzco a campos del saber que no se corresponderían a mi formación de médico, esto en el caso de la polimatía. En cuanto a la poliglotía, que no es lo mismo que la heteroglosia, que por otro lado también se aplica al texto, me refiero a que he tenido que hacer de traductor de los autores que escriben en su idioma original. Es así que me atribuyo todas, o al menos la mayoría, de las traducciones que aparecen en las citas textuales, tanto del inglés, como del francés, portugués e italiano.

Esto hubiera sido imposible de no ser por la ayuda de los traductores automáticos que existen en internet, espero se respeten y sean representadas fielmente las ideas de estos autores. A parte de esto, merece la pena señalar que los capítulos teóricos, pero también el de resultados (*Capítulo IV*), están escritos en sus dimensiones espacio-temporales, en perspectiva histórica y geográfica, mencionar esto era necesario para entender una lógica específica que se establece y que tendría que guiar la lectura de la tesis

A continuación, procedo a hacer el ejercicio forzoso de separar los tres componentes estructurales para presentarlos, digo forzoso porque se hilvanan de un modo tal que, aunque informe, es precisamente estructurado, gracias en parte a las prescripciones y convenciones de cómo se presenta un trabajo académico. El simple hecho de haberlo escrito es ya haberle dado cierta forma, y esto me parece meritorio, más en mi situación de escribano novel y de escritor amateur. No obstante, hago la separación para ofrecer una idea sobre cada tema, sobre cada texto, una lectura un poco alejada del sentido que cobran en el texto sintético de la tesis; pero que no se extraña tampoco, tal como dije al inicio, de un sentido más amplio que involucra salir de unas fronteras disciplinarias, de los esquemas que normalmente se suelen manejar en las diferentes disciplinas.

El orden de presentación no es arbitrario, he decidido comenzar por la medicina narrativa y profundizar en ella un poco, ya que fue el primer flechazo de curiosidad que me impulsó a desarrollarla como tema central de la tesis. Estoy dispuesto a contar un relato muy corto de cómo fue ese acercamiento curioso y ese encuentro interesado de principio a fin. Después, trataré el tema de las humanidades médicas como un espacio enorme de participación, dejando, por razones de espacio, lo deleitoso del mismo afuera de esta introducción. Finalmente, terminaré de forma sucinta con el tema de la educación médica, tema no muy desarrollado en el apartado de la revisión teórica ni en esta introducción, siendo más bien subterráneo y por eso mismo la raíz, pero también el fruto, de todos los empeños.

Podría ofrecer un recorrido detallado de lo que he tenido que *leer* para llegar hasta la medicina narrativa, pero me parece una empresa demasiado ingente para las intenciones actuales de la elaboración de esta introducción. Como demuestro en este trabajo, la medicina narrativa ya se encontraba implícita en mi vida y en mi formación médica desde hace algún tiempo, por lo que propiamente podría hablar de una historia de la medicina narrativa *en* mi historia de vida (ha esto lo he llamado un “embrión de la

medicina narrativa”). Frente a la imposibilidad de relatar esta historia en este espacio y en este tiempo, en el aquí y en el ahora, y puesto que la historia de la medicina narrativa en el orden temporal de los sucesos del estudio de caso efectivamente se hace en el *capítulo V* de esta tesis, relato del cual yo también soy personaje, me limito a ofrecer unos nombres de disciplinas, saberes, lecturas, temas y más personajes (autores) que me influyeron para la elaboración de la misma.

Comenzaría con la gaya filosofía y, como comentaré pronto, terminaré con la justificación última de otra filosofía primera. Sería injusto decir que mi filosofía (me disculpo por la impremeditación) es, en cuanto Filosofía, una de aquellas que se presenta en un sistema, así como es ingenuo decir que mi acercamiento filosófico se hizo de la misma forma sistemática. Ante este desorden de ideas, no me queda sino abrir el abanico de las preguntas, de los cuestionamientos que me llevaron a la reflexión sobre lo que de suyo me permitía y me sigue permitiendo la filosofía: una preocupación infinitamente sincera conmigo mismo y *con y por* ese (O) otro que no ha cesado.

Pero para no ir por el modo tangencial de un pensamiento inquieto y perdidizo, me centraré en describir que la cuestión del otro, una especie de interpelación y de llamada, me hizo preguntarme por mi situación e intención en esos momentos de mi vida. Así es que pude constatar mis limitaciones y la insuficiencia de herramientas para hacer frente a esta tarea. No es sino ahora que puedo ver que he examinado en algo los problemas clásicos de la filosofía, atreviéndome gracias a ello a escribir, por lo menos de un modo indirecto, sobre ese otro, que es al mismo tiempo mí mismo.

Para ser más conciso, iniciaré admitiendo que tuve un primer acercamiento a la fenomenología, leyendo a Husserl -siempre en fuentes secundarias- y a Edith Stein, como es bien conocido, su asistente personal durante algunos años. Desde un primer momento me llamó la atención el asunto del mundo de la vida y la intersubjetividad que se planteaba como una salida del solipsismo del sujeto reflexivo de la fenomenología trascendental, para luego ir hacia el tema ético y relacional. En términos más mundanos y también más cercanos a los temas de la medicina, podría decirse que la relacionalidad ética se podía fácilmente corresponder con el tema de la empatía, por lo que me dediqué a indagar este tema en la relación médico-paciente, pero también me fui acercando a él desde las vertientes fenomenológicas como en Stein (2004).

Aunque estos primeros acercamientos no se ven reflejados en el trabajo final, fueron notas de relevancia para la construcción de una teoría de la empatía en la relación médico (estudiante de medicina) –paciente. A fin de cuentas, el tema de la empatía se mantuvo como un problema a resolver, debido a su disminución durante la formación del médico, y como un argumento sólido de los hallazgos de las contribuciones de la medicina narrativa y las humanidades médicas a la educación médica.

El resto de temas que se revisaron y que se tenían como posibles para desarrollarlos en la tesis no tienen un trasfondo tan filosófico –algunos claramente sí-, y resultan tan dispares que solamente se mencionan unos cuantos, sin detenerse en ninguno: la bioética personalista; las enfermedades terminales y los cuidados paliativos, especialmente el tema de la sedación paliativa; la psiquiatría y sus enfoques fenomenológicos-existencialistas, entre otros. En retrospectiva, haber optado por cualquiera de estos temas hubiera sido válido, pero haber optado por la medicina narrativa tuvo sus repercusiones propiamente filosóficas, la principal, tener que pensar en conceptos como la temporalidad, la historicidad y la narratividad, todos elementos esenciales de esta tesis.

Si bien la medicina narrativa tiene su sustentación teórica en algunos trabajos de Paul Ricoeur y otros filósofos y filósofas (Charon, 2006), una búsqueda personal de sustentos todavía más hondos me animó a indagar otras posibles ideas. Quiero mencionar brevemente algunas de ellas, ya que en los capítulos correspondientes no aparecen. El primero a quien recurrí fue al mismo Ricoeur, el acierto de haber acudido a este autor no sólo se debe a que, en efecto, se dedica a los temas de la narrativa y la historia citados previamente, sino que su propio itinerario intelectual, que se ve reflejado en el *corpus* de su obra, aparece como un conjunto sistemático y ordenado de estipulaciones referentes a la hermenéutica, que es donde se le suele ubicar y a la cual yo también me adscribo. No quisiera profundizar en lo que de él pude comprender, me parece demasiado atrevido de mi parte hacer el ejercicio hermenéutico de las obras que pude revisar de este autor, pero su pensamiento sin duda influyó en mi comprensión de la medicina narrativa de una forma particular.

En lo concerniente a la oficialidad de este campo, Rita Charon, creadora del modelo de la medicina narrativa, fue sagaz al haber adoptado la teoría de la triple mimesis *ricoeuriana* para explicar y fundamentar los tres momentos/movimientos de este

modelo: atención, representación y filiación, los cuales son tratados detenidamente en el *capítulo III*. Precisamente por este motivo, ir de nuevo sobre el texto de *Tiempo y Narración* (2005) del autor francés, del cual se desprende el marco triple de la mimesis, me parece una repetición innecesaria. Es en su obra inmediatamente posterior, *Soi-même comme un autre* (1996) (Sí mismo como otro), donde Ricoeur consuma sus intenciones de fundamentar una hermenéutica del sí como identidad narrativa, y en donde se podrían encontrar elementos para complementar la teoría de la medicina narrativa que continua en construcción.

Al examinar esta obra se constata fácilmente que tiene como unidad temática el actuar humano, pues, para Ricoeur (1996), el hombre es sobre todo el hombre que actúa, el *homo capax*. Ya en *Tiempo y Narración* Ricoeur (2005) sugería que el dominio de la acción estaba atravesado por la construcción de la trama, el acto mimético por excelencia, pero en *Sí mismo como otro* va a llevar esta relación hasta las últimas consecuencias, en la concepción que este filósofo tiene de la persona como agente y como hablante. De esto se deriva que la acción y el relato de hecho están íntimamente ligados. De acuerdo con Ricoeur (1996), la persona en clave ontológica no es solamente actividad, gracias a su carácter dialéctico admite también la pasividad como el *alter* del acto. Así también, dentro del nivel narrativo, acción y pasión se encuentran entramados en los relatos. En una síntesis de sus ideas, la vida es, para Ricoeur, considerada una actividad y una pasión en búsqueda de relato. Lo más importante, sin embargo, es que el salto ontológico cometido por Ricoeur hacia el final de esta obra, se revela en la corporalidad, cuyo dinamismo ontológico es el que finalmente oscila entre el obrar y el padecer.

Ricoeur en el fondo habla del hombre que actúa y que sufre, *homo capax* y *homo patiens*, y es esta antropología filosófica la que podría iluminar la teoría de la medicina y de la medicina narrativa propiamente dicha. Para nosotros – y digo nosotros como colectivo médico- sería fácil dar el calificativo primero al médico y el segundo al paciente, pero como se supone que Ricoeur se refiere al hombre en general, en tanto persona, hombre y mujer o existente único, los médicos no podrían, por más que lo intentaran, escapar de la pasividad ontológica del cuerpo, del otro y de la conciencia (Ricoeur , 1996); de la condición *pática* de la vida, es decir, de la constitución ontológica humana “quebrada”.

En esto consiste la posibilidad de transformar la idea que tenemos del médico, como agente que le es propicio obrar según su conocimiento y su técnica, siendo la ética de la acción la que dictamina la responsabilidad del que actúa y que marca la pauta de su obrar; pero también, como paciente de su condición humana, que no le exime del sufrimiento, padecido o atestiguado. Cabe en este punto la oportuna pregunta que hace Lovecchio (2009): “Entonces, quizás, podríamos preguntarnos, si existe un hombre agente-paciente, que es también cuerpo y que es responsable de sus actos, ¿podría existir también una responsabilidad hacia el cuerpo en cuanto agente y paciente?” (p.53). Esa es, en definitiva, la pregunta que tienen que responder los médicos en su obrar/padecer diario. En lo que tiene que ver con la identidad narrativa que se deriva de la obra de Ricoeur, en tanto esta concede un nuevo sentido a la teoría de la acción mediante la configuración narrativa de las experiencias humanas de acción, por un lado, y de pasión por otro, el médico está llamado a crear su identidad (*ipse*) narrativamente, así como a encontrar la alteridad en el relato del otro.

La alteridad es constitutiva del ser humano y en este sentido se enlaza con una dimensión ética de responsabilidad hacia el otro. Según Ricoeur, es a la otredad a quien se debe la atestación y el reconocimiento. Esto traspasado al escenario de la medicina, dictaminaría que, es el médico, el que tendría el deber de la atestación y el reconocimiento con respecto al otro, su paciente. “Atestación y aceptación que pasan, pues, por un reconocimiento ontológico y una apertura a la alteridad del otro que sufre. Reconocer al paciente quiere decir llevar a cabo un proceso de atestación de su humanidad, de la dignidad de su corporeidad herida; implica abrirse a la alteridad del dolor en la escucha del relato, escucha que es, en última instancia, aceptación.” (Lovecchio, 2009, pág. 441)

De la reflexión sobre la obra de Ricoeur podemos concluir dos cosas con respecto a la medicina narrativa. Uno, que la introducción de este paradigma narrativo a la formación y a la práctica de la medicina trae consigo una constatación, hasta cierto punto evidente, pero no realizada hasta el momento, de que el médico es persona actuante y padeciente en constante relación intersubjetiva con otro que también actúa y padece. Esto concuerda con un hallazgo de la tesis que se menciona en el *Capítulo VI* sobre el *phatos* ineludible para convertirse en médico y sobre la educación patética-sensible que tiene que tener todo médico. El padecer del médico, que puede ser en situaciones extremas

sufrimiento auténtico siempre en relación al otro, y no sólo su acción, debe ser tomado muy en cuenta por la sociedad.

En el ámbito formativo, esto ha sido posible gracias a los relatos e historias que se comparten en el entrenamiento en medicina narrativa, lo que permite al estudiante de medicina dar cuenta de sí mismo (Charon, 2015). Es menester, por tanto, aceptar que el médico es *homo capax* y *homo patiens* al mismo tiempo, así como lo es la persona del paciente, lo que querría decir que también se le debe reconocer a este la capacidad activa, que incluye la acción de narrar su propia historia, y no sólo la pasividad de su cuerpo. Y esto nos lleva a la segunda conclusión, la medicina narrativa, en especial en la práctica clínica, exige que el médico cumpla inexorablemente con el cometido de la atestación y el reconocimiento, a través de la escucha -pero también de la acción poética- del paciente que sufre en su carne. Ser testigo del sufrimiento del paciente es una función central del modelo de medicina narrativa propuesto por Charon (2006).

Lo que se desprende de la escucha para la medicina narrativa en el pensamiento de Ricoeur desearía complementarlo con las ideas de otra filósofa muy querida por mí, pero que no es sino hasta muy tarde cuando entra al horizonte de mis búsquedas. Adriana Cavarero, filósofa feminista de talla y partidaria del pensamiento de Hannah Arendt, desarrolla en su obra, especialmente en *Relating Narratives* (2000), un conjunto de conceptos e intuiciones que pueden ser de una riqueza enorme para completar la teorización de la medicina narrativa en varios aspectos.

Cavarero va insistir, al igual que Ricoeur, en que es el sí mismo (*self*), el asunto a tratar y no tanto el “yo” o el sujeto. Pero este sí mismo va a ser tal para Cavarero sólo en la medida en que sea narrable. De esta manera surge el concepto del *narratable self* que guarda muchas similitudes, por no decir que es exactamente lo mismo, con el concepto de Charon (2006) del cuerpo que narra el sí mismo (*self-telling body*), concepto crucial para comprender el modelo de la medicina narrativa que se expone en el *Capítulo III*. Conforme se vayan desarrollando las ideas de Cavarero se entenderá mejor porque digo que es exactamente el mismo concepto.

Para comenzar y retomando mi señalamiento de que volvería en estas meditaciones a la filosofía primera, es decir, a la metafísica, para justificar mi acercamiento a la medicina narrativa, es importante indicar que el esfuerzo argumentativo de Cavarero (2000) antes

de nada pretende dismantelar las seguridades del discurso metafísico, más que de la metafísica en sí, de las respuestas afianzadas que aparecen al contestar a la pregunta por el sí mismo. La autora italiana critica que dicho discurso tienda a la universalización y a la abstracción que se evidencia en la inversión de la pregunta por este sí mismo, prefiriendo la pregunta clásica de qué es el Hombre, con todas las connotaciones de género que esta tiene, en vez de preguntarse por el quién. Cavarero, siguiendo a Arendt, cuestiona que la pregunta por el sí mismo se oriente siempre en la filosofía tradicional a la pregunta por el qué abstracto y etéreo y no por el quién de un existente único y concreto.

Las limitaciones de este discurso filosófico tradicional que pregunta por el qué, en vez de hacerlo por el quién, son claras, debido a que las respuestas que se puedan obtener del cuestionamiento por el qué son de ayuda para destacar las características de alguien, pero sólo la pregunta por quién es lo que puede revelar algo sobre su identidad y su respectiva unidad. El discurso metafísico tradicional formula la pregunta “¿qué soy?” o, mejor aún, ¿qué es el Hombre?, dejando por fuera las experiencias particulares de cada persona, o lo que Cavarero llama la *unicidad* del existente, con sus características de insustituible e irreplicable que se contienen en la pregunta “¿quién soy?”.

En esto Cavarero se mantiene fiel a la pregunta por el quién que aparece en la teoría política de Arendt. El quién en la filósofa alemana se funda en consonancia con su carácter expositivo, relacional y contextual, se expresa y se deja conocer únicamente a través de la narración de su historia. Por tanto, al admitir que el existente se establece en relación, se convoca necesariamente a otro existente que se relacione con él, poniéndose de manifiesto el carácter constitutivo que tiene el otro en el ser del existente. En palabras diferentes, y esto está muy claro en Cavarero, la pregunta “¿quién soy?” halla respuesta en un “otro necesario” que relata mi vida a través de la narración. Esta alteridad constitutiva y constituyente del sí mismo es la que lo convierte en susceptible de narración por boca de otro. En definitiva, la pregunta por el quién no es posible sin la presencia del otro (Cavarero, 2000).

Que el quién del existente sea expositivo se refiere además a que se expone en su materialidad, es decir, en su cuerpo y su sexo. De ahí que la corporeidad se tenga como un elemento indispensable dentro de las lógicas relacionales con las que Cavarero anexa el *narratable self*, en tanto que cuerpo expuesto y sí mismo encarnado, a la narración de

sí por parte de otro. Queda de este modo demostrado que el *narratable self* de Cavarero es lo mismo que el *self-telling body* de Charon. Por lo tanto, también, todas las reflexiones que hasta ahora se han hecho valen para la medicina narrativa. La única diferencia remarcable entre estas dos teorizaciones, sin embargo, es la noción del otro necesario que se impone en el pensamiento de Cavarero. De acuerdo con la filósofa italiana, el otro siempre es necesario para contar la historia de mi vida, desde el inicio en el nacimiento que es cuando aparezco, ya que mi memoria no es suficiente, y puesto que el transcurrir de una vida, del nacimiento a la muerte, se vuelve un hecho humano por la mediación del relato. Aquí se cumple la absoluta necesidad que se tiene del otro para narrar la propia historia. A diferencia del concepto de Charon, el de Cavarero denota más la relacionalidad implícita en el encuentro de un “yo” concreto con un “tú” igualmente concreto.

Finalmente, la insistencia llamativa de Cavarero en cuanto al rol que cumple el deseo es digna de ser resaltada. Para ella, a partir de una narración que, al nacer de la boca de otro, revela el sentido de mi vida, se despierta este sentido, pero sobre todo el deseo. El deseo prima para el que es narrado por otro y para el otro que narra, ya que en la narración se revela al mismo tiempo el deseo de escuchar la historia y el deseo de la elaboración de la narración por otro, de modo que la existencia de otro también está marcada por el deseo. Podríamos resumir todo lo anterior diciendo que el ser del existente se constituye como un sí mismo narrable en tanto que unicidad y corporeidad expuestas a la espera de su narración por otro, narración que suscita el deseo de la escucha y de que el otro narre la propia historia (Cavarero, 2000).

Estas disquisiciones, sobre lo que se podría considerar una filosofía de la narración elaborada por Cavarero, informan de manera directa la teoría de la medicina narrativa. No quisiera explayarme en este punto, pues la búsqueda de analogías en las teorías es bastante sugerente, y algo ya se hizo con respecto al concepto del *self-telling body* y del *narratable self*. Lo que podríamos decir para cerrar este conjunto de ideas es que el médico y el paciente, considerados ambos como existentes en toda la unicidad que merecen, se necesitan para contarse, el uno al otro, sus respectivas historias, siendo el intermediario el deseo de escuchar y narrar, y la interpelación de su materialidad parte de este proceso. De esta manera cada uno de ellos encontrará la unidad de su identidad y la plenitud de sentido en los relatos del otro. Se cumple de este modo aquel dicho de

Pedro Lain Entralgo de que el médico es un ser menesteroso, y añadimos por nuestra parte: deseoso de escucha y de narración, así como lo es el paciente. Esta es la base de su relación en horizontalidad de condiciones.

No obstante, el deseo de la escucha no se limita exclusivamente al ámbito de las relaciones privadas, al pasar a la arena pública emerge la dimensión ética-política que es importante sopesar. Además, la dimensión ética de la escucha que es exaltada en la medicina narrativa puede ser todavía más elaborada de un modo teórico mediante la utilización de algunas otras ideas del pensamiento de Cavarero. Esto es lo que quiero hacer para finalizar con la presentación de estos argumentos en tono filosófico sobre la medicina narrativa, algunos de los cuales se han venido soltando a lo largo de esta introducción.

Me lamento que las siguientes intuiciones sobre una de las últimas obras de esta filósofa italiana hayan llegado tan tarde, con conocimiento previo de sus reflexiones hubiera podido corregir algunos juicios que se despliegan en este trabajo. Me refiero a las reflexiones desarrolladas por Cavarero en su libro *Inclinations: A Critique of Rectitude* (2016), en donde elabora una geometría del cuerpo y del sujeto *inclinado* que expresa la vulnerabilidad como condición ontológica suprema de la cual nadie puede huir, o lo que es lo mismo, la condición ontológica universal.

Cavarero (2016) asegura que el sujeto moderno, cartesiano y/o kantiano, es representado en la unívoca verticalidad, en una postura erecta que no le permite la inclinación. Este se ha convertido en el paradigma de la autonomía moral que se desprende automáticamente de una concepción individualista y solipsista del sujeto. Para esta autora, la crítica se hace posible justamente en virtud de esa verticalidad, puesto que este sujeto permanece ajeno a la relación, siendo que no cabe relación sin inclinación. La importancia otorgada a la inclinación por Cavarero se debe a que es precisamente esta inclinación la que atestigua la relación.

Esta filósofa además refrenda que el sujeto de la relación es, ante todo, cuerpo, es experiencia corporal. Para ejemplificar cómo se dan estas relaciones corporales de inclinación, Cavarero alude, junto con Arendt, a la relación materno- filial, una relación de absoluta dependencia y arquetípica, encarnada en las Madonnas italianas. Esto es mucho más evidente en la etapa primigenia de la vida humana, que es cuando la

vulnerabilidad del recién nacido es tal, que se encuentra expuesta en todo su esplendor, en su cuerpo desnudo. Tomando esta imagen Cavarero concluirá diciendo que somos vulnerables porque somos expuestos, porque somos un cuerpo.

Estas reflexiones sobre la inclinación que nos regala Cavarero son de un valor insospechado para la teoría de la relación médico-paciente y, según mi parecer, también para la medicina narrativa. De nuevo no quiero extenderme en esto, pero me parece absolutamente necesario que se haga una crítica, como efectivamente se ha venido haciendo desde hace muchos años, a la verticalidad que se dibuja en la relación médico-paciente. El médico que permanece en la postura erguida y vertical, que no se inclina ante el cuerpo y el sí mismo del paciente, no puede entablar la relación ineludible para el cuidado. La pintura de Luke Fildes “*The doctor*” representa la imagen modélica del médico inclinado y absorto, en total abnegación a su paciente, una imagen que lamentablemente se ha ido perdiendo en los escenarios actuales. La inclinación, como posicionamiento básico de una relacionalidad renovada propuesta por Cavarero, es la postura ética y corporal que los médicos tendrían que adoptar sin hesitación. En definitiva, la ética médica debería ser una ética de las inclinaciones.

Para terminar, quiero descubrir una coincidencia etimológica que me parece del todo exquisita y que podría explicar por qué las inclinaciones de Cavarero son importantes para el marco teórico de la medicina narrativa, especialmente para la parte de la escucha al paciente. Como bien se conoce, la palabra inclinación, inclinar en su forma verbal, viene del latín *inclinare* que significa “doblar en”. Ya sin el prefijo, también es útil saber que el verbo latino *clinare* comparte la misma raíz indoeuropea, *klei* (inclinación), que el verbo griego *klinein*, que a su vez tiene igual significado que en el latín, es decir, inclinarse.

Lo interesante en todo caso es que esta misma raíz indoeuropea está presente en la palabra *kline*, un antiguo tipo de mueble, especie de diván o lecho que fue utilizado por los antiguos griegos y luego por los etruscos y romanos durante sus *symposia* o sus equivalentes en la sociedad romana, *convivia*. Se trataba de una especie de cama que era utilizada para el reposo, pero especialmente para los banquetes, disponiéndolas por lo regular en grupos de tres, lo que se conocía como el *triclinum*. En esta misma línea, el adjetivo *klinikós*, que significa “de la cama”, en su versión femenina, *kliniké*, se utilizaba para designar a la costumbre de los médicos de atender a los enfermos en la cama. Este

es el origen de la palabra clínica, que no ha perdido su ligazón ni su memoria etimológica.

En relación a esto, podemos asegurar que la clínica médica, desde la antigua Grecia, tiene inscrita en su semántica la inclinación como condición *sine qua non* no se puede ejercer esta práctica. O, en otras palabras, la práctica clínica, o el oficio del médico en términos generales, es antes de nada un oficio de inclinaciones, con todo lo que esto implica según las ideas de Cavarero antes expuestas. Ahora bien, un hecho curioso es que podemos rastrear otra relación etimológica, aunque velada y un poco confusa, de la inclinación a la que nos hemos estado refiriendo últimamente con la palabra “escucha”, de este modo queremos demostrar que la clínica es sobre todo una práctica de escucha.

Existe cierta controversia sobre la etimología del verbo escuchar o *auscultare* en latín, especialmente con el segundo elemento de la palabra no relacionado con el *auris* que se traduce como oreja u oído y cuya raíz indoeuropea es *ous*. A pesar de la evolución fonética que ha experimentado esta palabra en el español y en otras lenguas romances, su raíz etimológica claramente puede ser rastreada hasta la lengua proto-indo-europea arcaica. El problema es que no está muy claro a que raíz se corresponde. Algunos lingüistas opinan que se relaciona con la raíz indoeuropea *kleu* que significa oír, y que en el latín tomaría la forma de *cluere*, que significa hacerse oír o hacerse nombrar, mientras que en el griego sería el *klitós* que no es otra cosa que aquello de lo que se oye hablar, que es célebre, de ahí la palabra “ínclito”.

Otros lingüistas *se inclinan* en cambio por la raíz indoeuropea *klei* que mencionamos más arriba. Si aceptásemos esta relación etimológica estaríamos admitiendo que escuchar involucraría de alguna manera la inclinación. Esto se hace muy evidente en el caso del término médico “auscultar”, que recupera la fonética del *auscultare* latino, puesto que su acción conlleva la inclinación del médico, comenzando por los médicos romanos, hacia el tórax del paciente, en especial antes del invento del estetoscopio, tal como puede verse en la obra pictórica de Luis Jiménez Aranda “*La visita al hospital*”. En este sentido, *auscultare* significaría inclinarse para aplicar la oreja y, en último término, escuchar guardaría un rezago de sentido con relación a la postura ligeramente inclinada que se adopta cuando alguien quiere escuchar con atención lo que un interlocutor está diciendo.

Pero recuperando la situación de la medicina y tratando de hacer una síntesis de estas relaciones etimológicas develadas hasta ahora, podemos asegurar finalmente que la práctica clínica es, por antonomasia, la práctica de la escucha. Quizá por esto resulta verídica y totalmente acertada la afirmación de Gregorio Marañón cuando le preguntaron que, de su parecer, dijera qué invento había favorecido mayormente a la medicina y su práctica, pretendiendo quizá sugestionarle a una respuesta relacionada con algún avance de la tecnología médica que por entonces comenzaba su auge. El médico humanista, sin dudarle mucho, y de una forma lacónica, habría sentenciado: “la silla”, “La silla que nos permite sentarnos al lado del paciente, escucharlo y explorarlo”. Probablemente habría que complementar la sentencia de Marañón diciendo que también ha sido importante la cama (kline), porque ha permitido la inclinación del médico para el cuidado, y ha impedido que este permanezca erguido o en una verticalidad en su relacionarse con los pacientes.

De lo anterior se puede decir además que la verticalidad y la rectitud de las relaciones, tanto en el plano de lo corporal, pero principalmente en el plano ético, no ha favorecido en nada la relación médico-paciente. Por esto es importante pensar la profesión médica desde las inclinaciones, desde una especie de reverencia hecha al otro, al paciente, a la persona enferma. La medicina narrativa, como se verá en el desarrollo de la tesis, ha descubierto esta dimensión de la escucha para la práctica clínica, porque hacer clínica, si seguimos las etimologías descubiertas, significa también inclinarse y escuchar. Las ideas de pensadores como Cavarero sobre el sí mismo que desea ser narrado y que el otro narre su historia, y sobre las relaciones inclinadas, fundamentan lo que la medicina y la medicina narrativa pueden llegar a ser.

Estas ideas son inspiradoras en todos los sentidos, pudiendo llegar a hacerse carne en la práctica cotidiana del médico. La medicina narrativa que se posiciona como un tema central en esta tesis se convierte en una filosofía de vida para los médicos, para practicar la poética de la escucha y para ayudarles a convertirse en *conteurs/conteuses*, auténticos contadores y contadoras de historias.

Entiendo que me extendí demasiado con el tema de la medicina narrativa, pero los textos elaborados en esta introducción son muy preciados en el sentido de que no serán presentes en el desarrollo de la tesis, al menos no en esos términos. Las reflexiones realizadas en este espacio limitado orientan de forma filosófica lo que ha de

decirse en cuanto a la pedagogía de la medicina narrativa. Ante la imposibilidad de continuar deliberando sobre este tema, no me queda más que pasar de página, hacia el siguiente tema, el texto contiguo de las humanidades médicas. Sin embargo, no quisiera abandonar el tono filosófico que me ha acompañado hasta ahora, pues me será útil para explicar ciertas cuestiones que tampoco se presentan, con esos términos, en los capítulos subsiguientes de la tesis. Para comenzar, habría que señalar que las humanidades médicas son un conjunto heterogéneo de disciplinas -ciencias sociales, humanidades y artes -que tiene en común el mantener en el centro de sus preocupaciones e intereses la cuestión de la medicina, o de la salud-enfermedad en cláusulas más generales.

En el *capítulo II*, dedicado enteramente a casi todos los aspectos habidos y por haber de las humanidades médicas, pero con un enfoque hacia la educación médica, se descubre la enormidad de este campo. De nuestras propias preocupaciones sobre el mismo, nos inquieta el dar a entender una visión aislacionista que se conforma con el mero enlistar o la simple enumeración de todas las disciplinas posibles que hacen parte de las humanidades médicas. No siendo así, nuestro objetivo y mi interés principal es verlas de una forma integral e integrada, solamente de ese modo será posible cualquier intento de teorización, que es lo que se ensaya hacer aquí y es algo que ha hecho brillantemente Alan Bleakley. Este autor, al cual le he dedicado mi fidelidad durante todo este tiempo y esfuerzo de la tesis, expresa un pensamiento rico en relación a las humanidades médicas y su papel en la educación médica. Su erudición se ve plasmada en la obra *Medical Humanities and Medical Education: How the Medical Humanities Can Shape Better Doctors* (2015), la cual se instituye como un pilar que sostiene toda la estructura de este trabajo.

A *grosso modo*, el argumento de Bleakley (2015) es que las humanidades médicas son fundamentales para hacer mejores médicos, en donde el término “hacer” se refiere a la formación, una especie de fabricación de los médicos que, según él, no funciona adecuadamente. El problema principal es que la fábrica de lo sensible, que produce las sensibilidades de los médicos, está amenazada por la inequitativa distribución de estas sensibilidades en la cultura de la medicina y de la educación médica. Estas metáforas industriales y productivas son tomadas de la simplificación de una teoría sumamente más compleja que Bleakley elabora basándose en la obra de Jaques Rancière, famoso filósofo postmarxista que desarrolla lo que este denomina como la *distribución de lo*

sensible (Rancière, 2014), título de una de sus principales obras en donde pone en cuestión la estética como política y esta última como configuración de la experiencia sensible.

No quisiera detenerme en estas teorías y metateorías de la política de la estética –y no la estética de la política-, ni en cómo estas se relacionan con lo que sucede en la medicina y en la educación médica. Esto se hace con detenimiento en el *capítulo II*, en donde se aclaran las ideas y se ponen en contexto los argumentos que permiten comprender de una mejor manera por qué se justifica la integración de las humanidades médicas al currículo si se quiere obtener unos médicos formados en lo técnico, lo ético y lo estético de su profesión.

Lo que sí habría que decir, es que esta teoría de las humanidades médicas funciona siempre y cuando esté situada en una intencionalidad, lo que quiere decir que es preciso que esté referida a algo, en este caso, a la educación médica. Es así que se trata de una teoría de la praxis educativa de las humanidades médicas, unas reflexiones pedagógicas en relación a cómo estas mejoran, aportan y contribuyen a la educación médica. Pero antes de dar una última y quizá determinante razón de ser de las humanidades médicas, sería conveniente indicar que las humanidades, usando el término genérico, son valoradas en la época contemporánea como probablemente nunca antes lo fueron. El motivo es quizá que se percibe una renovación de los cuestionamientos y los debates sobre lo propiamente humano, incluyendo las posiciones humanistas y humanizadoras, conceptos sobre el hombre que van perdiendo legitimidad y adquiriendo bríos de reflexión crítica y deconstrucción; conceptos que, como tales, no pueden ser reelaborados y re-construidos, sin condición y sin presuposiciones, más que en el espacio de lo que Derrida (2002) llama las *nuevas Humanidades*.

El *topos* de estas nuevas Humanidades es la universidad sin condición, título de una conferencia que el filósofo francés imparte en Estados Unidos y en la cual hace una profesión de fe: fe en la universidad y, dentro de ella, fe en las Humanidades del mañana. Desde la *profesión de fe* referida a la universidad, su preocupación se centra en las Humanidades. Allí vuelve sobre la necesidad de revisar la historia de sus disciplinas, su desarrollo y estado actual. Dice Derrida (2002):

“Para ello, tendremos que ampliar y reelaborar el concepto de las Humanidades. En mi opinión, no se trata ya sólo del concepto conservador y humanista al que se suele a

menudo asociar a las Humanidades y sus antiguos cánones -que considero, no obstante, deben ser protegidos a toda costa". [...] Estas Humanidades por venir atravesarán las fronteras entre las disciplinas sin que eso signifique disolver la especificidad de cada disciplina dentro de lo que se denomina a menudo de modo confuso la interdisciplinariedad o dentro de lo que se ahoga en otro concepto que sirve para todo, los «*cultural studies*». Pero me imagino muy bien que departamentos de genética, de ciencias naturales, de medicina e, incluso, de matemáticas se tomen en serio, en su propio trabajo, las cuestiones que acabamos de mencionar." (pg. 20,63).

Acatando las sugerencias de Derrida de traspasar las fronteras de las disciplinas, por ser yo mismo parte de las ciencias médicas, y mi trabajo estar dirigido a este público particular, tomo en serio las cuestiones sobre lo propiamente humano de la medicina y las dispongo en una deconstrucción más o menos dirigida.

Esta tesis puede fácilmente aparentar ser una construcción de un humanismo médico, siendo esta la postura conservadora y de los cánones antiguos, aunque esta no sea la intención que prevalece. Si del sentido de lo humano pudieran extraer un significante, sin duda escogería al que permite que el significante sea el mismo, es decir, el lenguaje. Es entonces sumamente supremo el valor del lenguaje para este trabajo, además de condición de posibilidad-imposibilidad para la expresión de estas ideas. Aquí se encuentra implícita una antropología filosófica de carácter lingüístico que sin embargo se pone en cuestión y se trata de de-construir. Tanto por el lenguaje del hombre como por el hombre del lenguaje. Si bien algunos pensadores equiparan la naturaleza humana al lenguaje (2005), es mejor salir de cualquier supuesto de la naturaleza en contraposición a lo humano, para decir que los hombres *son* para el lenguaje y hacen uso de él, habitan en el lenguaje, más que como dueños, como "pastores".

Aun así, el criterio de Derrida (2002) va mucho más allá, para él, las Humanidades por venir, que es como también las llama, tendrían la tarea de pensar y conocer, a parte de su historia, el mismo acto de profesar, la teología y la historia del trabajo, la historia del saber y la fe en el saber, la cuestión del hombre, del mundo, de la ficción, del "como si" de la literatura y de la obra, etc; todos estos tópicos que despliega en su conferencia de una forma magistral. Con todo, incluso va todavía más allá, hacia lo posible de lo imposible de ese "como si" que ni siquiera alcanzo a sospechar. Lo que se intuye es que las Humanidades son tomadas como si fueran posibles, como si fueran el acontecimiento, *lo que ocurre*, en donde el "si" expresa la posibilidad e imposibilidad de su incondicionalidad frente a las fuerzas externas y al poder (cultural, ideológico, político, económico, u otros). Es a estas Humanidades a las que sólo les queda un quizá,

un porvenir. La universidad y las nuevas Humanidades, por tanto, son llamadas a resistir y disentir las injusticias y los poderes, lo que defiende Carvajal (2016) secundando a Derrida, como un prolegómeno utópico de lo que está por venir.

Pero Derrida (2002) además habla de que las Humanidades también deberían ocuparse de la democracia, la “democracia por venir” como él mismo la denominaría, la que Carvajal (2016) añora junto a él cuando alude a la reinención de lo político por parte de las nuevas Humanidades. A esta democracia y su relación con las humanidades me referiré para concluir estas reflexiones, tratando de ligarlas con las humanidades médicas y su razón de ser (*raison d'être*) dentro de la medicina y la educación médica.

Sin duda, pocos se atreven a buscar la democracia en todos los ámbitos de la vida, quizá sólo los que la aman verdaderamente. Este es el caso de Alan Bleakley, teórico de la educación médica que denuncia sin ningún reparo la ausencia de una real democracia en la cultura médica y, por tanto, en la cultura pedagógica de la medicina (Bleakley A. , 2015). Al examinar la educación médica partiendo de estas culturas sin democracia, que a su vez contienen estructuras jerárquicas y antidemocráticas, descubre que las prácticas también se producen de una forma poco democrática y colaborativa, y que las identidades se forman, más como una personalidad autoritaria, que como una auténtica ciudadanía médica (Bleakley , Bligh, & Browne, 2011) (Bleakley A. , 2014) .

Retomando las ideas expuestas previamente sobre la fábrica de lo sensible en la educación médica, Bleakley (2015) anuncia un desafío estético para la medicina: recuperar las sensibilidades de los médicos, entendidas estas como lo perceptual que es funcional al diagnóstico y lo moral que se coloca en perspectiva a la relación con pacientes y colegas. Recurre, pues, al pensamiento de Rancière para comprender el régimen estético de la medicina que propicia la insensibilidad de los médicos, para demandar la re-distribución más equitativa del capital sensible que se encuentra concentrado en pocas manos, y para imaginar una opción política de disidencia a este régimen y a esta injusticia distributiva. Bleakley posiciona a las humanidades médicas como las posibilitadoras de sus demandas, las que permitirán re-educar las sensibilidades perceptuales y morales, aunque también las culturales. De esta forma será afrontado el desafío estético, pero también el desafío político de democratizar la medicina que se enunciaba más arriba, porque, a fin de cuentas, estos dos desafíos van de la mano, están íntimamente unidos.

Bleakley es audaz al aprovechar las complejas ideas de un pensador tan grande como Rancière, siéndole de utilidad las teorías de la política de la estética para reforzar los argumentos a favor de democratizar la práctica de la medicina por medio de lograr una politización y una estetización de los médicos. De todas formas, no va a limitarse a leer las problemáticas y las alternativas dentro de la medicina y la educación médica exclusivamente desde Rancière, son muchos los intelectuales pro-democráticos que sería interesante rescatar para pensar lo propiamente médico y su democracia por venir. Mientras exista alguien que hable con alegría y coraje de democracia, como el mismo Rancière lo dice y lo hace, habrá esperanzas, como Derrida lo intuía.

Para complementar sus argumentos, Bleakley va adentrarse tan solo de una forma somera en el pensamiento de otra gran filósofa como Martha Nussbaum, en especial para explorar lo que ella dice con respecto a la necesidad que tiene la democracia de las humanidades (2010). En esto, la analogía con respecto al parecer de Bleakley (2015), de que la democracia en la medicina necesita de las humanidades médicas, es exacta.

Los alegatos de esta pensadora van a permitir a Bleakley (2015) reforzar su defensa de la educación médica y de la formación en las humanidades médicas para alcanzar la cultura democrática que tanta falta le hace a la medicina. Repensar lo educativo como oportunidad de transformar las prácticas, las identidades y las sensibilidades de los médicos. Nussbaum (2010), en un manifiesto semejante en defensa de las humanidades, pero en el marco de la sociedad global y mundial, señala que estas constituyen una cura para los males sociales, curas tales como la tolerancia de la diferencia a través del debate abierto y el estímulo de las actividades de colaboración. Apoyándose en la psiquiatría psicoanalítica de Donald Winnicott, esta filósofa sostiene que el juego social es esencial para desarrollar la empatía, la tolerancia hacia los demás y la apreciación de sus vulnerabilidades.

Desarrollar la imaginación y la fantasía a través del juego, serían también tareas clave de las humanidades, puesto que el juego, momento en el cual los niños aprenden a colaborar y a lidiar con la incertidumbre, puede ser equiparado con las humanidades y las artes en la vida adulta, una compensación del juego de la infancia que generalmente se priva en la adultez. En correlación a esto, Bleakley va a insistir en que las humanidades médicas son necesarias para subsanar un mal endémico de la cultura médica, la intolerancia a la ambigüedad, que además es un rasgo muy marcado en las

personalidades autoritarias. Como puede observarse, la falta de democracia en las prácticas y las estructuras no son las únicas falencias de la cultura médica, por lo que las humanidades médicas se hacen cada vez más urgentes.

En la perspectiva más amplia, de acuerdo con Nussbaum (2015), se necesitan ciertas habilidades para la salud interna de cualquier democracia, habilidades que están asociadas con las humanidades y las artes: la capacidad de pensar de manera crítica; la capacidad de trascender las lealtades locales y acercarse a los problemas mundiales como un "ciudadano del mundo"; y la capacidad de imaginar comprensivamente la situación del otro. Todas estas habilidades, indispensables también para el desenvolviendo del médico en su medio, serían propiciadas por la formación en las humanidades médicas. Por tanto, la salud de la democracia en la medicina, si acaso alguna vez se alcanza, dependerá de si se mantienen o no las humanidades médicas en la formación. Sin más por decir por mi parte, sólo redundar que Bleakley ha lanzado un alegato fuerte, que incluye una teorización importante, para convencer a la comunidad médica de que las humanidades médicas no pueden ser obviadas, de que son la fuerza principal para promover la democracia en la medicina.

Acojo con beneplácito esta relación fructífera en todo sentido entre las humanidades (médicas) y la democracia (en la medicina), de esta manera me estaría colocando humildemente del lado de pensadores de talla como Derrida, Rancière, Nussbaum, Bleakley y Carvajal, por lo menos el último más cercano a mí por su condición de ecuatoriano, como yo mismo, y de poeta, como pretendo serlo. Comparto con todos ellos mi amor por la democracia y mi apuesta por las humanidades, y con Bleakley, otro poeta, la opción por las humanidades médicas. La educación para la ciudadanía democrática que analizábamos a propósito de Martha Nussbaum, hace que, para finalizar, quiera adentrarme en el tema eminentemente pedagógico. Es así que sin más rodeos se impone el tema/texto de la educación médica, al cual no dedicaré más que unas pocas palabras finales.

En primer lugar, tomar conciencia de que esta investigación es una investigación educativa, cuyo interés es la pedagogía, la didáctica, el currículo, los procesos de enseñanza - aprendizaje, entre otros, representó un primer obstáculo para mí que es substancial, en el sentido de que mi formación profesional e investigativa de médico no se desarrolló en estos campos del conocimiento y no abordó estas disciplinas ni estos

conceptos. Pero una vez inmiscuido en algunas nociones básicas y en la filosofía propia de la educación, me fue imposible desligarme de este proyecto. La afinidad por los temas educativos y la pedagogía fue para mí algo natural, un interés innato por el cual decidí andar, ahora con esta tesis, y luego quizá en una aplicación de los conocimientos construidos. Mejor dicho, no fue tampoco haber olvidado todo el camino recorrido en la medicina, ni negar completamente mi identidad como médico.

Para mí, la educación médica es un territorio hasta cierto punto descuidado, dejado a responsabilidad de aquellos que se comprometen por vocación (una vocación dentro de otra vocación) con la formación profesional del médico, que pueden ser tanto médicos como otros profesionales de diferentes áreas del saber, aunque en el fondo nos involucre a todos. Claro, antes debería aceptar que los médicos tenemos un rol de educadores, gracias al cual también enseñamos, pero sobre todo aprendemos de los pacientes.

Para mi alivio, no sería nada extraño que un médico se dedique a temas educativos. Así lo atestiguan grandes figuras que han pasado a la historia como médicos y educadores, a saber: Jean Itard, María Montessori, Ovide Decroly, Janusz Korczak, entre otros tantos. Esta dimensión pedagógica del médico ha de estar iluminada por la teoría de la educación, pero también por las experiencias de los educadores, por su saber práctico, en fin, por su sabiduría. En este sentido, la educación médica se convierte en un campo híbrido del cual no me he distanciado.

Sin embargo, ha sido realmente difícil tratar de conjugar la medicina y la pedagogía, especialmente en un medio en donde no se favorece este tipo de conocimientos híbridos. Tomo las palabras de un autor italiano que en la introducción de su tesis doctoral utiliza unas metáforas precisas para describir el encuentro de la educación y salud; palabras que me convencen y que hago mías.

El trabajo de tesis pasa a lo largo de una tierra de frontera, que está en el medio y actúa como un puente entre la educación y la salud. Es un terreno aún un poco escabroso porque permanece oculto a muchos. Pero sabemos que las regiones fronterizas son lugares de intercambio y de contaminación, a veces incluso de clandestinidad de donde surgen conflictos, dado que las fronteras dividen el "interior" del "exterior", el "nosotros" del "otros", marcando a menudo las diferencias. Sin embargo, entre ambos, el borde de la tierra y la línea divisoria, se encuentra un espacio neutro, un territorio de todos y de nadie; un territorio que conecta y que permite el paso de un lugar otro. Y es en este territorio "del medio" que se reúnen, entran en relación, en intercambio y se mezclan todos los conocimientos para crear otros nuevos (Benini, 2013, pág. 6).

Salud y educación, o medicina y pedagogía, tienen un común que es innegable, el *cuidado* (Benini, 2013), esencial para la vida humana (Boff, 2002). Las dimensiones educativas están presentes en todas las llamadas ciencias de la salud, dígase, enfermería, fisioterapia, nutrición, etc. No obstante, mi interés es exclusivamente la educación médica, que no debe confundirse con la educación para la salud o educación sanitaria (Benini, 2013), si bien en ambas es fundamental el rol del médico. Es en este territorio fronterizo en el que he decidido imbuirme, espero generar algo nuevo, dar a luz algunas ideas, para luego cuidarlas y cultivarlas.

Vuelvo y repito, la educación médica, a pesar de ser actualmente un campo desarrollado tanto conceptual como metodológicamente, y de ser ciertamente aceptado por la comunidad médica-científica, guarda rezagos de una historia y una tradición milenarias, al menos en occidente. Para hacerme entender mejor, me permito explicar que mi experiencia durante esta etapa formativa, que ha llegado a buen término a pesar de todo, me ayudó a comprender muchos aspectos de esta formación que de otro modo me hubieran sido inaccesibles. Lo más importante es haber comprendido que esta formación muchas veces es considerada un entrenamiento o es confundida con una instrucción técnica. Estas dos características no son cuestionadas por los estudiantes, pues, en general, se pasa este periodo con la ingenuidad y la confianza de haber encargado la preparación para el futuro profesional a personas bien intencionadas.

Lo cierto es que quiero desafiar con esta tesis las ideas preconcebidas que mencioné más arriba, ya que yo mismo he tenido que entrar en las discusiones de la pedagogía, en la teoría educativa y sus modelos, a más de haber tenido que estudiar la metodología de la investigación educativa. Pero también, esto me ha permitido comprender de mejor manera el mundo de la educación en el contexto específico de la medicina. Mi intención sobre todo fue desafiar el estereotipo de que la formación médica es una simple instrucción o un entrenamiento especializado que produce experticia. Lo que quiero demostrar es que la educación médica es una formación integral.

Más que nunca soy consciente de la complejidad de los procesos de enseñanza – aprendizaje que se dan en la educación médica, ámbito por demás complejo que demanda una investigación también por parte de los médicos jóvenes y no sólo de aquellos que han aterrizado en la enseñanza después de pasar un buen trecho en la vida profesional practicando la medicina. No digo que esto esté errado ni mucho menos, lo

que quiero es convertirme en la voz de los que, de algún modo, no tienen voz, porque aún son estudiantes, aunque pronto médicos noveles. Mi intención es, pues, ser portavoz de los estudiantes que mantienen esa cualidad soñadora y, porque no, quieran contribuir a mejorar la formación que han recibido.

He discutido, al parecer de nuevo de una forma muy extensa, las implicaciones filosóficas que tienen estos tres temas, a saber: medicina narrativa, humanidades médicas y educación médica. Es mi deseo que las ideas expresadas en esta introducción sean vueltas a leer una vez terminada la lectura del trabajo de la tesis, como si se tratara del ejercicio que yo mismo hice. Creo con una seguridad poco habitual en mí, que este volver sobre los textos, sobre los rastros de autores y narradores, será la única forma de esconder las limitaciones propias de mi obra, esa que se queda a penas en el borde de la consumación.

Firmo esta comunicación con el ánimo de pagar una deuda infinita, más que como respeto al pacto autobiográfico, como reposición a la deuda del don de sí.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTOS Y ANTECEDENTES

1. Justificación de la investigación

La crisis de la medicina puede entenderse desde diferentes ángulos, como crisis de deshumanización o de la razón médica (Mainetti, 2009), crisis de identidad, de utilidad y de solvencia moral (Lolas, 1997) o, simplemente y a *grosso modo*, como crisis de la biomedicina (Menéndez, 2003). Como sea que fuere, y sin llegar a los extremos de plantear una anti-medicina y su respectiva crisis (Foucault, 1974), persiste la idea de que la medicina, como ya hubo sucedido a lo largo de la historia, atraviesa en la actualidad una crisis que requiere de grandes cambios o transformaciones, quizá y porque no, de revoluciones.

Sin embargo, debemos ser prudentes cuando acudimos al término “crisis” para designar a estos periodos de encrucijadas en perspectiva histórica. Menéndez (2003) lo rechaza con contundencia, porque considera que los cambios que se supondría tienen que producirse en la medicina para hacer frente a las crisis, en realidad no son auténticos, sino que más bien se dan por expansión y adaptación del modelo dominante, y no necesariamente como salida a una “crisis”. En este sentido la crisis no sería tal y sólo perpetuaría el modelo de dominación.

Con todo y lo anterior, el dinamismo de la medicina, o mejor, el dinamismo de los agentes que estudian y practican la medicina desde adentro y afuera, en los múltiples niveles³ del sistema médico y sanitario, ha dado a luz a verdaderas posturas alternativas que, a pesar de que no respondan a auténticas crisis o no constituyan un progreso en sí mismo; semejante al que algunos consideran es el progreso científico y tecnológico, han ajustado sus miras transformativas en varios de estos niveles. La reorientación a la Atención Primaria de Salud (APS) (The Pan American Health Organization Promoting

³ Sin intenciones de aludir a una teoría sistémica en particular, agrupamos los niveles del sistema médico y sanitario en términos teóricos, prácticos, ideológicos, sociales, culturales, económicos-políticos, así como otros específicos como el nivel de atención, académico-pedagógico y el holístico-integral que agrupa a todos los niveles. No debe entenderse la estructuración de estos niveles de forma jerárquica. De hecho, están imbricados unos con otros.

Health in the Americas, 1974) en el nivel de atención, y a la promoción de la salud (PS) (1986) en el nivel holístico-integral; el enfoque de los Determinantes de la Salud y el Modelo Biospsciosocial (Engel G. , 1977) en el nivel económico-político y epistémico; la Epidemiología Crítica (Breilh, 2003) y la Medicina Social (Saúl, Nunes, & Breilh, 1991) en todos los niveles, pero en especial en el nivel social e ideológico; así como el Modelo Médico Alternativo Subordinado (Menéndez, 1984) que engloba a todas las prácticas tradicionales y complementarias al margen del sistema médico “occidental” y que harían importante presencia en el nivel cultural, son algunas de las respuestas, muchas desde la academia, o distintos *modos* de proceder prácticos, que han logrado cambiar la cara de la medicina y la salud en general, transformando la manera como entendemos la triada de salud/enfermedad/atención (S/E/A).

Ciertas alternativas mencionadas surgieron de profundas inquietudes al ver la dirección que la medicina estaba tomando hacia el ejercicio del poder y la medicalización de todos los ámbitos de la vida. Autores como Michel Foucault e Ivan Illich hubieron hecho sus críticas de “aquel momento histórico” de hegemonía de la medicina y del proceso de medicalización; proceso que indudablemente ha variado en los últimos años, encontrándonos ahora en una “fase distinta” del mismo (Comelles, 2012). No obstante, ya superada la “fase clásica” de la medicalización es evidente que una visión ha sobresalido sobre otras concepciones de la S/E/A, gracias a la cual dicha medicalización también se ha radicalizado (Comelles, 2012). Se podría hablar entonces de un modelo paradigmático y dominante que vulnera las crisis y no hace más que afirmarse y expandirse, modelo que Menéndez (1984) ha denominado como el Modelo Médico Hegemónico (MMH).

El MMH se caracteriza entre otras cosas por: un reduccionismo biologicista; un cientificismo positivista; un inmanentismo individualista/atomizado; una asimetría de la relación médico-paciente con la consecuente exclusión del saber de los pacientes; un efficientismo pragmático; una orientación curativa; la profesionalización formalizada; la identificación ideológica con la racionalidad científica; la consideración de la salud-enfermedad como mercancías; una tendencia a la medicalización de los problemas; y tendencia a la escisión entre teoría y práctica; siendo además cuestionado por su evidente aculturalismo, a-sociabilidad, a-historicidad e individualismo (Menéndez, 2003).

Es así que las características estructurales del MMH se ven enfrentadas con unas epistemologías distintas, unas *epistemologías otras* de los modelos alternativos antes mencionados, síntesis de teorías y prácticas que intentan participar en varios de los niveles del sistema médico-sanitario. Estos modelos no-hegemónicos toman de vez en cuando mayor relevancia en ciertas circunstancias, pero sin por esto dejar de ser subalternos (Conde Caballero, 2012). La amalgama de estos modelos y prácticas, que incluyen metodologías, técnicas y discursos variados, hace mucho más diverso el escenario real de la medicina, relegando al MMH que “(...) únicamente conserva su hegemonía en el dispositivo institucional (que incluye las universidades), puesto que la producción de un discurso medicalizado global opera completamente al margen del mismo (...)” (Comelles, 2012, pág. 16).

Por esta razón, es urgente una investigación que se introduzca con ojo crítico en el lugar donde se mantiene, se replica, se enseña y se legitima el MMH, como lo es la universidad y las facultades de medicina específicamente. Tomamos las palabras de Conde (2012) quien señala (citando a Pieranton & Machado, 1994):

El cambio en la realidad de los sistemas médicos con el desafío de la mejora de la atención del paciente en el horizonte debe comenzar por tanto, y en función de su elevada influencia, en los centros formativos: Facultades y Escuelas Sanitarias; lugares donde se construyen los modelos de entendimiento de los procesos de salud-enfermedad y donde se hace indispensable que se abra una nueva etapa de reflexión crítica sobre las limitaciones que la forma de aplicar la medicina del modelo Biomédico presenta. Todo ello no hace más que inevitable la necesaria implicación por parte tanto de profesores como de alumnos; los nuevos graduados, que son quienes deben en un esfuerzo de pensamiento reflexivo y crítico no conformarse con aquello que los poderes establecidos les ofertan mediante la automatización en la trasmisión de conocimientos que no deja espacio para que desarrollen una capacidad crítica como parte de su propio proceso de aprendizaje. (p. 139)

A primera vista esto puede resultar relativamente sencillo, sin embargo, es menester aclarar que existen dificultades para que se produzca alguna transformación. Sobre todo si entendemos al sistema médico como un sistema cultural (Kleinman, 1978), pues sólo así podemos vislumbrar la construcción de este sistema, culturalmente arraigado, a través de la experiencia formativa. Esto se hace manifiesto en palabras de Good (2003): “aprender el lenguaje de la medicina no consiste en aprender nuevas palabras para denotar el mundo corriente, sino construir un mundo completamente nuevo” (p. 145) y se confirma en la afirmación de Morin, Ciurana y Motta (2006): “los individuos conocen, piensan y actúan según los paradigmas inscritos culturalmente en ellos” (p.

29). Por tanto, que se intente generar cualquier tipo de cambio desde los estudiantes de medicina, resulta en extremo complicado, requeriría de todo un giro en las formas que tienen de ver el mundo y en los paradigmas adquiridos durante su formación médica.

Efectivamente, existen paradigmas dominantes en la educación médica, construcciones históricas que explican por qué las cosas son como son. Se podría apuntar que el suceso histórico que marcó un antes y un después en la educación médica es el famoso informe Flexner⁴ de 1910, informe que trajo consigo algunos cambios sustanciales (Flexner, 1910). En primer lugar, el informe abogó por la adopción del método científico y postulados positivistas, así como por el reforzamiento de las ciencias biológicas y la fisiología en las facultades de medicina. Estos cambios tenían la intención de asegurar la calidad del entrenamiento médico que en ese entonces se encontraba desacreditado. Una de las más destacadas consecuencias que produjo el informe Flexner fue la creación de un tipo de currículo y plan de estudios que consta de la tradicional subdivisión de dos etapas en la formación: una previa de ciencias básicas y otra posterior de ciencias clínicas (Pinzón, 2008).

El currículo así diseñado y todo lo que emanó del informe Flexner viene a constituir lo que se conoce como el *Paradigma flexneriano de la educación médica* (Pinzón, 2008), mediante el cual además se logró legitimar definitivamente el modelo biomédico en la educación médica (Conde Caballero, 2012). Se logra ver entonces la enorme repercusión que ha tenido dicho paradigma para la educación médica, especialmente en lo que se refiere a destacar el papel de la biología y las otras ciencias básicas, además de colocar el entrenamiento clínico exclusivamente en el hospital (Pinzón, 2008).

La herencia de este informe no ha podido ser superada por completo, es más, imperó durante el siglo pasado y cualquier intento de reforma tenía que necesariamente partir de los postulados flexnerianos que hasta cierto punto fueron siendo naturalizados. Por tal razón, debemos comprender que las facultades de medicina de Norteamérica cambiadas por este informe, serían el prototipo ejemplar que adoptarían algunas de las facultades de medicina de Latinoamérica (Borrell Bentz, 2005).

⁴ El informe Flexner fue el resultado de una evaluación que se realizó en las facultades y escuelas de medicina de todo Estados Unidos. Este informe proponía una serie de recomendaciones, especialmente la reorientación de la medicina y la educación médica hacia los avances de la ciencia, tratándose en la medida de lo posible de alejar de las prácticas empíricas; lo que, finalmente, trascendió en el cierre de muchas facultades que no siguieron estas recomendaciones.

A pesar de la extensión exitosa del paradigma flexneriano, después de poco tiempo de consolidarse definitivamente ya tenía detractores en los 70's y 80's. Sería imputado principalmente por excluir todo lo que no correspondía al determinismo biológico del cual estaba impregnado, lo que lo hacía claramente reduccionista (Conde Caballero, 2012) (Lewis B. , 2011). Los presupuestos de este paradigma han sido revisados en varias ocasiones y los ensayos por escudriñar alternativas permitieron el advenimiento de posturas paradigmáticas críticas, en el sentido de que rompieron con uno o varios principios del paradigma flexneriano (Pinzón, 2008).

Uno de los cambios tempranos fue justamente que se comenzaron a producir transformaciones en las estructuras curriculares, avizorándose la posibilidad de introducir las Ciencias Sociales/ del Comportamiento, las Humanidades y las artes en el currículo de medicina. El revuelo vendría con la introducción de otras perspectivas a principios de la década de los setenta, posturas relacionadas con entendimientos distintos de los fenómenos de la salud y la enfermedad, ahora entendidos como fenómenos sociales y culturales y no sólo biológicos (Borrell Bentz, 2005).

El que se ha venido a conocer como el *Paradigma crítico de la educación médica* (Pinzón, 2008) ha contribuido a transformar las realidades sanitarias de forma global, pero también las realidades de las diferentes facultades en las que se ha desarrollado. Este paradigma se caracteriza por la introducción de las Ciencias Sociales en el pensum de estudios. En el contexto latinoamericano, destaca el papel que jugó el médico pediatra y sociólogo argentino Juan Cesar García (Duarte Nunes, 1986). Asimismo, dicho paradigma da mayor importancia a la comunidad y a la Atención Primaria de Salud (APS) en la formación del médico (Pinzón, 2008).

Pero la necesidad de repensar la formación del médico va más allá de los paradigmas establecidos, paradigmas que son cambiantes y que de alguna u otra manera influyen en grado variable en la enseñanza médica como actividad íntimamente ligada a la práctica profesional. Nuestra intención es explorar un cambio paradigmático silente, que hasta cierto punto ha permanecido oculto, guardando la apariencia de ser sólo un añadido de contenidos al plan de estudios de las facultades y escuelas de medicina. Creemos que no se ha justipreciado adecuadamente el papel las humanidades médicas y la medicina narrativa, e incluso que no se les ha permitido el desarrollo en todo su potencial en el contexto latinoamericano, no así en el anglosajón. Estos campos de estudio, disciplinas,

movimientos, o constructos teóricos-prácticos heterogéneos han venido ganando notoriedad en los ámbitos educativos de la medicina a nivel mundial (Bleakley A. , 2015). Por nuestra parte, somos de la opinión de que no es posible concebir una formación médica integral, que desafíe al MMH, sin la participación de estos dos campos de estudio. Esperamos demostrar esto con argumentos sólidos.

Nuestra propuesta investigativa sigue esta línea de perfeccionamiento de la educación médica en términos de su completud. El punto de partida podría ser el olvido de una dimensión importante como lo es la dimensión humana y, por tanto, subjetiva-narrativa-hermenéutica de la salud/enfermedad que afecta a los procesos de atención. Por esta razón, tomamos como referencia teórica a la medicina narrativa y a las humanidades médicas. Aunque previamente, para justificar esta decisión, debemos declarar nuestros intereses en estos dos campos.

En el caso de la medicina narrativa, nuestro interés se fundamenta en su *ethos* (Juárez, 2012), pues, la gran novedad de la medicina narrativa consiste en el redescubrimiento del mundo subjetivo del paciente, o mejor dicho, en la *subjetualidad* (suprastante)⁵ como algo más que la subjetividad del enfermar (Laín Entralgo, 2012). También nos interesa que la medicina narrativa se ha visto como un medio para el “dar cuenta de sí mismo” (Charon, 2015), para la construcción de la subjetividad del estudiante de medicina. Revisando la posibilidad de que el mundo del paciente se manifieste en términos narrativos (Charon, 2006), y de que el mundo del estudiante se disponga como una forma de dar cuenta de sí mismo, intentamos indagar los potenciales usos de la medicina narrativa en la práctica clínica, pero especialmente en la educación médica. Seguimos del mismo modo la hipótesis de Charon (2006) de que a la medicina le falta hoy en día la singularidad, la humildad, la responsabilidad, la empatía, todo lo que puede, en parte, ser proporcionado por un intensivo entrenamiento en medicina narrativa.

Haciendo la relación entre práctica clínica/educación médica y la medicina narrativa es casi imposible no referirse a los trabajos de Rita Charon. Para esta autora, estos aspectos

⁵ En el sistema filosófico zubiriano que retoma Laín Entralgo, el *subjectum*, el sustrato, es el que conforma la sustancia en el pleno sentido aristotélico, también en la persona. Por tanto, este se aleja un tanto de la construcción moderna del sujeto reflexivo y la psicología de la subjetividad para afirmarse como el sujeto propiamente dicho (sustante y suprastante, vocablos Laín Entralgo).

van de la mano conformando un dúo inseparable. Así, es sumamente importante que los estudiantes aprendan medicina narrativa, equiparándola a una ciencia básica, no sólo tomándola como un mero adorno en el programa de estudios (Charon, 2004). Esto se logra por medio de la literatura (Charon, 2000), gracias a que varias escuelas de medicina en los Estados Unidos la han introducido en sus planes de estudio como parte de las humanidades médicas (Charon, et al., 1995).

Estos programas de literatura y medicina que funcionan “a través de seminarios donde se pide a los alumnos escribir en un lenguaje no técnico destapando sus propios sentimientos, grupos de lectura sobre relatos illness o clásicos como Cortázar, Faulkner o Henry James y donde la bibliografía sobre los actos narrativos son un lugar común de esta formación en hospitales y facultades.” (Juárez, 2012, pág. 51). Los beneficios hacen que valga la pena el esfuerzo, podría decirse que estos métodos fabrican médicos que estén atentos a los aspectos humanos del cuidado, reflexivos sobre su práctica profesional y conscientes de las dimensiones emocionales, morales, sociales y culturales de los procesos de salud/enfermedad/atención. De esta manera, se ha logrado una educación holística, así lo demuestran algunas investigaciones empíricas que evalúan estos programas (Lancaster, Hart, & Gardner, 2002).

Para complementar la idea general, no es solo con la práctica de la lectura o la escritura como la medicina narrativa va transformando críticamente a los futuros profesionales, es también mediante el aprendizaje de las ciencias sociales interpretativas y de humanidades (Lewis B. , 2011). Lo dicen los mismos impulsores de este modelo, al referirse al plan de estudios que deberían implementar las diferentes facultades de medicina:

La sustitución incesante durante el curso de formación médica de habilidades consideradas "científicas" que son eminentemente medibles, pero inevitablemente reduccionistas, por aquellas que son fundamentalmente lingüísticas, empáticas, e interpretativas, debe ser visto como una característica aún más que exitosa del plan de estudios moderno. (Greenhalgh & Hurwitz, 1998, pág. 49).

Nuestro interés para acudir al movimiento de las humanidades médicas, entendidas estas como un conjunto de disciplinas, ciencias sociales, humanidades y artes, cuya riqueza es precisamente el componente hermenéutico-narrativo (Lolas, 1997), es que este conjunto de saberes y prácticas aportan el tono contextual, sociocultural a las realidades de la salud y la enfermedad, y el tono humanístico a la práctica médica (Cortés Gallo, 2012)

(Viola, & Ricci , 2012). Respondiendo a la pregunta de por qué son buenas las humanidades médicas, la *American Society for Bioethics and Humanities* (como se cita en Sánchez Martín, 2014) dice que pueden ayudar a

promover el intercambio de ideas y fomentar la erudición multidisciplinaria, interdisciplinaria e interprofesional, junto a la investigación, enseñanza, desarrollo político y profesional, y colegialidad entre personas que se ocupan de todos los empeños relacionados con la clínica y la bioética académica y las humanidades relacionadas con la salud. (Sánchez Martín M., 2014, p. 191).

En estas líneas se destaca el papel colaborativo de las humanidades, colaboración que puede ser urgente para un campo como la medicina que muchas veces resalta el papel heroico del médico y no discute el valor del individualismo, aparte de no cuestionar el aprendizaje autónomo (aislado) del estudiante (Bleakley A. , 2014). Mediante la aplicación de las humanidades médicas se pueden disminuir la distancia entre la medicina y las otras disciplinas como la filosofía, la historia, la sociología, la antropología, por nombrar algunas. El tema colaborativo multi e interdisciplinario, que está pendiente en la práctica asistencial, se vuelve un imperativo también dentro del área docente, especialmente entre educadores médicos clínicos y otros profesionales no médicos. Esto es de suma importancia para obtener una comprensión conjunta de la salud, la enfermedad, la enseñanza y los respectivos papeles dentro de la facultad de medicina.

Lo que se ha argumentado es especialmente importante cuando nos preguntamos por la realidad del mundo laboral de estos profesionales de la salud y, por extrapolación, del mundo educativo universitario multidisciplinar, en términos de la complejidad. El llamado que se hace quiere sacar a la medicina de la cerrazón en el que se encuentra, aceptando que “las ciencias de la salud se ven obligadas a contemporizar con las Ciencias Sociales y Humanas para incorporar recursos teóricos, conceptuales, herramientas que les permitan abordar la complejidad.” (Comelles, 2012, pág. 18).

Además, podemos plantear lo que ya es bien conocido, la razón de ser de las humanidades y ciencias sociales en la medicina y en la educación médica, en el sentido de que conllevan una serie de elementos que podrían ser de beneficio, entre los cuales podrían estar: el razonamiento abductivo, lo subjetivo, la incertidumbre, las experiencias, los contextos sociales y culturales, el abarcamiento historiográfico, los

juicios de valor personal y profesional, etc. Todos estos beneficios, en última instancia, se contraponen saludablemente a las objetivaciones, determinismos y las certezas de un tipo de pensamiento científico reduccionista. Por su parte, Viola y Ricci (2012) insisten en que las humanidades médicas tienen un papel concreto en la educación médica, que consiste en aportar competencias en relación a la clínica como habilidades comunicacionales, emocionales y sociales.

Lo que se ha dicho hasta aquí es una incitación para entrar en un proceso de modificación del plan de estudios, retomando las propuestas de introducir las humanidades médicas en el currículo médico de pregrado (2009). El problema es que cuando se cuenta con ciertas unidades o programas dedicados a las Humanidades, a las Ciencias Sociales o a las artes, se suele tratar de una modalidad de “currículo paralelo” (Conde Caballero, 2012, pág. 135), separadas del currículo real (Shapiro, Coulehan, & Wear, 2009).

Esto se justifica debido a que la educación médica en la actualidad tiene tres rasgos principales: es mecanicista, es decir, considera al cuerpo como una máquina que debe ser reparada; se insiste en lo lineal, es decir, insiste en encontrar una causa o crear un efecto; y, por sobre todo, es jerárquica, considerando siempre al médico como experto (Shapiro, Coulehan, & Wear, 2009). De estas mencionadas características de la educación médica, y también de otras de la medicina, emergerán algunos problemas que impiden a las humanidades médicas y a la medicina narrativa una participación plena en los currículos. Además, esta multiplicidad de problemas será revisada en un apartado posterior.

Ahora bien, muy aparte de estas dificultades, persiste la necesidad de replantear el papel de las humanidades médicas y de la medicina narrativa. El inconveniente que se evidencia es que no existe, al menos en nuestros contextos, una fundamentación teórica de las contribuciones de estos dos campos para la educación médica. Dicha teorización, a modo también de justificación, es de suma importancia, sobre todo para lograr una mejor comprensión de la urgencia por introducir estos campos en los currículos médicos, evitando así ambigüedades en cuanto a sus razones de ser y sus roles en la formación integral. Otro inconveniente, muy parecido al anterior, es que no existe un modelo conceptual de estas contribuciones. Lo que puede ser importante a la hora de decidir del conjunto de las humanidades médicas, qué disciplina o qué arte debe ser

introducido en el currículo para su ejecución y porqué, siendo planteadas las mismas interrogantes para el caso de la medicina narrativa.

Por encima de todo, esta deuda teórica y la ausencia de un modelo conceptual son importantes porque impiden que las humanidades médicas y la medicina narrativa sean valoradas en la educación médica. Si no se conoce con claridad cuáles son sus contribuciones, entonces no se podrá respaldarlas. Estamos dispuestos a ofrecer un marco conceptual consistente, para lo cual hacemos la lectura de las teorías que en los últimos años se han venido desarrollando en cada uno de estos campos. Pero también hacemos el estudio de dos casos: el de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (FM-PUCE) y el de la Carrera de Medicina de la Pontificia Universidad de Cali (CM-PUJ Cali), instituciones que han desarrollado algunos componentes curriculares relacionados con la medicina narrativa o las humanidades médicas. La comprensión de las experiencias de estos dos centros de estudios puede resultar en nuevos aportes conceptuales y metodológicos, elementos que nos permitirán complementar un modelo conceptual conjunto.

2. Preguntas de investigación

Las preguntas que animan nuestros propósitos de realizar este modelo conceptual en base a algunas teorías y a estos dos casos podrían ser: ¿cómo pueden contribuir las humanidades médicas y la medicina narrativa a la educación médica? y ¿cómo aportan los procesos de enseñanza-aprendizaje de los componentes curriculares relacionados con las humanidades médicas y la medicina narrativa a la formación de los estudiantes, tanto en la FM-PUCE como en la CM-PUJ Cali?

Estas preguntas son necesarias para indagar una tendencia cada vez más creciente por instaurar la enseñanza de las humanidades médicas y la medicina narrativa, rasgo de una educación médica integral, y que se ha venido dando en países anglosajones (Bleakley A. , 2015) (Charon, 2013); pero que también se ha estado dando, hace ya varios años y de forma incipiente en otros, en nuestros países latinoamericanos (Viola & Ricci, 2012) (Acuña, 2003) (Mora Anto, Flórez, & Rovetto, 2015). Las facultades de medicina de esta parte del mundo deberían buscar una forma de colaborar para desarrollar una

postura conjunta de su concepción del humanismo en la educación médica, no en el sentido clásico, sino más bien en el sentido de ser un “compromiso radical con el hombre concreto⁶ (...) de la transformación de cualquier situación objetiva en la cual el hombre concreto este siendo impedido por ser más” (Freire , 1967, pág. 46). Es por esto que la educación médica en América Latina requiere un salto también hacia su humanización, hacia ser más humana y mejor, hacia su fin último, el formar un ser humano, el médico, para otro ser humano, el paciente. Este es el desafío educacional de trascendencia.

Pero esto resulta en extremo complejo si no se determina con claridad los obstáculos que deben superar campos como las humanidades médicas y la medicina narrativa antes de reclamar una mayor participación en la formación de los médicos. Por tanto, sería pertinente tratar con cierta extensión los posibles problemas a los que se enfrentan las humanidades médicas y la medicina narrativa, problemas para los cuales ellas mismas pueden representar una solución.

3. Los múltiples problemas que se relacionan con esta investigación

3.1. Los problemas para introducir las humanidades médicas y la medicina narrativa en el currículo

Las humanidades médicas y la medicina narrativa son dos campos interdisciplinarios que han venido interviniendo en la educación médica de varios contextos educativos a nivel global. Escuelas y facultades de medicina de todo el mundo han acogido en sus respectivos currículos contenidos tan variados como las disciplinas de las que derivan; disciplinas clásicas tales como la Historia y la Filosofía, la relativamente reciente Bioética, las Ciencias Sociales y las Artes, todas hacen parte del conjunto de las humanidades médicas (Sánchez Martín M. , 2014). Este grupo de saberes y prácticas tan

⁶ Aquí debe entenderse que Freire habla del “hombre” en términos generales como sinónimo de humanidad. Sin embargo, al decir él: “compromiso radical con el hombre concreto”, es justamente por este atributo de concreto que incurriría en una contradicción al ignorar la concreción del género en su decir. Es por esto que por mi parte añadiría: y con la mujer concreta.

dispar, en clara consonancia con sus miembros, tiene su origen puntual en la Norteamérica de finales de los 60 (Fox, 1985), pero una expansión inmediata difusa. Si bien es cierto que hoy en día existe un consenso de cuál es el rol de las humanidades médicas en la formación de los profesionales sanitarios, no está del todo claro cuál es la pedagogía específica de las humanidades médicas.

Por otro lado, la medicina narrativa, en cuanto proyecto más bien restringido en sus inicios a la Universidad de Columbia en New York (Charon, 2007), prácticamente ha logrado expandir sus fronteras hasta llegar a ser un campo académico reconocido de la medicina a nivel internacional (Charon, 2013). Muchas facultades de medicina y también centros asistenciales de todo el mundo están comenzando a implementar programas de medicina narrativa, en gran parte porque este nuevo campo tiene la ventaja de estar bien fundamentado teóricamente, haberse desarrollado en la práctica por algunos años y haber generado la suficiente evidencia. Algunos proyectos evaluativos y de investigación para determinar su eficacia son muestra de esto (Mille, y otros, 2014). En este caso de la medicina narrativa, contrariamente a lo que sucede en las humanidades médicas, es posible hablar ya de una pedagogía específica.

Al haber surgido ambos movimientos en el contexto norteamericano como respuesta a ciertas condiciones históricas y políticas (Fox, 1985), es natural que su desarrollo posterior haya sido facilitado y que su consolidación en ese contexto sea en la actualidad un hecho consumado; llegándose a exportar, como bien señalábamos, a otros países, incluyendo los latinoamericanos (Viola, & Ricci, 2012) (Acuña, 2003) (Charon, 2013) (Mora Anto, Flórez, & Rovetto, 2015). No obstante, esto no ha significado un posicionamiento sin resistencias y un trascurso sin la presencia de dificultades y conflictos, algunos de los cuales permanecen aún sin resolver. Para evitar abrir demasiado el abanico de posibilidades con respecto a estas problemáticas, nos centraremos en aquellas que incumben específicamente a la educación médica.

Los principales problemas que quisiéramos abordar son los relacionados a las críticas hechas, en especial a las humanidades médicas, con respecto al papel que tienen en formación de los médicos⁷; lo que Shapiro *et al.* (2009) designan como los

⁷ Para efectos prácticos de esta revisión de las problemáticas relacionadas a la integración curricular asumimos que la medicina narrativa es parte de las humanidades médicas, aun cuando no sean lo

“descontentos”, puesto que no terminan de calar en la comunidad educativa de la medicina. Pero también quisiéramos tratar las complejidades que implica la integración curricular de estas disciplinas, es decir, un asunto limitado al espacio del currículo. Estaríamos asumiendo de esta forma la amplitud de estas problemáticas debido a que tenemos una concepción amplia del currículo.

Para comenzar, estas problemáticas y conflictos con respecto a la ambigüedad del rol de las humanidades médicas en la educación médica de pregrado se reflejan de muchas maneras, por ejemplo, pueden demostrarse empíricamente por el bajo número de horas dedicadas a estas asignaturas en el plan de estudios de las diferentes escuelas de medicina. Goic, Florenzano y Velasco (1985) comprobaron esto con una investigación acerca de la formación humanística y psicosocial en el pregrado de seis facultades de medicina de Chile, analizando sus mallas curriculares y el número de horas dedicadas a este tipo de asignaturas. Estos autores encontraron que sólo el 6% de horas curriculares totales se designan al estudio de las Humanidades y/o las Ciencias Sociales.

En total concordancia con esto, un análisis reciente del plan de estudios de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad del Ecuador sobre el número de horas de teoría y práctica en cada eje curricular pone en evidencia la misma realidad. El eje médico biológico, que corresponde a las asignaturas de ciencias básicas y áreas clínicas, cuenta con un total de horas de teoría y práctica de 3289, distribuidas en los doce niveles de la carrera; mientras que el eje Psicosocial, donde se encuentran las diferentes áreas y asignaturas que podrían considerarse dentro de las humanidades médicas, tiene un total de 640 horas distribuidas en los doce niveles, lo que corresponde al 9.8% del total de horas de la carrera (Arévalo, 2016).

Estos datos demuestran la pobre comprensión que se tiene con respecto a la formación humanística en la medicina, algo que se refleja en el hecho de que esta formación siga manteniendo una posición marginal en los currículos y planes de estudio (Shapiro, Coulehan, Wear, & Montello, 2009). Pero para poder hacer un análisis a profundidad de las causas subyacentes a este fenómeno; lo que además nos podría dar una mejor idea de lo que realmente se mueve en las interacciones conflictivas entre estos dos tipos de saberes, el humanístico o científico social y el biomédico, es necesario explorar en

mismo. Por ende, cuando hagamos referencia a las humanidades médicas debe entenderse que también nos referimos a la medicina narrativa.

detalle algunas situaciones allende de los porcentajes y números de horas asignadas a cada uno de estos saberes en el currículo.

Squier (1998) (citada en Carrió, 2007), muy tempranamente, cuando el movimiento de las humanidades médicas cobraba fuerza en el Reino Unido, ya advertía de las dificultades tanto filosóficas como barreras institucionales y personales que impedían implementar este tipo de conocimiento en las facultades de medicina. De igual forma y más de una década después, un grupo de renombrados académicos en este campo (Shapiro, Coulehan, Wear, & Montello, 2009) publicó un ensayo tratando de asumir las críticas realizadas a las humanidades médicas. Dicho ensayo, por demás influyente, lo hicieron centrándose en las percepciones mayoritariamente negativas que de ellas poseían los estudiantes, así como en la experiencia de algunos de los autores.

Esto último puede generar algunas resistencias al no ser una investigación empírica que ofrece datos sistematizados, pero por más que el mencionado artículo haya sido respaldado simplemente por la experiencia práctica de estos autores -que también son profesores de humanidades médicas en varias escuelas de medicina-, y de que su análisis se haya basado en lo que “escuchaban” de parte de los alumnos y en sus propias anécdotas, el aporte que genera no es más que la puesta por escrito de lo que ya se venía conociendo desde los primeros intentos por introducir las humanidades médicas dentro del plan de estudios de medicina. Con todo y lo anterior, este grupo de estudiosos admite que puede haber críticas legítimas, aunque lo que en verdad les llama la atención son esas críticas hechas sin fundamentos que, en última instancia, es a lo que quieren responder.

Asimismo, y en una línea similar, se ubica el monográfico de Petracca (2013) que examina las complejidades de la integración de las humanidades en el currículo médico. Se trata de una investigación, un estudio de caso del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires (IUHIB), en donde se utilizaron como métodos de recolección de datos entrevistas a profundidad realizadas a estudiantes y profesores de la carrera de medicina de dicho instituto, así como observación participante de las actividades en el aula. La unidad de análisis fue el currículo del instituto, una propuesta innovadora según sus diseñadores porque posee un eje transversal de humanidades a lo largo de los seis años que dura la carrera.

Para contextualizar, dentro del plan de estudios y de este eje constan las asignaturas denominadas como Ciencias Humanas (I-VI) y que incluyen los sub-ejes temáticos correspondientes a disciplinas tales como Psicología, Antropología, Historia de la Medicina y Bioética, las mismas que son distribuidas en los 6 años del pregrado (Pace, 2008). Los resultados de esta investigación revelan problemáticas semejantes a las planteadas por Shapiro *et al.*, siendo que corresponden a contextos muy diferentes, lo que confirmaría la validez de ambas posturas en cuanto a las dificultades que siguen teniendo las humanidades médicas y la medicina narrativa para participar en el juego de la formación médica.

A continuación, se describen los problemas percibidos e investigados en estas dos fuentes, teniendo en cuenta que también coexisten particularidades que denotan la diferencia entre uno y otro caso. No obstante, estas semejanzas y diferencias refuerzan la defensa de las humanidades médicas frente al intento de ser amainadas por una cultura médica en la que predomina un paradigma biomédico fuerte, tal como veremos más adelante.

3.1.1. Problemas relacionados con los contenidos y su legitimidad

El primer y principal problema que habría que tratar podría referirse a los contenidos de las humanidades médicas, en todo sentido problemáticos, o peor aún, carentes de sentido para la formación de un médico. Este es uno de los cuestionamientos que Petracca (2013) descubre tienen los estudiantes del IUHIB y que Shapiro *et al.* (2009) también dicen haber encontrado en su experiencia docente. Estos últimos autores mencionan que las humanidades son blanco de críticas justamente porque “no pueden proporcionar a los estudiantes de medicina habilidades concretas (como el aprendizaje de cómo colocar una intravenosa) que son útiles en la práctica clínica.” (Shapiro, Coulehan, Wear, & Montello, 2009, pág. 193). De lo anterior destaca la percepción que tienen los estudiantes de la *relevancia* de ciertos contenidos para su formación específica, en este caso para la idea que tienen de lo que *es* y en *qué* consiste la formación de un médico.

Los argumentos en contra de los contenidos de las humanidades médicas se refieren a que este tipo de saberes poco o nada tendría que ofertar al médico en formación; pero incluso y, aun de lo poco, tampoco es que se sepa con exactitud cuáles podrían ser las posibles contribuciones de adquirir este conocimiento para la práctica de la medicina. Lo único que se tiene es una idea vaga de que algunos contenidos pertenecientes a las humanidades médicas pudieran ser de utilidad en un futuro que por lo pronto se avizora como lejano (Petracca, 2013).

Seguidamente trataremos de desmenuzar estos argumentos contrarios en algunos de sus puntos álgidos, intentando al mismo tiempo circunscribirnos todavía al dominio de los contenidos. En general, la percepción que se tiene de los contenidos de las humanidades médicas es que carecen de practicidad, y esto determina a su vez el poco interés que le ponen los estudiantes a la materia o elemento curricular cursado. Pero ¿cómo entender mejor este desinterés? Petracca (2013) lo relaciona con la legitimidad que posee la biomedicina y la no-legitimidad de cualquier otro tipo de saber o práctica no biomédica. De acuerdo con esta investigadora, para los estudiantes de medicina “lo que se entiende como *útil* en términos prácticos es percibido como legítimo y como herramienta a incorporar en su educación.”⁸ (pg. 90-91).

Utilidad-practicidad se convierten así en categorías esenciales para comprender cualquier valoración de los contenidos, aunque no podrían explicarse del todo sino se recurriera a la categoría mayor de la legitimidad. En otras palabras, ciertos contenidos son percibidos como prácticos y útiles para la formación del médico no por una cuestión gratuita, sino porque los juicios de valor y, en definitiva, la postura práctica adoptada, se deben a la legitimidad que tiene el saber biomédico por sobre otros tipos de saberes. Empero, Petracca especifica que existen diferentes grados de legitimidad, siendo las categorías principales para entender la variabilidad en la legitimidad las mismas categorías antes mencionadas de la utilidad-practicidad.

En la investigación realizada por Petracca (2013) se distinguen claramente las variaciones de legitimidad que tienen las disciplinas pertenecientes a los ejes de Ciencias Humanas del IUHIB. A propósito de esto, la investigadora señala:

⁸ Énfasis en el original.

Los ejes correspondientes a Bioética y a Psicología abordan problemáticas que son percibidas por parte de los alumnos como más ‘cercanas’ a la medicina. En Bioética, por ejemplo, cuestiones vinculadas con el *consentimiento informado*, las *directivas anticipadas* o bien, conceptos ligados al final de la vida como *eutanasia* o *retiro del soporte vital* aparecen en las expresiones de los alumnos, como temas con los que tendrán que enfrentarse cuando ejerzan la profesión. En Psicología, aparecen temáticas como la *psicoprofilaxis quirúrgica*, o la *comunicación de malas noticias* que, para los alumnos, integran el repertorio de lo que *un médico tiene que saber.*” (...) *Antropología*, tal como reconocen los docentes y como se hace manifiesto en la práctica dentro del aula, suele ser la más cuestionada. Los temas que trabajan son percibidos como ‘inadecuados’ por parte de los alumnos. Por otro lado, se observa una diferenciación al interior del eje Antropología. Donde el saber de índole ‘académico’ propio de la disciplina es cuestionado por ser considerado inadecuado para los estudiantes de medicina, aunque consideran legítimo, en términos de *utilidad*, el aporte del *enfoque antropológico* para la práctica médica. Cabe señalar que el enfoque antropológico aparece mencionado positivamente en términos generales, pero negativamente cuando adopta una modalidad concreta, esto es, en un tipo de herramienta metodológica, o en un tipo de texto, como el etnográfico, propio de esa disciplina. (pg. 90-95).⁹

Como puede apreciarse, la disciplina que genera mayor resistencia y que tiene un bajo nivel de legitimidad en el caso analizado por Petracca (2013) es la antropología. Esto pudiera deberse al hecho de que el modelo biomédico ha excluido todo lo correspondiente a las dimensiones sociales y culturales de los procesos de salud-enfermedad-atención. Sin embargo, esta legitimidad disminuida se da a pesar de que medicina y antropología comparten más de lo que aparentan. Un ejemplo es que el saber antropológico, especialmente la etnografía, se mire como cercano a la práctica clínica de la entrevista y la escucha. De hecho, en una instancia temprana de indiferenciación de las disciplinas, la medicina consistía en “un proyecto holístico de estudio del hombre que implicaba las distintas facetas del ser humano desde la anatomía comparada a la etnología” (Comelles, 2012, pág. 13).

Claro que la hiperespecialización dentro de la medicina y los intentos de la modernidad por mantener la pureza de las disciplinas han contribuido a la separación insalvable entre estas dos disciplinas, abismo que se revela en las posturas de los estudiantes del IUHIB quienes consideran a los saberes clásicos de la antropología, tales como la etnografía, como un tanto extraños a su práctica profesional (Petracca, 2013). “Aparecen así estas visiones contrapuestas entre *qué es médico* y *qué no*, las que se expresan en forma de valoraciones negativas, rechazo, hartazgo o dificultad expresadas

⁹ Énfasis en el original.

por los alumnos, para la comprensión de los contenidos y de los instrumentos metodológicos propuestos en dicha materia.” (Petracca, 2013, pág. 96)¹⁰.

En definitiva, Petracca (2013) atribuye esta visión negativa que tienen los estudiantes de medicina y algunos de los profesores médicos con respecto a los contenidos de las Humanidades y las Ciencias Sociales a la falta de legitimidad que tiene todo saber distinto al biomédico, insistiendo una y otra vez en este punto. En otras palabras, el conocimiento propio de la biomedicina y la clínica, como saber legítimo instituido a lo largo de la historia, desestima cualquier intromisión epistemológica, haciendo que los estudiantes duden de los contenidos de estas disciplinas porque no representan la visión del mundo legítima para el campo de la medicina.

Por el contrario, la legitimidad lograda por la biomedicina haría que esta sea aceptada y naturalizada por aquellos que participan o deciden participar del campo médico. La noción de legitimidad se percibe entonces como indispensable para entender las discriminaciones a las que se ven sometidos los muchos saberes que no pertenecen al conocimiento científico-biomédico. Si bien el problema procede de mucho antes, de la construcción histórica de la legitimidad sobre el saber del cuerpo y de los procesos de salud-enfermedad por parte de la clínica, tal como puede leerse en Foucault (1996), mientras que la formación médica se erigió como la instancia de reproducción de dicha legitimidad.

Pero el nivel de análisis de Petracca (2013) se hace mucho más refinado cuando introduce, tomándolo prestado de Bourdieu, el concepto de *habitus*. La novedad que trae introducir este concepto es que permite explicar algunas de las tensiones producidas entre lo que es propiamente médico y aquello que se coloca fuera de este campo profesional. La razón es que la noción de *habitus*, tal como lo concibe Bourdieu, está íntimamente ligada a la acción práctica cotidiana del sujeto, y estrechamente atada a lo corporal, pues, en esencia, se construye como lo que reviste al agente de la acción práctica, el “hábito” que lo cubre. En este sentido, el *habitus* médico sería todo aquello que el estudiante de medicina incorpora, instalándose también los saberes aprendidos durante la formación como parte constitutiva de ese *habitus*.

¹⁰ Énfasis en el original

De esta forma, los conocimientos biomédicos son trasladados a la práctica como un modo de *ser-hacer* que caracteriza lo médico, las posibilidades de acción, esquemas de pensamiento y representaciones acordes con este *habitus* específico. Según Petracca (2013), la incompreensión de los saberes provenientes de las humanidades y las ciencias sociales, profundamente arraigada en los estudiantes de medicina, se debe en gran parte a que su *habitus* delimita lo que pueden pensar y conocer. En términos semejantes: “Aquellas cuestiones que escapan a esa visión del mundo, como podrían ser los saberes antropológicos, no pueden ser asimiladas o pensadas ya que el hábitus no lo posibilita.” (Petracca, 2013, pág. 97).

En la otra acepción que se le puede otorgar al concepto de *habitus*, aquel más bien relacionado con la clase y el capital, Petracca (2013) asume la idea de que al pungir los estudiantes por adquirir los capitales necesarios para el ingreso al campo profesional y social de la medicina, en realidad estarían desarrollando distintas estrategias de juego e inversiones que también podrían explicar la opción por la biomedicina y no por las humanidades o las ciencias sociales. El *habitus* en este caso estaría considerado como el medio idóneo por el cual se asegura el éxito profesional y los consecuentes beneficios que este trae. Ventaja que está más asegurada en tanto en cuanto se profundice los sistemas de pensamiento biomédicos y se logre una subespecialización, dejando a un lado lo concerniente a lo humanístico y social de la profesión.

En consonancia con las disquisiciones elaboradas por Petracca (2013) en base a teorías de autores importantes como Bourdieu, Conde (2012) agrega algunos conceptos de otros autores críticos –Foucault y Gramsci- para analizar lo que él concibe como el poder y las exclusiones formativas en las Ciencias de la Salud. Para Conde, son particularmente importantes los conceptos gramscianos de hegemonía y subalternidad para entender estas dinámicas, especialmente en el ámbito formativo. Tal como este autor lo admite, si “toda relación de hegemonía es una relación pedagógica”, es por tanto indispensable pensar la formación de los profesionales sanitarios como posibilidad contra hegemónica. No obstante, lo que aquí nos interesa resaltar es la interpretación en el sentido opuesto, es decir, la hegemonía que alcanza la medicina y el modelo biomédico sobre otros paradigmas y prácticas, gracias, entre otras cosas, a una estructura que incluye las universidades y gremios profesionales.

Es así que el modelo biomédico se erige como el absoluto obtentor de la hegemonía; y sus saberes, que excluyen en el ámbito formativo a los saberes que no se le someten, adquieren la legitimidad que les permite seguir reproduciendo el sistema hegemónico (Conde Caballero, 2012). La lectura de Conde es amplia porque considera que esta hegemonía de la medicina, como saber y como grupo social, está dada principalmente por esas estructuras que la garantizan, entre las que están las instituciones educativas, escuelas y facultades de medicina que reproducen el modelo biomédico. De esta forma no sólo se asegura la hegemonía, sino que también se legitiman ciertas prácticas y saberes por más reduccionistas que fueren, convirtiendo a los otros saberes sociales y humanísticos, así como a las prácticas alternativas, en subalternos.

3.1.2. Problemas relacionados con los docentes

Pero retomando las discusiones sobre los problemas que implica introducir las humanidades médicas en los currículos de las facultades de medicina, procedemos ahora a analizar aquellos relacionados con los docentes, los mismos que siguen liados con las disputas sobre la legitimidad de los contenidos. Es así que también se produce una disputa por la legitimidad entre los docentes representantes de los distintos saberes, en términos generales, se podría decir que esta disputa se ocasiona entre docentes médicos y no médicos.

Aquí, además, vuelve a cobrar importancia el concepto de *habitus*, pero en el sentido colectivo como *habitus* de grupo, ya que los médicos que lo poseen son considerados autoridad legítima en la transmisión y en el ejercicio del saber profesional, y son quienes establecen y validan qué saber es importante para la formación del médico. En estas disputas se evidencia la jerarquía entre unos y otros, estando los profesores de materias humanísticas y sociales siempre subordinados, incluso en un nivel de autoridad simbólica. Por el contrario, los docentes de las materias ‘clásicas’ de la medicina, atribuyen mucho valor al saber que enseñan, siendo esto captado sin discusiones por los estudiantes, cosa que no pasa con la transmisión de los contenidos no-biomédicos. Es más, los docentes de las humanidades médicas suelen ser muchas veces refutados (Petracca, 2013).

Las críticas realizadas a estos docentes se sostienen en la idea de que no se han desenvuelto en el escenario clínico por el hecho de no ser médicos y, por tanto, no entenderían las implicaciones reales de lo que intentan enseñar (Shapiro, Coulehan, Wear, & Montello, 2009). Efectivamente, la legitimidad de los docentes de las humanidades y ciencias sociales, ya no sólo de los contenidos, tiende a ser cuestionada en las facultades de medicina. En el caso estudiado por Petracca, por ejemplo, estos cuestionamientos tienen connotaciones negativas, pero también algunas positivas. Las visiones negativas sobresalen en las observaciones que hace la investigadora al verificar que los reclamos de los alumnos con respecto al contenido, o al material didáctico de la materia, hacen que la docente de Antropología ceda frente a las presiones, algo que no sucede con las otras asignaturas clínicas que también son examinadas en la investigación.

Para Petracca (2013) esto “es una expresión del lugar subordinado en el que se ubica dicha materia, y de la dificultad que implica para estos docentes, construir y sostener un lugar de legitimidad en el plan de estudios de la carrera.” (pg. 131). Por otro lado, las reclamaciones de los estudiantes y sus inquietudes con respecto a la materia pueden resultar positivas, o al menos esta es la percepción que tienen los profesores entrevistados por Petracca. En especial porque consideran que las discusiones y las negociaciones que se producen con los estudiantes pueden dar cabida al diálogo como una posibilidad de acercarse a sus opiniones, lo que abre las puertas para un acuerdo; no parecen ser vistas como una debilidad o como un lugar cedido.

Como un acápite aparte, cabe señalar una situación muy especial y única del estudio de caso efectuado por Petracca (2013). Esta investigadora pudo descubrir que el gran énfasis concedido a las humanidades dentro del currículo del IUHIB se debe al otorgamiento, hasta cierto punto condescendiente, de la legitimidad a estos saberes por una personalidad reconocida y de una alta jerarquía que así lo dispuso desde los orígenes de la institución. Sólo de esta forma se ha podido mantener el plan inicial por más resistencias que pudieran haber surgido. Esto abre un debate aún mayor, puesto que se posiciona en las esferas de poder y de decisión política, aunque esto no asegure necesariamente el impacto de los esfuerzos educativos de las humanidades médicas.

3.1.3. Problemas relacionados con la estructura del currículo, la evaluación y la integración

Otros problemas abordados tanto por Petracca (2013) como por Shapiro *et al.* (2009) atañen a situaciones limitadas al currículo y su estructura. Si determinadas facultades o escuelas de medicina muestran en sus marcos institucionales un interés explícito por las humanidades médicas, como es el caso del IUHIB, entonces el conflicto viene por establecer en qué momento sería óptimo ubicarlas, antes o durante la fase de la formación clínica o si estos contenidos deberían ser electivos u obligatorios (Shapiro, Coulehan, Wear, & Montello, 2009).

En lo que respecta a la opcionalidad, los estudiantes son de la opinión de que estas asignaturas, sean Humanidades, Ciencias Sociales o artes, deban ser colocadas como electivas, pues consideran que debe existir una especie de afinidad para poder optar ellas (Shapiro, Coulehan, Wear, & Montello, 2009). En un sentido contrario, aunque estas asignaturas se dispongan como obligatorias, la obligatoriedad no es condición suficiente para la producción de un consenso en torno a lo que se define como pertinente para la formación (Petracca, 2013).

El dilema del sitio de las humanidades médicas dentro del currículo puede acabar fácilmente en una tautología, como bien se puede demostrar a continuación. Si se argumenta que estas asignaturas no pueden ser colocadas en los primeros niveles, puesto que estarían muy lejos de la formación clínica, instancia en la cual podrían ser de provecho, se ratificaría que su lugar está en los últimos años. A no ser que, si, por el contrario, dichas asignaturas se instalan en esta fase formativa, se argumente que los estudiantes están demasiado ocupados en su aprendizaje clínico y dispersos en las varias rotaciones como para prestar atención a las materias humanísticas y sociales. Tal como lo plantean Shapiro *et al.* (2009), lo que ellos llaman “la crítica estructural”, este debate puede caer en un sinsentido si se llega a la conclusión de que el lugar de las humanidades médicas parece estar en ningún sitio dentro del plan de estudios.

Por otra parte, parecen existir problemas más concretos como los que se relacionan con las formas de determinar los contenidos, muchas veces sin seguir ningún método en específico; o los relacionados con la adecuación de los textos, la bibliografía, los

materiales y recursos didácticos, muchos de ellos percibidos como inadecuados. Esto a su vez se conecta con los problemas derivados de las formas de evaluación, momento que genera muchos choques entre alumnos y profesores (Petracca, 2013). De una forma semejante, Petracca y Shapiro *et al.* coinciden en cuanto a resaltar que los conflictos relacionados con la evaluación son de vital importancia para comprender las problemáticas que se han venido explorando a lo largo de este apartado. Petracca (2013) describe cómo, en múltiples ocasiones, el asunto evaluativo genera debate y provoca actitudes reaccionarias en contra de los saberes de tipo humanístico y social. En el caso del IUHIB, lo que los estudiantes demandan es la reducción de la cantidad de horas que se le asigna al eje de Ciencias Humanas en la planificación.

Algo parecido dicen hallar Shapiro *et al.* (2009), según su experiencia, estos autores han escogido el nombre de la “regla de las mitades” para denominar lo que hacen los estudiantes que solicitan una disminución del número de horas. Esta regla significa que los estudiantes piensan que el programa sería más eficaz (y más valorado por ellos) si se enseñara en la mitad del tiempo. Por otro lado, si el plan de estudios incluye un alto contenido de humanidades médicas (conferencias densas, y un montón de lecturas), es criticado por ser demasiado abrumador. La contradicción raya de nuevo en lo absurdo cuando se considera que, si los programas incluyen poco contenido (grupos pequeños, proceso orientado) y bajo número de horas, serían merecedores de críticas asiduas por ser nada relevantes y sin ningún peso real en la formación (Shapiro, Coulehan, Wear, & Montello, 2009). No hay un acuerdo sobre si mucho o poco significa lo justo, porque parecería que las dos opciones están erradas.

El problema con la evaluación también residiría en que la mayoría de estudiantes entran a la escuela de medicina habiendo idealizado a la profesión como objetiva, guiada por la búsqueda científica, y basada casi exclusivamente en el conocimiento de hechos y habilidades técnicas. En la etapa formativa esto se ve reforzado por las asignaturas de ciencias básicas y, más tarde, por una cultura hospitalaria y un ambiente cuasi-científico que valora la experticia técnica por sobre las pericias interpersonales (Shapiro, Coulehan, Wear, & Montello, 2009). En consecuencia, no sería justo que los estudiantes fueran evaluados en algo que no esperaban desde un comienzo. Petracca (2013) detecta lo mismo en relación con los estudiantes del IUHIB; si bien estos, al menos los entrevistados, se encontraban informados sobre el proyecto institucional que concede

bastante importancia a las Ciencias Humanas, aunque tampoco esta fue razón suficiente para que dejaran de manifestar su disgusto con ciertas evaluaciones que no compartían.

Otras de las ya típicas críticas a humanidades médicas tienen que ver con considerarlas como algo menor, minusvalorando todo lo que representan para la educación médica. Sin llegar hasta el ninguneo, se mantiene la idea errada, a modo de prejuicio, de que las humanidades sirven sobre todo para un enriquecimiento cultural. Además, este error se repite cuando se asocia estos contenidos sociales y humanísticos con lo ‘moralmente correcto’ (Petracca, 2013), cuestión que se revela en el discurso de la mayoría de los estudiantes entrevistados por Petracca.

La formación en estas disciplinas aparece ligada al hecho de considerarlas útiles para llegar a ser una “buena persona”, lo que no contribuye en nada a la necesidad que tienen estas disciplinas de ganar mayor legitimidad. Esta última aseveración se pone en tela de duda cuando se establece que la mayoría de los estudiantes no consideran que haber cursado una asignatura de humanidades médicas les haya ayudado en cuanto a la empatía, la compasión, el altruismo u otros valores asociados a estas asignaturas, debido a que consideran que son valores que ya vienen dados desde antes de la formación universitaria. Algunos estudiantes perciben que los cursos de humanidades pretenden la formación del carácter, aunque al mismo tiempo creen que sus personalidades no tienen necesidad de una mayor formación (Shapiro, Coulehan, Wear, & Montello, 2009).

Finalmente, y sin lugar a dudas, el problema de seriedad que encaran las humanidades médicas es la dificultad de la integración con la práctica clínica. Petracca (2013) lo descubre como la imposibilidad para conectar los contenidos de estas disciplinas trabajados en el aula con lo que se espera que los estudiantes retomen y efectivicen una vez se enfrenten al paciente y a su rol de médicos practicantes. Como un motivo para que esto se produzca de acuerdo con lo investigado en el IUHIB, se demuestra que el saber vinculado a las humanidades médicas es tomado por parte de los docentes mediante una perspectiva ‘proyectual’, con la intención de anticiparse a lo que sucederá en el marco del ejercicio de la profesión, en la práctica de hospital.

Esto quiere decir que los contenidos humanísticos y sociales del aula, en parte para que cobren sentido y no queden sueltos, se vaticinan como indispensables a la hora de la acción práctica, especialmente en los momentos relacionales que el médico debe encarar; permaneciendo a fin de cuentas de un modo supuesto, hipotético, ya que estos

docentes no son capaces de dar fe de que así efectivamente sucederá en el futuro. Este enlace ficticio se muestra vulnerable ante cualquier refutación y genera no pocas sospechas con respecto a su veracidad. Sin embargo, y a pesar de que esta medida proyectual sirva para justificar algunos contenidos en la formación, esto generaría otros problemas sobre añadidos para los docentes. Petracca (2013) lo expresa de la siguiente manera:

Es decir, los docentes trabajan a partir de buscar una reflexión de la propia profesión que implica para los alumnos reflexionar y proyectarse en una situación en la cual aún no se encuentran. La intención de los docentes de anticiparse a lo que sucederá en el contexto de la práctica médica genera la dificultad de establecer qué bibliografía y/o ejercicio práctico en el aula, transmite aquel saber que se incorporará en la práctica así como el modo de transmitir un saber ligado a la experiencia y, por último y en estrecha conexión con lo anterior, cómo evaluar un saber que se pondrá en juego en un terreno que no es el de aula sino el del ejercicio de la propia profesión y en ocasión de la interacción con los pacientes en el ámbito asistencial.

Todas estas dificultades pudieran acaso resumirse como la complicada tarea de traducir una instancia a otra, siendo la mayor dificultad la que implica traducir la experiencia de la práctica médica a una reflexión de tipo teórica presente en los contenidos a evaluar, recuperar lo que pasa en los consultorios y ambientes clínicos-asistenciales para trabajarlo y problematizarlo en el aula. Tal como puede verse, tratar de forzar este traspaso y quizá traducir lo intraducible es peligroso porque puede resultar no muy convincente.

Pero la proyectualidad también puede interpretarse de distintas formas por parte de los estudiantes que son quienes en realidad tienen la última palabra al respecto, y son en quienes recae el sopesar el acierto de dicha proyección. Así, en la investigación realizada por Petracca (2013) se pudo confirmar que los estudiantes suelen variar su valoración, a veces de un modo contradictorio. Consideran la proyectualidad como positiva cuando admiten que lo que están recibiendo en las aulas les va a ser de utilidad en el futuro mediato, en las prácticas pre-profesionales que es cuando se vuelve evidente para ellos que esos contenidos de las humanidades médicas tienen un rango de participación, aunque esta nunca es una asociación directa y totalmente clara. Y la consideran como negativa porque, mientras no llegue ese momento de constatación, siguen desmereciendo estos saberes, especialmente cuando la materia es pensada en el espacio del aula y en el marco del proceso de aprendizaje. Petracca (2013) por tanto concluye:

En tanto dicho escenario es aún lejano para los estudiantes, el saber humanístico representa una latencia a la espera de ser recuperado en el orden de la práctica. Hasta entonces, ocupa un lugar marginal, o, al menos, sujeto a críticas por parte de los alumnos, en particular, lo que refiere a la evaluación de las competencias propias de esa materia en comparación con aquellas que imparten en las materias ‘biomédicas’. (pg.79).

3.2. La tensión estructurante como dificultad central

Lo último dicho sobre el problema de integrar las humanidades médicas en el currículo guarda relación con otro gran obstáculo que complejiza las intenciones de construir este currículo ideal, inconveniente que vamos a exponer ahora mismo. Octavio Bonet, en su trabajo etnográfico *Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina* (Bonet, 1999), elaborado en base a la formación de los residentes de Clínica Médica en un hospital público de la Provincia de Buenos Aires, acuña el término “tensión estructurante” para describir lo que sucede en la medicina y la educación médica. Bonet (1999) define la tensión estructurante como aquella por la cual “los sujetos quedan colocados en una posición dividida entre lo que deben “hacer” para *saber* y lo que *sienten* al “hacer”.

Saber y sentir, esa es una manifestación de la tensión estructurante, que los sostiene, en la que se forman y la que, muchas veces, padecen.” (pg. 125)¹¹. Esta tensión estructurante no es para Bonet otra cosa que el resultado propiciado por el dualismo que afecta a la epistemología de la medicina, esto en el sentido de que la construcción del conocimiento médico partió de una clara demarcación dualista entre materia-espíritu, cuerpo-mente, sujeto-objeto. Como saber experto de índole anatómico, la medicina y la clínica se fueron avezando a la objetividad sobre las representaciones del cuerpo-máquina (Foucault, 1996), siendo favorecidas además por el fraguar de las ciencias positivas que no dejaban resquicio al saber complementario.

Sin embargo, por más científico que pretenda ser el conocimiento médico, tiene insoslayablemente que confrontarse con el conocimiento que podríamos tildar de *vulgar* de la humanidad y la experiencia del paciente. La medicina tiene por objeto de estudio al sujeto de la persona del enfermo, su cuerpo, pero no solo este, sino sobre todo su

¹¹ Énfasis en el original.

unicidad a veces fragmentaria. Aunque, de acuerdo con Bonet (1999), la totalidad del paciente y también la del médico (en referencia a las subjetividades de estos) quedan postergadas en pos de una visión compartimentalizada de la biomedicina como ciencia.

Para Bonet (1999), esta biomedicina “dualizante” se expresa omnipresentemente en los ámbitos de la medicina y su práctica, se establece en lo que podría ser tomado por lo “teórico” del conocimiento médico y se reproduce en la “práctica” clínica cotidiana, o en otras palabras, entre lo que Bonet llama la *medicina de libro* y la *medicina vivida*. La tensión estructurante se construye entre el “énfasis en el *saber* y en las prácticas guiadas por “*algoritmos*” y “*protocolos*” por un lado y la experiencia individual, la dimensión de lo vivido, del *sentir* por el otro”. (pg. 133). En síntesis, Bonet identifica dos dimensiones que entrarían en juego en la medicina y que harían parte de esta tensión, a saber: la dimensión científico-racional y la dimensión humano-pasional.

Esta misma tensión es identificada por Good y Good (1993) en una etnografía de similares características pero en un contexto distinto de una escuela de medicina norteamericana. De acuerdo con estos autores, lo que ellos denominan como la “oposición” se produce entre las nociones de competencia y la de cuidados. La primera estaría asociada al lenguaje de las ciencias básicas, de los conocimientos y de las habilidades clínicas, mientras la segunda sería asociada a las actitudes de compasión, de empatía, y aquello referido a los aspectos personales de la medicina. Esta concordancia en estas dos investigaciones, las cuales responden a dos contextos muy dispares, confirmaría que la tensión estructurante de Bonet es un fenómeno universal.

Ahora bien, la noción de tensión estructurante nos era funcional para nuestros propósitos de explicar las complejidades de introducir las humanidades médicas en los currículos de las facultades de medicina porque, como veremos, también se hace presente en las instancias curriculares. Si bien la tensión estructurante que describe Bonet (1999) se expresa preferiblemente en el momento “ritual” que se conoce como “pasaje de sala”, lo que vendrían a ser las rotaciones hospitalarias, es decir un momento práctico; según Petracca (2013), la inclusión de contenidos humanísticos en el plan de estudios de la carrera, como parte de la formación académica de los estudiantes, produce también la misma tensión, pero en un momento más bien ligado a los entornos de aprendizaje. Esta tensión, manifiesta en el contexto del aula, entre el saber ligado al conocimiento ‘científico’-profesional propiamente dicho, y el ‘humanístico’, ligado a lo emocional y

asociado al cuidado del paciente, es un fiel reflejo de la tensión estructurante descrita por Bonet.

Petracca (2013) además logra dibujar el ambiente tensionado del aula y de los entornos de aprendizaje, entre otras cosas por el *habitus* de los estudiantes sobrecargado del saber biomédico, como uno de los problemas más arraigados que debe superar cualquier esfuerzo por introducir las humanidades médicas en el currículo. En otras palabras, lo que hace Petracca es retomar la noción de tensión estructurante de Bonet, dada principalmente entre el saber y el sentir, o lo que es lo mismo, entre lo científico (profesional) y lo humano, para traspasarla al ámbito del currículo, entre los contenidos de ciencias (básicas y clínicas) y los de humanidades y ciencias sociales. Esto es un problema porque

(...) hasta tanto no llegue el momento de enfrentarse al paciente y vivenciar las contradicciones que genera posicionarse como profesionales desde un enfoque exclusivamente biomédico, persistirá cierta dificultad para comprender en su totalidad la propuesta pedagógica de los docentes de la materia Humanidades Médicas, al menos, hasta que no haya una verdadera integración de contenidos entre el conjunto de materias que forman el plan de estudios de la carrera de medicina. (Petracca, 2013, pág. 145).

Por último, quisiéramos aseverar que con el énfasis en la tensión estructurante no estamos insistiendo en la contraposición estéril entre ciencia y arte de la medicina (Solomon, 2008). Ninguna de las dicotomías, como ciencia médica – arte de la medicina, o Medicina Basada en evidencia (MBE) - Medicina Basada en Narrativas (MBN), son de utilidad para superar el eterno debate entre las dos culturas. En este punto nos ubicamos en la posición de Bleakley (2015), quien considera a las ciencias cargadas de componentes humanísticos y a las humanidades cargadas de componentes científicos.

3.3. Conflictos en relación a la búsqueda de evidencia o de “pruebas” del impacto de las humanidades médicas para la educación médica

En el ámbito de las humanidades médicas existen dos posturas hasta cierto punto antagónicas con respecto al valor que tienen estas disciplinas para la educación médica

(Bleakley A. , 2015). Por un lado, está el grupo de académicos que las defienden, que suelen ser los profesores e investigadores dedicados a este campo. Los miembros de este grupo por lo general también suelen pertenecer a otros campos profesionales distintos al de la medicina; aunque no siempre, pero sí están muchas veces ligados con las humanidades, las ciencias sociales y las artes. Además, como defensores de las humanidades médicas, no es que hayan quedado impasibles en la tarea de generar experiencias de su trabajo, sino que han generado una cierta cantidad de evidencia que demuestra el valor de las humanidades médicas en la formación de los estudiantes de medicina (Ousager & Johannessen, 2010). Esta evidencia es de diferentes tipos, tales como evaluaciones de programas curriculares, estudios de caso, investigaciones empíricas, reflexiones teóricas, comentarios y otras reflexiones con respecto al papel que tienen las humanidades médicas en este espacio formativo (Ousager & Johannessen, 2010).

En las antípodas de esta postura que ve en las humanidades médicas la panacea para algunos de los problemas de la medicina y de la educación médica se ubican los escépticos, quienes, bajo la sospecha de que estas disciplinas no tengan ningún impacto real en la formación de los futuros médicos, se resisten a aceptar la importancia que les suele ser otorgada, considerándola como exagerada (Bleakley A. , 2015). Para reafirmar esta visión negativa, los escépticos se valen de lo que, según ellos, es la principal debilidad de las humanidades médicas imbuidas en la comunidad educativa de la medicina: las escasas “pruebas” de un auténtico impacto que existen para corroborar la eficacia de introducir estas disciplinas a los currículos de las facultades de medicina (Ousager & Johannessen, 2010). Asimismo, habría que apuntar que un gran número de escépticos lo conforman los propios médicos y miembros de la comunidad médica.

La búsqueda de pruebas de la efectividad o de evidencia del impacto de las humanidades médicas en la educación médica se ha convertido en un debate acalorado entre estos dos grupos, defensores y escépticos. Bleakley (2015) denomina a esto como la “carga de las humanidades médicas”, la misma que suelen llevar el grupo de los defensores, o más bien, la que es *encargada* a este grupo por parte de los escépticos. Esto quiere decir que, los que reclaman una prueba fehaciente y válida de la efectividad de las humanidades médicas para la educación médica, dejan esta tarea a los que se

desenvuelven en estos asuntos y están empapados de estas materias, sin comprometerse ellos en mayor medida.

El problema con esta delegación de responsabilidades, y lo que es criticado por Bleakley, es que los escépticos demandan que se les entregue estas pruebas bajo sus términos y condiciones, solicitando evidencia que sea obtenida exclusivamente de estudios empíricos, que además tienen que haber adoptado un paradigma científico o cuasi-científico y seguido un diseño experimental. Esto se debe a que los escépticos generalmente son partidarios de la medicina basada en evidencia y de la educación médica basada en resultados, remitiendo ambos al paradigma científico; posicionamiento que es diametralmente opuesto a lo que piensan los académicos de las humanidades y las artes, quienes consideran a este paradigma como restrictivo (Ousager & Johannessen, 2010).

Esta disputa entre los dos bandos aparenta carecer de solución, pues el argumento esgrimido por el grupo defensor es que la complejidad de lo que desarrollan no puede ser “medido” en los términos y con los métodos que proponen sus opositores. Se convierte así en un obstáculo metodológico que parece insuperable. Al final, parecería que la medición del impacto de las humanidades médicas en la educación médica está condenada al fracaso, siendo un intento inútil de conmensurar lo inconmensurable (Bleakley A. , 2015). Sin embargo, los problemas con las humanidades médicas no terminan en los conflictos de evaluación de los componentes curriculares y medición de su impacto, existen algunos otros que sería bueno revisar.

Bleakley (2015), siguiendo a Bishop (2008), lamenta la debilidad de las propuestas educativas de las humanidades médicas que se limitan a describir un humanismo vago como su principal carta de presentación, cosa que no concuerda con la riqueza, la complejidad y el desafío crítico que debieran proponer. Lamentablemente, el límite funcional de las artes y las humanidades ha sido matizar la práctica médica en lugar de criticar fundamentalmente la misma (Rees, 2010). Esta actitud acrítica y de no intervencionismo que comparten algunos de los que defienden a las humanidades médicas, es la que les haría débiles frente a cualquier ataque y argumento en contra de los escépticos.

El problema actual con las humanidades médicas es que han quedado domesticadas por la biomedicina, serviles a sus fines, limitándose así su capacidad crítica. Finalmente, otra cosa que destaca Bleakley (2015), es que las justificaciones teóricas de las humanidades médicas y su participación en la educación médica son generalmente frágiles e insuficientes. El propio Bleakley ha desafiado esta realidad ofreciendo un marco teórico fuerte y bien sustentado para justificar un componente de humanidades médicas en el currículo, teoría estética que revisaremos en el *Capítulo II*.

Pero volviendo a la disputa por la prueba del impacto de las humanidades médicas, destaca la revisión sistemática de la literatura sobre el tema realizada en el año 2010 por Ousager y Johannessen (2010). Estos autores comienzan su revisión con la presunción de que “existe una fuerte tendencia en la educación médica por insistir en que cualquier actividad de aprendizaje debe contribuir al desarrollo de competencias concretas y medibles de los estudiantes, ya sean habilidades, conocimientos o actitudes.” (Ousager & Johannessen, 2010, pág. 988). Estos presupuestos, que no son otra cosa que los lineamientos del paradigma de la educación (médica) basada en resultados que ha venido ganando adeptos en Estados Unidos y que se encuentra en la agenda de los contextos educativos a nivel mundial, son colocados a su vez al interior del marco más grande del proceso de Bolonia en Europa, región a la que pertenecen los autores del estudio.

Ousager y Johannessen (2010) también comienzan admitiendo que ir en la búsqueda de resultados de aprendizaje medibles, basados en investigaciones empíricas, no siempre es compatible con el enfoque anti reduccionista de las humanidades, evidenciando de esta manera la brecha que separa las posturas contrarias de los defensores y escépticos discutida en los párrafos anteriores. A pesar de esto, los investigadores declaran que en realidad pocos o ningún aspecto de la educación médica son capaces de producir pruebas empíricas de su indispensabilidad. El problema que es que, según el ejemplo puesto por los autores, se tiende a sospechar más de la legitimidad de las humanidades médicas que, por poner un ejemplo, propuesto por ellos mismo, de la anatomía.

Otro problema es la complejidad que conlleva encontrar, con algún grado de certeza, evidencia del impacto de las humanidades médicas. Algo que, si no se hace; más por esta obsesión por los resultados y la evidencia de la efectividad de las intervenciones que en la actualidad se mantiene en boga que por otra cosa, puede que se convierta en el

impedimento para que las humanidades médicas se consoliden y ganen legitimidad en la comunidad educativa de la medicina. Esto es así, tal como los autores lo sugieren, aunque ellos mismos ulteriormente digan: “Después de todo, el propósito de incluir las humanidades en la medicina quizá no tenga que ver con producir resultados mensurables específicos.” (Ousager & Johannessen, 2010, pág. 988).

Ya en los pormenores metodológicos, Ousager y Johannessen (2010) condujeron un estudio de revisión sistemática de la literatura mediante la búsqueda en las principales bases de datos (*Medline*) de publicaciones relacionadas con las humanidades y educación médica de pregrado. En total, 245 artículos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión fueron tomados en cuenta para el estudio. Además, la búsqueda se organizó en base al tipo de publicación, el sector del campo de las humanidades mayormente tratado, cualquier beneficio sugerido que se haya derivado de una intervención curricular relacionada con las humanidades, la actitud, el mensaje y el tono general de las publicaciones.

Para presentar los resultados, los investigadores construyeron una tipología que organiza los artículos según ciertas características comunes que se pudieron encontrar en la revisión de las publicaciones, la tipología es la que sigue:

- Alegatos del caso (*Pleading the case*): artículos que predominantemente contienen argumentos en favor de la relevancia general o la necesidad de integrar las humanidades en la educación médica de pregrado. También, las publicaciones que discuten predominantemente cómo las humanidades se deben enseñar, confiando en una aprobación fundamental de la *raison d'etre* de las humanidades en la educación médica, o indicando cómo deben ser superados los impedimentos a la integración de las humanidades.
- Descripción y evaluación de los cursos: publicaciones que se centran principalmente en descripciones de actividades curriculares o series de actividades específicas. Las descripciones pueden ir acompañadas de evaluaciones, ya sea en forma de encuestas típicas de los estudiantes, una estimación del instructor de la calidad o el éxito de la actividad curricular en

cuestión, o alguna medición del impacto inmediato de la actividad curricular en términos de ganancia de conocimiento, habilidades, o actitudes.

- Búsqueda de evidencia de los impactos a largo plazo: publicaciones que informan de hallazgos empíricos que proporcionan evidencia del impacto de las humanidades en la educación médica de pregrado sobre el conocimiento, comportamiento y / o actitudes reales de los futuros médicos en relación con los pacientes en los contextos reales del desenvolvimiento profesional.
- *Holding the horses*: publicaciones no necesariamente desfavorables hacia los estudios de humanidades en la educación médica, pero señalando las dificultades, expresando reservas, o cuestionando las expectativas en cuanto al resultado o el impacto de la integración de los estudios de humanidades en la educación médica.

En un primer vistazo de los resultados, y a pesar de la variedad de publicaciones encontradas en esta revisión, los autores señalan que la mayoría de ellas, si bien determinan que existen beneficios derivados de las actividades curriculares ligadas a las humanidades para los estudiantes, frecuentemente, siendo esta la regla general, no se presentan pruebas empíricas producidas de forma sistemática. Es fácil de evidenciar que se asume que las humanidades están relacionadas con hacer mejores médicos, pero no se ofrecen pruebas para comprobar estas hipótesis.

Los resultados en cifras son que 224 publicaciones de 245 elogiaron los efectos potenciales de los estudios de humanidades en la educación médica o describieron los cursos reales o planificados con algunas pruebas de impacto a corto plazo de estas actividades curriculares. Sólo 9 estudios demostraron esfuerzos para documentar los impactos a largo plazo en la práctica clínica de los médicos, y se encontró que 12 artículos actuaban como portavoces de actitudes críticas hacia este tipo de actividades (Ousager & Johannessen, 2010).

Para explicar estos resultados tan poco sistemáticos y con poca sustentación empírica, Ousager y Johannessen (2010) llegan a admitir de nuevo que, probablemente, las

actividades curriculares correspondientes a las humanidades pueden no ser medibles, al menos con las herramientas evaluativas y las metodologías acostumbradas en la educación médica. Por tal motivo, de acuerdo con estos investigadores, existe un desafío importante para desarrollar métodos creativos para la producción de evidencias, incluyendo quizás nuevas maneras de abordar las competencias humanísticas. Por lo pronto, sin embargo, la primera opción por la cual optan es que, si los resultados no son mensurables de forma empírica para generar evidencias con los métodos disponibles, entonces que al menos se dispongan y se presenten los resultados menos visibles. Aunque, en última instancia, habría que hacer más investigaciones a futuro sobre los efectos de las humanidades en la educación médica, siempre en base a lo hallado en las investigaciones anteriores (Ousager & Johannessen, 2010).

En el bando contrario, Belling (2010), en una clara postura de defensa de las humanidades médicas, y comentando el trabajo investigativo de Ousager y Johannessen, pone en duda la conclusión de estos autores, especialmente su presunción de que sólo con la generación de evidencia empírica de un efecto a largo plazo en las competencias de los estudiantes es que las humanidades médicas tendrán oportunidad de reafirmar su estatuto de necesarias para la educación médica. El otro cuestionamiento que Belling plantea tiene que ver con la pregunta de quién debe medir y generar esta evidencia, en clara consonancia con la denuncia que hace Bleakley (2015) sobre la carga impuesta al grupo de los defensores, puesto que siempre recae en los hombros de aquellos que tomaron la iniciativa y tienen la intención de integrar las humanidades a la formación clínica.

La postura de Belling se podría resumir en una palabra: resistencia, que también podría ser incomodidad, sobre todo con el trabajo de Ousager y Johannessen, porque considera que las humanidades pueden revelar algunas de las limitaciones del paradigma dominante en la educación médica, que sigue siendo el flexneriano, y ofrecer marcos alternativos para pensar acerca de esta educación. Esta autora advierte que en el empeño por construir su taxonomía los autores pierden precisamente lo que pretenden buscar: la contribución de la epistemología basada en las ciencias humanas a la medicina y a la educación médica.

Belling (2010) hace un llamado para construir una descripción clara de lo que es el campo de las humanidades médicas, por demás heterogéneo. Según ella, esta es la causa

de que la revisión realizada por Ousager y Johannessen tenga la muestra sesgada. Para demostrar este punto, Belling pone el ejemplo de que los artículos de la categoría “Búsqueda de evidencia de los impactos a largo plazo”, que los autores de la mencionada revisión resaltan como resultados significativos, en realidad no corresponden a los componentes de las humanidades médicas tal como se comprenden ahora mismo. Por último, para Belling, la educación médica debe continuar afrontando el reto del no reduccionismo e invirtiendo en los resultados inconmensurables. Los resultados producidos por las humanidades médicas deben contraponerse a los datos deshumanizados que abundan en las investigaciones cuantitativas en todos los ámbitos de la medicina.

3.4. Problemas relacionados con la educación médica

“Hay que endurecerse, pero sin perder la ternura jamás”

Che Guevara

Los siguientes párrafos están dedicados a mostrar la visión particular de la educación médica que tiene Alan Bleakley en cuanto uno de los pocos teóricos de este campo que aportan con una profundidad significativa. Recurriendo tanto a la política como a la estética y a la educación, este autor desmedra las lecturas simplistas de la educación médica para en cambio teorizarla de una forma inusual, cargada de conceptos y teorías un poco ajenas a la medicina; develando de esta forma algunas problemáticas que también podrían expresarse de otro modo, pero que en el lenguaje utilizado por Bleakley se convierten en un llamado a la acción gracias a la calidad de las denuncias y la exquisitez de cómo estas son planteadas.

Bleakley, cuya preocupación central durante los últimos años ha sido la educación médica, ha demostrado que ésta representa una posibilidad de acción fundamental a la hora de hacer frente a las críticas realizadas a la medicina. Para él, esta labor crítica también es un aspecto destacado en la teorización y en el diagnóstico que hace de la cultura médica, siendo así que la complejidad de sus argumentos se engarza con respuestas concretas y enmiendas constructivas con el fin de mejorar lo que sea factible de ser mejorado.

En un intento comprensivo, Bleakley (2015) advierte que no hay que limitarse solamente a analizar las prácticas individuales de los médicos, sino que es preciso abarcar toda la institución de la medicina y, en especial, la totalidad de su sistema cultural. Según el mismo autor, son dos culturas entrelazadas las que dan forma a las prácticas e identidades de los médicos, a saber: la cultura clínica de la medicina/de la atención sanitaria y la cultura pedagógica de la educación médica. Ambas culturas estarían sincronizadas en sus fines y objetivos, no obstante, la cultura de la educación médica podría presentar desafíos, críticas o al menos resistencias a la cultura dominante de la clínica (Bleakley A. , 2015).

Como veremos más adelante, es así como se entiende que la educación médica tenga un papel preponderante en la transformación de la medicina, ya que es ella la encargada de moldear a los futuros profesionales médicos. Bleakley (2015) no escatima en señalar que tanto la cultura clínica de la medicina como la de la educación médica poseen problemas o padecen de “síntomas”, lo que impide a la educación médica ser el medio de transformación (Bleakley , Bligh, & Browne, 2011).

Antes de abordar los problemas de la educación médica, sería de provecho determinar cuáles son de acuerdo con este autor los principales problemas de la cultura médica en general. Para esto, Bleakley (2011) recurre a una terminología conceptual propia de la política, puesto que concibe a la profesión médica como escenario de acción organizada capaz de albergar esta dimensión. Es así que, en varios de sus libros, este autor sostiene que la cultura médica, aparte de ser una profesión cerrada de autogobierno, posee un mal endémico de estructuras jerárquicas y autoritarias (Bleakley, 2014; 2015). Determina asimismo tres aspectos negativos de esta cultura: la mentalidad que prioriza la autodirección y la autorreferencia, aspectos sintomáticos de la autonomía tradicional de la medicina, la falta de transparencia y rendición de cuentas, y la personalidad de la cultura médica que puede tacharse de personalidad autoritaria, que se caracteriza por intolerancia a la ambigüedad (Bleakley, 2014; 2015).

Además, la cultura médica es tildada por Bleakley (2011) como una cultura que resalta los valores del individualismo heroico, de una mentalidad de dureza y rudeza, y de una tradición dominada por el género masculino. Lo último es importante porque de ahí derivan los males del paternalismo, el sistema patriarcal y el machismo que suelen impregnar la medicina. Finalmente, compara estas estructuras jerárquicas con un

régimen cuasi-militarista que también imitan contextos opresivos postcoloniales (Bleakley , Bligh, & Browne, 2011).

No es nada novedoso la aseveración de que, tradicionalmente, la medicina trabaja en jerarquías o estructuras de autoridad verticales autocráticas y meritocráticas, resistiendo las estructuras horizontales y democráticas. Lo que sí resulta interesante es precisamente la invitación que hace Bleakley a que estos modos de organización y estas estructuras inflexibles, que denotan un afán de autoritarismo amplio, adquieran una estructura democrática, lo que se convierte en un desafío político (Bleakley , Bligh, & Browne, 2011) (Bleakley A. , 2014). El desafío es entonces democratizar la medicina, lo que de acuerdo con Bleakley (2011), se refiere a cambiar las estructuras autoritarias en estructuras autoritativas que reclaman su autoridad de una calidad probada; así como a la introducción de prácticas participativas y colaborativas auténticas y significativas en la medicina, la educación médica y la investigación.

El llamado a la democratización se hace imperioso además ante la cada vez mayor cantidad de evidencia que sugiere que estructuras democráticas dentro de la medicina mejoran los resultados clínicos, democracia que puede ser promulgada por la educación médica por ser esta la fuerza democratizadora por excelencia en el sistema teórico de Bleakley (Bleakley , Bligh, & Browne, 2011). Empero, la democratización podría ser un paso difícil que deba tomar la educación médica, ya que la forma tradicional de esta educación ha permanecido en gran medida conservadora y antidemocrática (Bleakley , Bligh, & Browne, 2011).

Este conservadurismo de la educación médica podría explicarse debido a que los problemas de la cultura clínica de la medicina son compartidos por la cultura pedagógica de la educación médica, justamente porque ambas se encuentran interrelacionadas en un nivel de complicidad muchas veces decisivo, y en especial porque el aprendizaje de la medicina se produce sobre todo en los contextos clínicos como los hospitales (Bleakley , Bligh, & Browne, 2011). En este sentido, el sistema de aprendizaje de la educación médica es el que reproduce estos males de la medicina como las jerarquías inflexibles y el autoritarismo desmedido e intolerante a la ambigüedad, así como los otros problemas mencionados más arriba.

De la misma manera, esta forma tradicional de hacer educación médica, que está orientada a mantener jerarquías de conocimientos y habilidades, resulta en que tales jerarquías enmarcan identidades centradas en la autoridad, donde una voz legítimamente autorizada puede fácilmente caer en un estilo autoritario opresivo (Bleakley , Bligh, & Browne, 2011).

Un último elemento de análisis que introduce Bleakley (2011), siguiendo a Foucault, es el poder en la educación médica. Si bien ofrece una tipología del poder: soberano, capilar, de virtud y virtual, es el poder soberano, más ligado al autoritarismo, el que destaca en la educación médica, en razón de que es un poder sobre otros, ya sea a través de la autoridad legítima, o del poder autoritario coercitivo. Como bien señala Bleakley (2011), este poder legítimo es obtenido mediante conocimientos particulares o conocimientos técnicos, convirtiéndose en una forma de poder experto que puede ser ejercido o no de forma autoritaria. Que sea coercitivo significa que se ejercen mecanismo de coerción hacia los estudiantes. La tradición en la educación médica ha sido reproducir el sistema de enseñanza dirigida por la autoridad y el sistema de aprendizaje basado en métodos tales como decir y ordenar en vez de pedir, en donde incluso se llega a usar la humillación como un medio de corrección (Bleakley , Bligh, & Browne, 2011).

Todo esto se conecta con el otro gran problema provocado por la educación médica, que también denuncia Bleakley (2015) y que vamos a explorar a continuación: la insensibilidad. En sí no queremos abandonar la idea de que las estructuras de aprendizaje tradicional, jerárquicas, autoritarias y antidemocráticas, se vinculan con la insensibilidad de alguna u otra manera. Bleakley (2011) menciona algunos otros rasgos que nos podrían ofrecer pistas para entender este fenómeno de la insensibilidad, especialmente algunas características de la educación médica históricamente establecidas como los ritos de paso difíciles, o que los médicos y cirujanos de alto nivel utilicen tratos verbalmente abusivos que no serían tolerados en otros contextos, pero que son, de manera irracional, justificados como “construcción o temple del carácter” (Bleakley A. , 2014). Para Bleakley (2011), existe una lógica en este razonamiento: “La racionalidad ha sido que, como la medicina es una profesión tan exigente, cuando las cosas se ponen difíciles, los neófitos deben endurecerse. Al igual que con cualquier régimen cuasi-militarista, la mente tierna perecerá (...)” (p.125).

3.4.1. La insensibilidad provocada por la educación médica

En su libro *Medical Humanities and Medical Education: How the Medical Humanities Can Shape Better Doctors* (2015), Bleakley logra reunir su interés político democratizador de la medicina con una teoría estética acorde. Para esto acoge la tradición inaugurada por Benjamin de una política de la estética que recae en la obra del filósofo francés Jacques Rancière como una oportunidad de repensar la medicina y la educación médica desde lo sensible. Hablar en términos estéticos, y específicamente en términos de la distribución de lo sensible como lo plantea Rancière (2014), es para Bleakley (2015) hablar del modelamiento del “tejido de lo sensible” a través de la educación médica.

Además, Bleakley continúa insistiendo en que persiste el desafío político de democratizar la medicina, lo que no es menos importante al desafío estético que, buscando la misma democracia, se empeña por recuperar lo que se conoce como el *arte* de la medicina. Es así que Bleakley (2015) plantea a la comunidad de la educación médica estos dos desafíos, político y estético, los mismos que, como se verá, están interrelacionados.

La teoría de Rancière (2014) y sus implicaciones para la educación médica serán ampliamente tratadas en la revisión teórica, pero por lo pronto podemos adelantar que se trata de uno de los autores de la tendencia del retorno de la estética a lo sensible. A partir de las redefiniciones de la estética realizadas por Susan Buck Morss, Richard Shusterman y Jacques Rancière, se constituye un nuevo régimen ampliado de la estética que se sitúa mucho más allá del restringido mundo del arte, y que por demás involucra la política, como ya sucedía en Benjamin. Específicamente, en la teoría de Rancière (2014), como teórico posmarxista y crítico de las instituciones sociales, se describe un modo de distribución del capital sensible que acontece históricamente de una forma semejante a lo que ocurre con la distribución del capital económico.

Rancière además describe ciertos medios de vigilancia, que él llama “la policía”, y que son quienes tienen el poder y la autoridad en la distribución de las sensibilidades, legitimando así una distribución inequitativa que dejaría algunos excluidos de la

percepción y apreciación sensible. Sin embargo, al mismo tiempo, este autor sugiere que los sujetos excluidos de los modos de percibir y sentir pueden desafiar las formas normativas de este régimen estético y lograr una participación en lo sensible, siendo este un modo de ejercicio político (Rancière, 2014).

Bleakley (2015) traspasa el modelo de Rancière al ámbito de la medicina y de la educación médica, descubriendo un régimen estético propio que cuenta con sus propios modos expertos de percepción, que a su vez son controlados y distribuidos por aquellos con autoridad – profesores clínicos y especialistas.

Aunque primeramente habría que definir qué se entiende por “lo sensible” o por la sensibilidad en la medicina. Para Bleakley, las sensibilidades -en plural- de la medicina tienen que ver con la apreciación y la respuesta a los estímulos sensoriales incluyendo las emociones. Los estudiantes de medicina deben aprender a usar sus sentidos en el trabajo clínico, así como a relacionarse de manera sensible y empática con los pacientes y colegas. Esto significa que las sensibilidades de la medicina incluyen tanto la sensibilidad perceptual, útil al diagnóstico, como la sensibilidad moral, y porque no la sensibilidad cultural. Ahora bien, de acuerdo con Bleakley, estas sensibilidades están mal distribuidas en la educación médica, por lo que no alcanzan democráticamente a los estudiantes ni mucho menos a otros profesionales de la salud o a los pacientes.

El problema más importante para nuestros intereses es el que se deriva de esta mala distribución del capital sensible, debido a que las sensibilidades no son permitidas a los estudiantes. Según Bleakley (2015), esta distribución desigual de las sensibilidades es causada por algunas prácticas actuales en la educación médica que, de forma inconsciente como consecuencias involuntarias o conscientemente como consecuencias previstas, terminan produciendo insensibilidades. La insensibilidad, o el embotamiento sensible provocado por la educación médica, puede ser equiparada a una *mala* educación que se adquiere en las facultades de medicina. No obstante, Bleakley es claro al señalar que este es un problema histórico en el sentido de que la insensibilidad ha sido necesaria para la institucionalización de la medicina, ya sea para mantener las estructuras de poder, o como una forma de defensa contra la ambigüedad.

La otra forma de entender esta insensibilidad está relacionada con lo que normalmente se produce en la formación profesional de los médicos, especialmente cuando se

exploran las instancias relacionales con los pacientes. Podemos entender este fenómeno mediante la alegoría de una balanza donde se sopesan sensibilidad e insensibilidad, como por ejemplo durante el ejercicio diagnóstico cuando los sentidos están enfocados y se canalizan hacia la agudeza diagnóstica mientras se produce, simultáneamente, una insensibilidad vinculada al comportamiento ético y profesional (Bleakley A. , 2015). Este delicado equilibrio entre lo sensible y lo insensible, o, en otras palabras, entre la compasión humana ordinaria y el distanciamiento profesional, corre el riesgo de ceder hacia la insensibilidad. En efecto, el problema es que históricamente el discurso dominante ha sido sesgado hacia lo insensible en la medicina y la educación médica (Bleakley A. , 2015).

Bleakely (2015) se pregunta además cómo esta insensibilidad se manifiesta sintomáticamente. Dentro de lo que él denomina el “espectro de la insensibilidad médica” se encuentra principalmente la objetivación de los pacientes, pero identifica también otros problemas, algunos de los cuales vamos a revisar a continuación y que se relacionan con lo que se conoce como la *disminución de la empatía* y la *erosión moral* en los estudiantes de medicina. Estas dos problemáticas, muy semejantes entre sí, podrían a su vez estar relacionadas con el llamado currículo oculto, adentrándonos de esta manera de nuevo al debate en el territorio curricular.

3.4.2. El problema de la disminución de la empatía y la erosión moral en los estudiantes de medicina durante la formación

Existen supuestos tácitos durante la formación clínica que permanecen ocultos como prácticas habituales no cuestionadas, supuestos y rutinas que podrían estar haciendo un daño enorme a los productos de dicha formación sin que se hayan siquiera advertido. Se han naturalizado asimismo modos de ser que muchas veces caen en el extremo de los estereotipos y que se alimentan del imaginario colectivo con respecto a la profesión médica como científica, objetiva y totalmente aséptica, sin que quede espacio para los valores, ni mucho menos para las complejidades propiamente humanas y para las subjetividades.

Se acepta sin resistencia el corolario que dice que los médicos son socializados para permanecer emocionalmente neutrales e imperturbables en presencia del paciente, especialmente durante situaciones difíciles, como podría ser la muerte. El resultado es que los estudiantes de medicina aprenden a realizar este distanciamiento emocional cuando se ven expuestos a la tragedia, al dolor o al sufrimiento, algo que por otro lado podría funcionar como mecanismo de defensa.

Además, muchos ritos de paso, como la exposición a un cadáver durante una cátedra de anatomía patológica, tienen una función subyacente de sugerir una despersonalización y un desprendimiento efectivo en los estudiantes. En definitiva, estos aprenden a suprimir sus percepciones sensibles y emocionales en pos de cuestiones técnicas y científicas. El problema está en que, este escenario común a la mayoría de los contextos educativos de la medicina, se convierte en tierra fértil donde pueden emerger disipaciones, actitudes, comportamientos y acciones con una connotación negativa y poco profesional.

Es también sugestivo de estas cuestiones problemáticas el hecho de observar que los estudiantes de medicina se embarquen en el viaje profesional para convertirse en médicos con idealismo y entusiasmo por curar enfermedades y mejorar la calidad de vida de sus pacientes; y que, pese a la intención del profesorado de las facultades de nutrir estas cualidades, resulte que un número significativo de investigadores hayan reportado una disminución en el humanitarismo, el entusiasmo y el idealismo durante el trascurso de la formación, toda una ironía. En algunos reportes se ha informado que hasta el 75% de los estudiantes de medicina se vuelven más cínicos acerca de la vida académica y de la profesión a medida que avanzan a través de la escuela de medicina (Sheehan , Sheehan, White , Leibowitz, & Baldwin , 1990). Lo que tempranamente y en términos generales se llamó como "deshumanización" de los estudiantes de medicina, en otros términos más técnicos se ha dado a conocer como la "des-idealización traumática", que se caracteriza por una transformación cínica de los estudiantes (Kay , 1990).

Sin embargo, nuevas etiquetas para designar estos problemas están ganando cada vez mayor reconocimiento dentro de la comunidad de la educación médica, etiquetas que están más bien relacionadas con la empatía como un campo de estudio de interés durante los últimos años. En la actualidad, existe abundante evidencia sobre los beneficios de la empatía para la relación médico-paciente, para aumentar la adherencia

terapéutica y para mejorar los resultados clínicos (Scott , 2011) (Hojat M. , 2012). Pero a pesar de la importancia que pueda tener la empatía, se ha demostrado que existe una disminución de la misma durante la formación de los estudiantes de medicina. Esto es lo que se ha venido a conocer como la disminución de la empatía, la erosión de la empatía o la erosión moral de los estudiantes, fenómeno que acontece, como se dijo, en la escuela de medicina (Neumann, y otros, 2011) (Hojat, y otros, 2009).

Los estudios empíricos que han sacado a la luz esta situación contraria se basan generalmente en la medición de la empatía auto percibida por los propios estudiantes mediante cuestionarios o escalas validadas como el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) de Davis, si bien este índice no se relaciona con la empatía en los contextos sanitarios. Hace ya algunos años, sin embargo, haciéndose eco de esta necesidad de evaluar la empatía específicamente en los contextos clínicos, un grupo de investigadores del *Jefferson Medical College* desarrolló un nuevo instrumento: la escala de empatía médica de Jefferson (EEMJ) que mide el nivel de empatía de médicos y estudiantes de medicina (Hojat M. , 2012).

Varias versiones de la EEMJ se han elaborado posteriormente: versión S, para estudiantes; versión hp, para médicos y profesionales de salud; y otra versión para profesionales y estudiantes no relacionados con la medicina. La EEMJ ha sido traducida y validada en 25 idiomas, pudiendo aplicarse en diversos contextos culturales. Aun así, existen voces críticas de escépticos con respecto a si la medición por medio de escalas es la forma más adecuada para valorar la empatía, partiendo los cuestionamientos incluso de las dificultades para definirla y de las múltiples acepciones que se tienen de ella (Bleakley A. , 2015).

Con todo y lo anterior, el recurso de evaluación que supone la EEMJ y las otras escalas psicométricas ha originado estudios sugerentes que miden la empatía entre estudiantes de medicina, investigaciones con diferentes diseños, la mayoría trasversales, pero también unos cuantos longitudinales, de una sola institución o comparados. Estos estudios generalmente sugieren que, en ausencia de programas educativos específicos en las escuelas médicas, la empatía es susceptible de cambio, más probablemente en una dirección negativa que en una dirección positiva.

Uno de esos estudios clásicos es el realizado por Hojat et al. (2009) en el mencionado Colegio Médico de Jefferson con el propósito de identificar el momento en que ocurre la erosión de la empatía. La investigación en cuestión se realizó con alumnos de primer, segundo, tercer y cuarto años, de 2002 a 2004, encontrando una erosión considerable al final del tercer año. El título de la publicación de este estudio “El demonio está en el tercer año” (2009) es tremendamente provocador, un verdadero aviso para los educadores médicos de que la disminución de la empatía es un peligro real durante la etapa formativa.

En esa misma línea, en un estudio longitudinal de cohortes realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Boston, Chen et al. (2012) demostraron que la empatía de los estudiantes de medicina mejoró después del ingreso a la escuela de medicina. Sin embargo, las puntuaciones de la empatía auto informada comenzaron a disminuir a medida que los estudiantes empezaban a contactar directamente con los pacientes, lo que resultó en una disminución estadísticamente significativa de la empatía al comparar el inicio del período de prácticas con el fin de la escuela de medicina.

Frente a los resultados de estos dos estudios, y también los de muchos otros, se podría refutar que los mismos responden a casos aislados. No obstante, revisiones sistemáticas de estudios muestran que la disminución de la empatía es un fenómeno válido y generalizado en todo el mundo (Neumann, y otros, 2011).

La revisión sistemática sobre los estudios que miden las tendencias de la empatía en estudiantes de medicina y residentes efectuada por Neumann et al. (2011) incluyó 18 estudios de los EE.UU., Reino Unido y Polonia. Si bien todos estos estudios se realizaron en una sola institución, nueve de los once estudios realizados revelaron una disminución en la empatía auto informada de los estudiantes durante su paso por la escuela de medicina. Por otra parte, la totalidad de los siete estudios que incluían a residentes mostraron una disminución en la empatía (Neumann, y otros, 2011). Así también, en el caso de investigaciones realizadas en países latinoamericanos como Brasil o República Dominicana, se puede observar el mismo fenómeno de disminución de la empatía en los estudiantes de distintas facultades de medicina (Moreto, González-Blasco, Pessini, & Craice-de Benedetto, 2014) (Silva, Arboleda Castillo, & Díaz Narváez, 2014).

Como no podía ser de otra manera, muchos de estos estudios han explorado las causas o las variables relacionadas con esta disminución de la empatía durante la formación médica de pregrado y posgrado (residencia). Se han identificado por ejemplo al *burnout*, la depresión, la baja valoración de la persona y la disminución de la calidad de vida, todos ellos aunados bajo el nombre del “*distress*”, como posibles factores implicados (Neumann, y otros, 2011).

Otros factores que tendrían algún tipo de influencia pueden ser las relaciones fragmentadas entre el paciente y el estudiante, especialmente durante el último año, ya sea cuando la estancia del paciente es corta, o cuando el estudiante debe rotar entre varios pacientes con mucha frecuencia y no es capaz de mantener un contacto duradero; la alta carga de trabajo; y el estrés de la formación médica. Estos últimos factores pueden ser relacionados a un “modo de supervivencia” que es incorporado de manera casi automática por los estudiantes y se encarna en un “currículo oculto” que exalta la capacidad individual de soportar sin quejas el trabajo extenuante y la abrumadora carga curricular.

3.4.3. Lo negativo del currículo oculto como problema de relevancia

El trabajo de Neumann et al. (2011) pone en evidencia la importancia que tienen los entornos de aprendizaje para explicar la disminución de la empatía. Por tanto, si en este planteamiento del problema de la investigación estamos tratando el tema de la erosión empática dentro de otros marcos problemáticos más grandes como son las preocupaciones y dificultades relacionadas con la educación médica, es lógico que los ambientes educativos sean señalados como responsables. Cuando decimos ambientes educativos queremos hacer referencia también al currículo en una acepción amplia. Es por esto que finalizamos este apartado con la revisión sucinta de lo concerniente a los problemas derivados de los currículos formales/informales, pero sobre todo de aquellos derivados del currículo oculto que, como se verá inmediatamente, tienen correlación directa con el resto problemas que se han venido señalando hasta ahora.

El currículo oculto se define como el conjunto de influencias que funcionan a nivel de la estructura y cultura organizacional, incluyendo, por ejemplo, reglas implícitas para sobrevivir a la institución tales como costumbres, rituales y aspectos tomados por

asumidos (Lempp & Seale, 2004). El currículum oculto puede ser definido en sentido lato como las costumbres, normas tácitas de trabajo y reglas institucionales, lo debe hacernos reflexionar acerca de todos aquellos “sobre entendidos”, rituales, o “por-que-así-se-ha-hecho-siempre” a los que se enfrenta el médico en formación (Hafferty, 1998). Es verdad que, habitualmente, se asocia este currículum oculto con conductas negativas, aunque es cierto también que puede aportar cambios conductuales positivos. Sin embargo, para nosotros es prioridad destacar los aspectos negativos, ya que son estos los que deberían ser sujetos a cambios.

Lempp y Seale (2004) mencionan seis procesos aprendidos en el currículum oculto de la educación médica con una clara connotación negativa: la pérdida del idealismo, adopción de rituales de identidad profesional, neutralización emocional, cambio en la integridad ética, aceptación de la jerarquía y el aprendizaje de aspectos poco formales para ser “un buen doctor”. En la investigación de estos autores, un estudio cualitativo en el que utilizaron encuestas semiestructuradas, también mencionan otros aspectos: la ausencia de buenos modelos que motivan, la falta de compromiso del profesor, la jerarquía impuesta a través de la humillación generalmente aplicada por los médicos de base y por el personal de enfermería y la elevada competitividad para sobresalir.

De entre estas situaciones negativas destacan los modelos de conducta inadecuados a los que se ven expuestos los estudiantes, lo que significaría que, si entendemos a la educación médica tal como lo hace Hafferty (1998), quien considera al entrenamiento médico como un proceso de enculturamiento moral, estos malos ejemplos serían los que propician la erosión moral de los estudiantes, debido a que se aceptarían comportamientos antiéticos como una norma. En consecuencia, las experiencias negativas de un "currículum oculto" son las que contribuyen de forma definitiva a la disminución de la empatía entre los estudiantes y los residentes. De esta manera es cómo se enlaza el currículum oculto con los temas anteriores de la disminución de la empatía y de la insensibilidad provocada por la educación médica. En síntesis, todo se podría resumir al endurecimiento del corazón que ocurre durante la facultad de medicina (Newton, Barber, Clardy, Cleveland, & O'Sullivan, 2008).

A todos estos problemas se intentará dar una respuesta durante este trabajo de tesis, en unos casos más directa que en otros. Pero antes, planteemos los objetivos de la investigación.

4. Objetivos de la investigación

4.1. Objetivo general.

- Comprender las contribuciones de la medicina narrativa y las humanidades médicas a la educación médica por medio del análisis de los casos de las Facultades de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali y de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

4.2. Objetivos específicos.

- Describir el contexto institucional, el proceso histórico de conformación y las propuestas educativas relacionadas con la medicina narrativa y las humanidades médicas en las facultades de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali.
- Identificar los procesos de enseñanza-aprendizaje de la medicina narrativa y las humanidades médicas dentro de las dos facultades de medicina, considerando la experiencia de los docentes y estudiantes implicados.
- Evaluar la experiencia regional de la Carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali y su programa de Medicina Narrativa (CM-PUJ Cali).
- Explorar otros aportes de las humanidades médicas y la medicina narrativa a la educación médica mediante una revisión bibliográfica.
- Aportar elementos teóricos novedosos para la formación de los estudiantes de medicina de la CM-PUJ Cali y la FM-PUCE

CAPÍTULO II

HUMANIDADES MÉDICAS

1. Algunas aclaraciones previas

Ὁ βίος βραχὺς, ἡ δὲ τέχνη μακρὴ, ὁ δὲ καιρὸς ὄξυς, ἡ δὲ πείρα σφαλερή, ἡ δὲ κρίσις χαλεπή

Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experimentum periculosum, iudicium difficile

"La vida es breve, el arte, largo; la ocasión, fugaz; la experiencia, confusa; el juicio, difícil."

Hipócrates de Cos

(Aforismos, I, 1)

1.1. Discusiones sobre el humanismo y su relación con las humanidades

Al introducir el tema de las humanidades cabe la diferenciación de otros aspectos inmiscuidos en lo que bien podría llamarse la gran trama¹², ya que se produce una confusión terminológica y conceptual que es preciso aclarar. En este intento aclaratorio es ineludible hacer alusión al concepto que representa una tradición más grande como es el *humanismo*¹³, aunque este también puede ser de difícil y ambigua caracterización debido a que existen distintas posturas sobre lo que es y cuáles son sus fines. Como movimiento referente, en general, a una concepción centrista del ser humano, las posturas adoptadas pueden variar según los intereses e incluso resultar nefastas y

¹² Llamamos la gran trama a la confusión que existe en diferenciar varios términos por ser conceptos con una amplia polisemia, lo cual provoca que muchas veces sean dados por equivalentes. El error conceptual es especialmente evidente con los siguientes términos: humanidades, humanismo, humanitarismo, humanístico y humanización. Conceptos y nociones que son mal diferenciados en el campo de la medicina, pero no así en otras áreas del saber académico (Viola & Ricci, 2012).

¹³ Mainetti (1992) realiza un intento clasificatorio de la significación del término "humanismo" que es el que sigue: *Perlocucionario, laudatio, Polisémico y Polémico*. Como puede verse, los dos últimos hacen referencia a la confusión terminológica a la que nos estamos refiriendo.

contradictorias; así lo confirma el hecho de que existan, paradójicamente, humanismos anti-humanistas. Si bien se pueden hallar diferentes convenciones para definirlo, el humanismo no deja por eso de ser problemático.

Diego Gracia Guillén, afamado médico, filósofo y bioeticista, hace una revisión del concepto de humanismo y su relación con las humanidades que nos resulta de interés por su acierto. Según Gracia (2006), existen tres versiones diferenciadas y, hasta cierto punto, antagónicas con respecto al humanismo, concepciones que se corresponden según este autor con el pasado, el presente y el futuro. El primero, el *humanismo teológico*, prioriza lo divino sobre lo humano y, por tanto, las “divinidades” sobre las humanidades. El peso de la teología por sobre el resto de las humanidades, que en verdad no existían tal como se entenderían siglos después, era evidente, sólo se admitía una versión teologizada de los saberes considerados clásicos.

En este lado de la línea del tiempo, correspondiente al pasado en la taxonomía de Gracia (2006), y en cuanto al papel de las humanidades, éstas estaban exclusivamente al servicio de la teología y de la formación del sentimiento religioso, manteniéndose la idea estereotipada de que sin teología no hay humanismo. Pese a este afincamiento social, el humanismo teológico, que coincide con la Edad Media, siendo imperante en la Europa de aquel entonces, comienza una decadencia con el proceso de secularización de la Modernidad. A pesar de esto y después de un embate de siglos, se percibe una renovación de esta corriente en Jaques Maritain y su *Humanismo Integral* (1999), el mismo que se insinúa como una superación de la razón y la moral de la época medieval para recuperar el sentido originario del cristianismo.

La segunda versión del humanismo, que de acuerdo con Gracia (2006) se corresponde con el presente, es el humanismo positivista. Una genealogía que deviene en este humanismo inicia con el Renacimiento en el siglo XV, con el redescubrimiento de la cultura greco-latina y la revalorización de la gramática, la retórica, la poética, y de las bellas artes en general. Este resurgir de lo clásico se da con el consecuente rechazo del razonamiento especulativo y apodíctico escolástico, característico del medioevo, pasándose a preferir el razonamiento práctico, dialéctico y retórico. Se produce así un despertar de la humanidad y su emancipación del ensueño del oscurantismo medieval, una progresiva autonomía del ser humano del Dios providencial en el que había confiado ciegamente por siglos. Este humanismo renacentista se mantendría

tácitamente, como opción generalmente instruida y elitista, en la formación en las letras, en los llamados *studia humanitatis*.

Sin embargo, ya con una madurez suficiente en el siglo XVI, se produce un revés para este humanismo por el aparecimiento en el siglo XVII de la ciencia moderna como saber cierto y universal. Al arranque revolucionario propiciado por Galileo, le siguió la física/mecánica newtoniana en cuanto paradigma que también impregnaba el saber filosófico de esos siglos, produciéndose un vuelco hacia el racionalismo que encontrará en el *Discurso del método* de Descartes el camino insigne que consumarán antes Bacon, Leibniz y después Kant. En esta época empieza la desvalorización de las humanidades por considerarlas “saberes blandos, débiles, flojos, carentes de auténtico rigor científico. (...) es cuando toma cuerpo la distinción, hoy tan frecuente, entre “ciencias duras”, a la cabeza de todas la Física matemática, y “humanidades blandas”, al modo de la retórica, la dialéctica o las bellas artes.” (Gracia, 2006, pág. 15).

El ingreso de la ciencia y, específicamente, del positivismo en el siglo XIX dentro del terreno de la historia, cambiaría el sentido de lo que se entendía por saber verdadero, siendo este el basado en los hechos positivos, y haciéndose un énfasis en el campo disciplinar, es decir, en la conformación de un grupo de disciplinas científicas que se contraponían a un grupo de humanidades no científicas. Asimismo, la contraposición originaria en el desarrollo de la ciencia se establecía entre las ciencias “naturales”, que funcionaban como modelo, y las ciencias relacionadas con el estudio de los seres humanos, la sociedad y la historia.

A estos saberes, herederos de las antiguas humanidades, se les sería concedido el título de ciencias humanas o del espíritu, pero siempre como ciencias “blandas”, subordinadas a las ciencias “duras” de la naturaleza (Gracia, 2006). Los científicos con tendencias humanistas tendrían que haberse dedicado a dichas ciencias, conocidas como ciencias sociales en el ámbito anglosajón, a saber, la psicología, la antropología, la sociología, la historia, entre otras.

Como tercer humanismo Gracia (2006) recupera el humanismo clásico que, según él, devendrá y resurgirá, claro, transformado, en el futuro. En estas tres acepciones se alcanza a atisbar la ligazón del humanismo con las humanidades que, siguiendo una vía lógica, consistiría primero en formar en humanidades para así crear el humanismo. No

obstante, esto sólo hace parte de la ambigüedad conceptual que se maneja en la mencionada trama. En realidad, el humanismo puede ser tanto una corriente filosófica que pondera al sujeto teóricamente y lo defiende de su alienación como un paradigma pedagógico, siendo éste último el que destaca Gracia porque parte de la *paideia* como una educación para que la persona sea capaz de mejorar a través de los valores auténticamente humanos. Justamente, Gracia señala que el término *paideia* griega se traduciría al latín como *humanitas*.

El programa pedagógico propuesto por Gracia para repotenciar el humanismo clásico hace que retome la acostumbrada división medieval del *Trivium* y el *Quadrivium* para la formación. El *Trivium* tiene por objeto el estudio de las artes (liberales) y de las humanidades y el *Quadrivium* el de las ciencias, ambos grupos muy necesarios. En lo que respecta a las humanidades, preocupación principal de este autor, ofrece una especie de currículo ideal para el humanismo del futuro, para lo cual pone en práctica su clasificación de las “viejas humanidades” y “nuevas humanidades”. En este plan de estudios constarían por tanto las bellas artes y las letras, a la cabeza de todas la dialéctica y la retórica, pero también la antropología, la sociología, la historia, la psicología; además harían parte la filosofía dado su preponderancia en la formación del ser humano, así como la lógica y la filosofía de la ciencia, la axiología, la ética e incluso la metafísica.

Es así que este humanismo como pedagogía sobrepasa la formación exclusiva en letras clásicas, propone una pedagogía concreta centrada en el educando y fomenta todos los procesos integrales de la persona (Aizpuru Cruces, 2008). Evita de esta forma caer en centrismos no beneficiosos. Aquí las humanidades no constituyen sino accesorios para lograr este objetivo. En la base de esta pedagogía están los supuestos de un humanismo existencialista que promueve la libertad humana (Sartre, 1999). Todas estas disquisiciones nos permiten comprender la complejidad de la cuestión del humanismo y su relación con las humanidades; y, concordantemente, nos ayudan a pronosticar conflictos sobre la comprensión del humanismo médico y las humanidades médicas como áreas específicas del ser, del saber y del actuar médicos.

1.2. Humanismo médico y la visión humanística de la formación médica como parte de la misma discusión

El propio Gracia (2006) repite su clasificación tripartita con respecto al humanismo médico. Existe, entonces, un *humanismo médico teológico*, un *humanismo médico positivista* y un *nuevo humanismo médico del futuro*. La existencia del primero es innegable, así como innegable es que el oficio médico siempre estuvo ligado a lo sagrado (Dominguez, s.f). Condesado esto con el signo sanador-salvífico de la humanidad que anuncia el reino de Dios y que promulga el cristianismo, esta postura del humanismo médico teológico se sigue manteniendo en occidente como opciones de vida de médicos de religión cristiana.

El modo de entender al hombre de los humanistas médicos de esta rama se realiza mediante un conocimiento de sus constituyentes, no sólo del cuerpo, sino también del alma o espíritu. Dicha antropología filosófica de carácter religioso-teológico, se complementa con una moral y una ética confesionales que son evidentes en la praxis profesional.

De acuerdo con Gracia (2006), hubo también un apego de estos humanistas médicos a los postulados hipocráticos, por lo que la distinción entre humanistas médicos cristianos y humanistas médicos hipocráticos era un poco difícil.

Esto se debía, no sólo a su desconocimiento del sentido de los textos hipocráticos, sino también al hecho de que ya desde los primeros siglos del cristianismo el texto del Juramento hipocrático fue interpretado en clave teológica y considerado el paradigma por el que debía regirse un verdadero médico cristiano (p.20).

Además, algunos de los médicos que se declaraban creyentes, que en determinada época eran la mayoría, tenían el deber moral de entrenarse en las humanidades clásicas para aumentar su “cultura”, debían “cultivarse” en este sentido letrado, pero también en la teología para crecer en la fe. En una postura radicalmente opuesta, el humanismo médico positivista fue construyéndose desde las disciplinas que eran consideradas científicas, humanidades en el sentido moderno de las ciencias de la cultura.

En el caso de la medicina, dentro de estas disciplinas constan la antropología médica, la sociología médica o la historia de la medicina. Esta última, como acápite especial, es la

que demuestra esta transición de una mentalidad teológico-hipocrático-conservadora hacia una historiografía positivista (Gracia, 2006). Incluso llegó a darse una situación característica durante los siglos del positivismo, cuando este era dominante. Se consideraba, pues, que un médico no tenía que ser necesariamente un humanista (cristiano), cosa sacrílega para la profesión de acuerdo con la postura humanista contraria.

Gracia (2006) finalmente anuncia un humanismo médico del futuro haciendo una apología de los valores para la formación del médico. Para él, el estudio del valor, en tanto que valor y no en tanto que hecho, es de vital importancia, siendo en estos que se asentarían las famosas humanidades médicas y, por tanto, el humanismo médico. Las humanidades médicas serían aquellas dedicadas al estudio de los valores, apartándose de las ciencias socio médicas que se dedican al estudio de los hechos.

Para justificar esta apuesta por los valores en perspectiva formativa, este autor indica los métodos propicios que han de seguir estas humanidades médicas, tanto el método socrático del diálogo y de la refutación como el método aristotélico dialéctico y de la deliberación. Estos serían entonces los métodos propios de las humanidades médicas, esenciales para la formación del médico; ya que, lo que este necesita, es alcanzar sensatez, razonabilidad y prudencia en la práctica clínica, y no necesariamente la verdad.

Gracia (2006), conjuntamente con su propuesta formativa hecha para el humanismo clásico del futuro en general, ahora sugiere un grupo de humanidades médicas que han de participar indefectiblemente en la formación del profesional médico humanista del porvenir. Dentro de las escogidas están la lógica, especialmente importante para el razonamiento lógico médico; la filosofía de la realidad del hombre, del ser humano, de la persona, desde la tradición y la historia del pensamiento filosófico, sin que por eso se pretenda adoctrinar, dogmatizar, ni tampoco ideologizar, sino estimular el pensamiento y la reflexión crítica.

Además, introduce un campo novedoso como la estética médica que se dedicaría a analizar las obras de arte en relación a la estética corporal y la vivencia de la salud, la enfermedad y la muerte; y, por último, pero no menos importante, la ética médica y la bioética, aunque aclara que no se las debe entender en el sentido religioso de la moral, ni se las debe confundir con la deontología profesional que hace parte del derecho.

Aun cuando esta clasificación del humanismo médico de Gracia pueda ser acertada y se corresponda con los modelos humanistas médicos comúnmente aceptados, la realidad más evidente es que siempre han existido y seguirán existiendo grandes médicos humanistas en toda la extensión de la palabra. Humanistas de talla como Albert Schweitzer, Pedro Lain Entralgo, Edmund Pellegrino, José Alberto Mainetti, el mismo Diego Gracia, entre otros, conforman un grupo nada selecto, mencionándose aquí a penas unos pocos nombres.

Los rasgos que comparten estos personajes, en cuanto a que es obvio que hayan poseído caracteres dispares, podrían describirse con una sola frase alusiva: veían en el enfermo al ser humano y no sólo a la enfermedad. Un médico especialmente interesante, fundador de la antropología médica como propiamente médica o, como la llaman otros autores, “antropología médica de aplicación clínica” (Martínez Cortés, 2002), fue Victor von Weizsacker, arquetipo de médico integral, no tanto por lo que hizo, sino por lo que propuso; su “patosofía” es sobre todo un método concreto que permite entender la enfermedad somato-psíquicamente y socioculturalmente, y que además ofrece una respuesta terapéutica apropiada desde este entendimiento (Lolas Stepke, 2010).

Estos ejemplos ilustres son fundamentales para entender el humanismo médico, de nuevo, lo que tienen en común todos estos médicos humanistas es que cambiaron la orientación y la polaridad de su pensamiento y su accionar, volcándose totalmente hacia la humanidad herida de los pacientes, con respeto y reverencia, desde ellos y hacia ellos. Se concluiría que el objetivo del humanismo médico se corresponde exactamente con el objetivo de la medicina sin las desvirtuaciones posteriores; antes bien, por falta de simpleza, parecería mera utopía.

En todo caso, este objetivo no es fácil de alcanzar, ya que no es simple “(...) preservar el equilibrio físico y mental del ser humano, promover su salud orgánica y espiritual, recuperar su autoestima y su amor propio, estimular su crecimiento intelectual, su madurez emocional y su reafirmación como sujeto definido de un derecho fundamental humanitario” (Vera Delgado, 2004, pág. 272). Al llegar a esta conclusión, es necesario enfatizar junto con Gracia que son los valores del médico, en cuanto persona, los que conforman o no su vocación y su carácter humanista. Esta concepción axiológica de marca personalista es más que necesaria para declarar que la ética médica, como ética basada en un principio básico, toma a la persona, en este caso enferma o no enferma,

como un fin en sí mismo y nunca como un medio. Esta es también la base de todo humanismo médico (Martínez Cortés, 2002).

Después de todas estas aclaraciones se llega a un punto crítico: si el humanismo médico es lo que se espera, y si existe un cierto consenso de que se debe adquirir cierto matiz humanista en todos los médicos mediante la formación, sin pretender que sean grandes humanistas de la historia, pero sí verdaderamente humanos en su propia historia, la pregunta sería ¿cómo lograrlo?

Es aquí donde entran en escena dos no tan nuevos aspectos, la formación humanística y las humanidades médicas. Sería ideal que, por medio de la formación humanística en humanidades (médicas) se produjera un médico humanista, pero de aquello se desprende automáticamente la otra pregunta de si querer conseguir este humanismo sería pedir demasiado, claro, sin asumir que las humanidades son automáticamente humanizadoras (Viola & Ricci, 2012). La respuesta a la pregunta del cómo lograrlo, o antes, interrogarse porqué es necesario plantear esta pregunta, es un imperativo debido a que muchas veces la formación humanística pareciera más un bello discurso que un método pedagógico concreto (Viola & Ricci, 2012). Por tanto, lo primero en lo que habría que discurrir, aunque sea pocamente, es en la formación humanística del médico.

Ya se discutió sobre una pedagogía humanista que busca la autonomía del educando y su realización plena, que coincidiría a su vez con una visión humanística de la educación y, porque no, con una concepción de una educación médica humanística. Pero hablar de esto no es lo mismo que hablar de formación humanística concreta, debido a que es necesario ir desde la abstracción de la una, intentándose llegar a la concreción de la otra. Esto quiere decir que la formación humanística debe plasmarse en una estructura concreta como una propuesta curricular. El pragmatismo de las intenciones tiene que ayudarse claro está de las disciplinas, o sea de las humanidades, y convertirlas en contenidos, para después transformarse en accionar docente, enseñanza, y, finalmente, poder llegar al fin de todos los empeños, el aprendizaje.

Es necesario destacar, por otra parte, que no se quiere dar una idea de linealidad del proceso formativo como si se tratara de algo simple, más bien se acata la teoría sistémica de este proceso, en donde se habla de una interconectividad e interdependencia de varios niveles (Perales Cabrera, 2008). Lo que sugiere que la

formación humanística del médico no depende exclusivamente de la formación en humanidades médicas, sino que está en dependencia con otros varios factores, comenzando con la ética institucional, pasando por la teoría del desarrollo moral del ser humano con la que se cuente en la institución formativa, y finalizando por la calidad humana y ética del docente del cual el discente aprende por modelaje (Perales Cabrera, 2008). Estos múltiples factores serán tomados en cuenta a la hora de estructurar e implementar un currículo. Pero, por el momento, centraremos el análisis en las dimensiones de las disciplinas.

1.3. Distinciones entre humanidades y humanidades médicas, precisando la especificidad de las humanidades de la salud

Como ya se hizo alusión anteriormente, las humanidades son un conjunto de saberes, puede que consideradas disciplinas¹⁴, muchas veces heterogéneos, por lo que está de sobra decir que su exposición y definición no resulta nada fácil. Es necesario para esto hacer la distinción de los tres tipos de humanidades existentes según cierta taxonomía. Constan en esta clasificación tres grupos: *las viejas humanidades*, *las nuevas humanidades* y *las recientes humanidades médicas* (Sánchez González, 2014). Las viejas humanidades, cultivadas en la antigüedad y en el renacimiento, consistían en la gramática, la retórica, la poética y las bellas artes, aquellas eran los *studia humanitatis* a las que se podrían añadir la filosofía y la historia.

Las nuevas humanidades son más contemporáneas, desarrolladas desde el siglo XIX como ciencias sociales, morales y culturales. Aceptar que son ciencias es indicar que tienen un objeto de estudio diferenciado y han logrado un desarrollo teórico – metodológico propio. Dentro de este grupo se ubican, aunque no exclusivamente debido a que siguen creándose nuevas disciplinas, la sociología, la antropología, la psicología, la ecología, la demografía, la lingüística, la semiótica, la estética, entre muchas otras.

¹⁴ Se considera que el concepto de disciplina está íntimamente ligado a la idea de ciencia, que entre otras cosas implica contar con un objeto de estudio delimitado y una metodología propia. Sin embargo, el dilema epistemológico del estatuto de las humanidades frente a las ciencias supera nuestras intenciones iniciales, por lo que nos limitaremos a asumir la etiqueta de “disciplina” para hacer referencia a las humanidades médicas y a las ciencias humanas y sociales.

También es importante mencionar que estas ciencias humanas o ciencias sociales no son exclusivas de lo que se entiende por nuevas humanidades, en este grupo también entran las artes, y no solo las clásicas (pintura, escultura, danza, novela, poesía, drama, cine, etc.). Se podría apuntar que la característica común de este grupo consiste en que mantienen un paradigma hermenéutico-narrativo que concibe el conocimiento como un proceso de construcción de significados que se fundamentan en la interpretación y la comprensión más que en las leyes explicativas (Lolas, 1997) (Taylor, La interpretación y las ciencias del hombre, 2005).

En el tercer grupo están las humanidades médicas, éstas son una parte de las anteriores que tienen relevancia en el estudio y la práctica de la medicina (Sánchez Martín M., 2014). Como se hace evidente, las humanidades médicas comparten el mismo problema de las humanidades en general, su heterogeneidad intrínseca y la falta de unanimidad con lo que respecta a su definición. La forma de diferenciarlas sería mediante sus objetivos generales, dirigidos casi exclusivamente a contribuir con el mejoramiento de la formación de los profesionales de la salud y de la atención sanitaria.

Según Ahlzén (2007), los objetivos de las humanidades médicas son tanto teóricos como prácticos. En el rango teórico ayudarían a la comprensión de los fenómenos de la salud/enfermedad/discapacidad, la medicina, la práctica clínica, los procesos de atención, el sufrimiento y la experiencia humana en general. Los objetivos prácticos, en cambio, ya no se centrarían sólo en la comprensión, sino que pasarían a la actuación y transformación de las formas de asistencia, del encuentro clínico y de las políticas públicas de salud. Este amplio abarcamiento parecería imposible, pero las humanidades médicas han venido desafiando esta idea hasta parecer introducirse en todos estos campos.

Antes de continuar con la exposición de los objetivos de las humanidades médicas, sus aportes y sus potencialidades en la medicina y en la educación médica, es importante retroceder hacia la búsqueda de los procesos históricos de desarrollo que han permitido su consolidación. Se ensayará a continuación una aproximación histórica y geográfica de las humanidades médicas.

2. Sondeo de algunos contextos geográficos relevantes en perspectiva histórica

2.1. Contexto de nacimiento del movimiento de las *medical humanities* en los Estados Unidos y desarrollo posterior

Las humanidades médicas son un campo de estudio relativamente nuevo, apenas se viene desarrollando desde la década de los sesenta del siglo pasado. A pesar de esto, y para algunos autores, este campo ya ha alcanzado su madurez (Ahlzén, 2007). Sin embargo, para poder aseverar su consolidación como campo de estudio en el mundo sanitario, lo pertinente sería remitirse primero a sus orígenes y a su proceso histórico de conformación. Resulta anecdótico constatar que, el movimiento que posteriormente devendría en las humanidades médicas, surgiera como un grupo de capellanes y directores espirituales de universidades norteamericanas, especialmente de las facultades de medicina, con preocupaciones pedagógicas e inspiraciones abiertamente religiosas; que, entre otras acciones, cuestionaban los avances de la técnica en la medicina por sobre el ser humano.

De la conformación por parte de este grupo del *Committee on Medical Education and Theology* en la década del sesenta, le seguiría; no sin antes aunarse en el grupo a algunos médicos, entre ellos, Edmund Pellegrino, el nacimiento de la *Society for Health and Human Values* a finales de esta primera década, en 1969 (Di Teodoro , 2012) (Bleakley A. , 2015). El cambio en el nombre del grupo, para nada arbitrario, reconocía una necesidad identitaria que denotaba un compromiso más amplio y secular (Fox, 1985). En la década siguiente, Edmund Pellegrino visitó ochenta escuelas de medicina estadounidenses, creando consciencia de la necesidad de introducir las humanidades médicas en los programas universitarios de medicina (Di Teodoro , 2012).

Al revisar estos datos históricos, convenimos que el origen de las humanidades médicas se ubica geográficamente en los Estados Unidos, al menos en lo que respecta al movimiento pedagógico contemporáneo, y que también, según parece, fue organizado como proyecto político (Fox, 1985). Asimismo, existen hechos concretos que demuestran que hubo una preocupación muy anterior por las humanidades médicas dentro del ámbito propiamente médico norteamericano, incluso antes de la década del

sesenta, preocupaciones que se sustentaban en el hecho de que la formación profesional había dejado a un lado la educación liberal después de la reforma Flexner (Bleakley A. , 2015).

Artículos y publicaciones hacían eco, por primera vez en aquellos años, de la pérdida del arte de la medicina y la implantación de demasiado contenido científico-técnico en los planes de estudio. Comenzaba así el malestar por la percepción de una medicina deshumanizada, originándose verdaderos encontrones entre los médicos con compromiso humanista y los defensores de la medicina científica y sus logros (Bleakley A. , 2015). Para tener una mejor idea de la situación de entonces, habría que acotar que, para 1930, dos tercios de las facultades de medicina estadounidenses ofrecían algún tipo de curso de humanidades. Este porcentaje llegaría a su punto más bajo a finales de los sesenta, cuando sólo aproximadamente el 45% de las escuelas en 1969 tenían un programa de humanidades (Tapajós, 2005).

Cronológicamente hablando, se sabe que “el historiador de la ciencia George Sarton utilizó por primera vez el término ‘humanidades médicas’ en 1940, en las páginas de ISIS, una revista dedicada a la historia de la ciencia, la medicina y la civilización” (Hurwitz & Dakin, 2009, pág. 84). Pero el término “humanidades médicas” no sería acuñado, y luego ampliamente difundido, sino hasta 1948 en Estados Unidos (Bleakley A. , 2015). A su vez, “en 1951, en un contexto canadiense, Van Wyck [...] escribió un artículo sobre el papel de las humanidades en la educación médica. Y en 1952, se estableció la primera gran innovación curricular *al introducir las humanidades médicas*¹⁵ en una escuela de medicina de América del Norte” (Bleakley A. , 2015, pág. 14).

Específicamente, fue en la *Case Western Reserve medical school* de Cleveland, Ohio, donde, mientras revisaban el currículo durante un periodo de cinco años, de 1952-57, introdujeron un componente opcional de estudio en Historia de la Medicina (Cooke, Irby, & O’Brien, 2010). En 1967, más de una década después de este suceso algo aislado, sería creado el primer departamento de humanidades médicas en una escuela de medicina, en la *Pennsylvania State University*. La innovación de esta escuela de medicina consistía en los cursos libres ofrecidos de Religión, Historia, Filosofía de la

¹⁵ El énfasis es mío.

Ciencia y, posteriormente, ya en 1969, de Literatura, de los cuales los estudiantes debían tomar dos seminarios de su elección (Hawkins, Ballard, & Hufford, 2003).

Continuando con el análisis histórico, convendría indicar antes que, en contraposición con la aparente unificación con la que goza actualmente el campo de las humanidades médicas, su desarrollo y su difusión fue, de hecho, muy dispar. Esto ha sido especialmente claro en los caminos recorridos por cada país en donde se fueron dando cabida a estas nuevas disciplinas. Se descubre así una expansión no lineal en la que hubieron intervenido diferentes actores e instituciones, impregnando sus visiones e inevitablemente respondiendo a sus necesidades. Los diferentes enfoques sobre las humanidades médicas son también evidentes en los programas y cursos instituidos en las distintas universidades.

A más del Departamento de Humanidades Médicas de la *Pennsylvania State University*, otros departamentos reconocidos y que se crearon tempranamente son: El *Institute for the Medical Humanities* de la *University of Texas Medical Branch of Galveston (UTMB)* y el departamento de la *Southern Illinois University*. El de Texas fue uno de los primeros en Estados Unidos, establecido en 1973, cuyo propulsor fue H. Tristram Engelhardt Jr., y cuya figura destacada en el área de literatura sigue siendo la reconocida profesora Anne Hudson Jones (Jones & Carson, 2003). Diez años más tarde del experimento de la Universidad de Galveston, alrededor de un tercio de facultades de medicina de Estados Unidos tenían a la literatura en sus planes de estudio (Charon, et al., 1995).

Antes de seguir valdría exponer una cuestión problemática que se originó en las humanidades médicas del contexto norteamericano, situación no asumida del todo e irresoluta hasta el día de hoy. Esta comenzaría después de la creación de la *Society for Health and Human Values*, cuando, en 1998, esta sociedad pasa a fusionarse con la *American Society for Bioethics* y la *Society for Bioethics Consultation* para formar la *American Society for Bioethics and Humanities (ASBH)* (Bleakley A. , 2015). Este hecho, aparentemente neutral, es el ejemplo paradigmático de lo que hubo de ocurrir en los Estados Unidos, esto en referencia a la inicial alienación de las humanidades médicas con la bioética.

De esta manera, la bioética se constituyó como un precedente fundamental para la implementación de las humanidades médicas y su arraigamiento. El entrecruzamiento de los dos campos de estudio, de reciente creación para ese entonces, se dio por su afinidad correspondiente por la narratividad. El giro hermenéutico-narrativo de la bioética (Moratalla, 2007) (Pinto Bustamante, 2011), que se había ya producido en las ciencias sociales y en las humanidades (Polkinghorne, 1988) (Kreiswirth, 1994), demostraba una preferencia de esta disciplina por las narraciones situadas a los casos muchas veces carentes de contexto (Geisler, 2007), lo que facilitaba a que se entendiera de buena manera con alguna rama de las humanidades médicas, la de la literatura y la crítica literaria.

En ese contexto, no hace mucho se había descubierto las potencialidades de la literatura en la educación médica (Jones A. H., 1997), fue una verdadera apuesta de algunos académicos de las humanidades por un trabajo interdisciplinario, iniciativa que se produjo desde la escuela de medicina de Galveston, Texas (Jones & Carson, 2003). A esto se sumó el antecedente de la creación de la Revista *Literature and Medicine* en 1982, acontecimiento que anunciaba la independización de este nuevo campo de estudio de las humanidades médicas, y que preparaba el terreno para el nacimiento de lo que posteriormente se denominaría Medicina Basada en Narrativas (MBN).

Lo que queda como lección de los conflictos entre las diferentes disciplinas, áreas independientes como la bioética y la literatura, pero también por ejemplo la historia de la medicina o la ética médica, todas dentro del campo abarcador de las humanidades médicas, es que tuvieron que darse estos enfrentamientos para que se formase una identidad del campo de estudios. Fue necesario que las disciplinas se diferenciaron lo suficiente como para obtener un estatus de campos de estudios independientes. En la actualidad, continúan las tensiones por determinar la especificidad de cada disciplina, especialmente entre la bioética y el resto de humanidades médicas. Tantas son las disputas, que se han dado permanentemente reclamos por separar los espacios donde se desenvuelven tanto unas como otras. Un ejemplo de esto es que la *American Society for Bioethics and Humanities* se encuentre claramente sesgada hacia la bioética.

Pero retornando a la genealogía, es interesante destacar el progreso de las humanidades médicas en los Estados Unidos durante la segunda década. Prueba de ello es que en 1972 sólo había doce programas piloto sobre ética y/o humanidades, mientras que, para

1980, se ofrecían estas disciplinas en 89 de las 125 escuelas de medicina de este país (Tapajós, 2005). En ese mismo año de 1980, los datos de un cuestionario realizado en 122 escuelas de medicina de todo Estados Unidos mostraron un listado de 109 escuelas que ofrecían 554 cursos relacionados con las humanidades, de los cuales, 411 eran de Ética, y 143 de materias como Historia, Derecho, Literatura, Filosofía, Valores Humanos, Religión, Arte y Lenguas, entre otras (Warren, 1984). Además, la revista *The North American Journal of Medical Humanities* se había puesto en marcha en 1979, conformándose desde entonces una comunidad interdisciplinar de académicos interesados en las humanidades médicas, en la investigación, la docencia y la pedagogía en este campo (Bleakley A. , 2015).

Tan pronto como 1984, Pellegrino (1984) anunciaba la entrada en la “era pos evangélica” de las humanidades médicas, haciendo referencia a la superación de la era de evangelización, tiempo en el cual se habrían asumido las virtudes de estas disciplinas para la educación médica en ausencia de evidencia de sus efectos. En 1988, Eric Cassel, médico influyente en la comunidad médica americana, estudioso de la naturaleza y la ética del sufrimiento, publicaba un informe titulado “*The Place of the Humanities in Medicine*”, reafirmando de esta manera la importancia de las humanidades médicas en la medicina, y especialmente en educación médica. Las dos décadas siguientes al informe de Cassel se caracterizarían por la consolidación de las humanidades médicas en los EE.UU. (Bleakley A. , 2015). Por otro lado, en 1994, el primer sitio web sobre las humanidades médicas se creó en la escuela de medicina de Nueva York; en el momento, este era uno de un puñado de sitios web de un internet en ciernes.

Por fin llegaría 1998, que es cuando la *American Medical Colleges (AAMC)* reiteró la necesidad de la formación en humanidades en todas las escuelas de medicina, produciéndose de esta forma un despunte definitivo de las humanidades médicas y dejándose de lado las dudas sobre su importancia en la educación médica. Asimismo, en el año 2003, la revista *Academic Medicine*, una de las revistas de mayor impacto en la medicina académica, publicaba una edición especial dedicada al estado del arte de las humanidades médicas en la educación médica. Esto demostraba que las humanidades médicas eran valoradas más que nunca por la comunidad de la educación médica norteamericana (Bleakley A. , 2015).

Esto también resultó en un crecimiento exponencial del número de escuelas de medicina que cuentan con componentes curriculares de las humanidades médicas. A la fecha, existen numerosos departamentos de humanidades médicas repartidos en las distintas universidades norteamericanas, demostrando que se han consolidado definitivamente en la academia de ese país. Sin embargo, el *boom* de las humanidades médicas no se limitaría al mundo académico y mucho menos al mundo estrictamente sanitario, lo que se produciría durante los últimos años en este contexto es un acercamiento ecléctico de las humanidades médicas, y una diversidad de propuestas desarrolladas en múltiples entornos, siendo el nuevo paradigma la colaboración interdisciplinaria, así lo afirma Bleakley (2015):

“El mayor giro en las humanidades médicas en Norteamérica parece ser hacia unas humanidades médicas más inclusivas, con el reconocimiento de que pueden ser practicadas en una variedad de lugares, sobre todo en las facultades de medicina, pero también en las facultades de artes y humanidades, y en organizaciones y centros privados de beneficencia”. (p.22).

2.2. Paisaje histórico de las humanidades médicas en el Reino Unido

El otro contexto que sería bueno examinar, por la importancia que ha tenido a nivel mundial con respecto a las humanidades médicas, es el británico. Las humanidades médicas allí tuvieron un recorrido hasta cierto punto distinto al de los Estados Unidos. En el Reino Unido, es muy difícil definir el punto de origen del movimiento, algunos concuerdan en que se lo ubique a mediados de la década del cuarenta, cuando comenzó otro movimiento afín, el de la “terapia del arte”; suceso que igual puede pasar por precursor importante pero que no estaba directamente relacionado con la educación médica en ningún caso (Bleakley A. , 2015). Es recién en 1993, que la fundación *Wellcome Foundation* organiza un seminario sobre las artes en la salud, el primero de su tipo en el Reino Unido (Bleakley A. , 2015).

Ese mismo año, el *General Medical Council (GMC)* publicó la primera edición del famoso informe *Tomorrow's Doctors* que obligaba a las facultades de medicina británicas a instituir grandes cambios curriculares, entre cuales se encontraban el poner un énfasis en la Historia de la Medicina, la Literatura y las Humanidades en general. En 1995, la *UK Royal Society of Medicine* organiza un simposio titulado: "Art in Hospitals:

Past, Present and Future" (Bleakley A. , 2015), era el mismo año en que MacManus (1995) publicaba en *The Lancet* el artículo "*Humanity and the Medical Humanities*".

Al igual que en el caso norteamericano, donde las personalidades fueron importantes para el surgimiento de las humanidades médicas (hemos nombrado especialmente a Edmund Pellegrino), en el caso británico se puede afirmar algo parecido. Son dos de estas personas influyentes, Robin Philipp y Kenneth Calman, quienes organizan, en 1998, el primer gran seminario sobre las humanidades médicas en Reino Unido, conocido como la "*Windsor conference*". Este evento tenía entre sus intenciones ligar las artes en el ámbito sanitario y las humanidades en la formación de los profesionales de la salud. Estas conferencias tuvieron dos ediciones más en 1999 y 2001, momentos donde también tuvieron participación activa el filósofo Robert Downie, personaje clave en las humanidades médicas británicas, así como muchos representantes de la arteterapia y algunos estudiosos estadounidenses de las humanidades médicas (Bleakley A. , 2015).

En 1999, seis años después de la publicación del informe del GMC, el *Nuffield Trust*, una fundación de beneficencia, ayudó a formar el *Centre for the Arts and Humanities in Health and Medicine (CAHHM)* y el Instituto de Humanidades Médicas de la Universidad de Durham, el primero de esas características en todo el Reino Unido (Bleakley A. , 2015). Pero incluso un año antes, dos médicos de Londres, Deborah Kirklin y Richard Meakin, habían comenzado a explorar las humanidades médicas y las artes para ayudar a comprender a los estudiantes de medicina la experiencia de pacientes y familiares de vivir y con-vivir con el cáncer. Estos clínicos y docentes establecieron en 2001 un centro de humanidades médicas en el *Royal Free and University College Medical School* de Londres (Kirklin, 2003). Este centro, que comenzó como un grupo de educadores médicos con un interés en las humanidades y en las artes; y que ofrecía un programa de pregrado y posgrado, el primero en Reino Unido por entonces, fue cerrado apenas una década después de su apertura, demostrando así la marginalidad de las humanidades médicas incluso con el paso de los años (Bleakley A. , 2015).

Una contribución importante se dio gracias a algunos académicos de la Universidad de Gales Swansea, la cual había estado en la vanguardia del desarrollo de las humanidades médicas desde que hubo de ofrecer una Maestría en Humanidades Médicas en 1997

(Bleakley A. , 2015). Asimismo, este centro y sus responsables organizaron un coloquio para explorar el reciente campo de las humanidades médicas en el 2000 y otro en el 2001, patrocinado por la *Nuffield Trust* y la Universidad de Gales.

Ambos encuentros resultaron en publicaciones y en una profundización del entendimiento sobre el papel de las humanidades médicas en la educación médica, y cómo lograr su integración curricular. Entre tanto, en el año 2000, se publicaba en el Reino Unido dos de los primeros volúmenes de la revista *Medical Humanities* por parte del grupo editorial *British Journal of Medicine* (BJM) (Di Teodoro , 2012). Por su parte, en el año 2002, el Instituto de Humanidades Médicas de Durham pasó a conformar la *Association For Medical Humanities* (AMH) cuyas funciones principales pasarían a ser: continuar con la planificación y ejecución de conferencias que permitan desarrollar el campo, y presionar la subvención de organismos reconocidos como el *Wellcome Trust* y el *Arts Council England* (ACE) para el desarrollo estratégico de las humanidades médicas a nivel nacional (Bleakley A. , 2015).

Es preciso ahora nombrar otra figura icónica del medio británico de las humanidades médicas, Martyn Evans, filósofo que previamente se había destacado en la Universidad de Gales Swansea, pasando luego al instituto de Durham, y que se convertiría en el presidente de la *Association For Medical Humanities* y co-editor de la revista *Medical Humanities*. En el año 2002, bajo su presidencia, se produce la sesión inaugural de la asociación, encuentros que posteriormente continuarían anualmente con regularidad. En aquella sesión, como primer punto de la agenda, se inició con la discusión sobre la adecuación del término “humanidades médicas”. Esto porque dicho término podía llevar a una posible confusión y a un reduccionismo por ser considerado exclusivo de la medicina (Evans & Greaves, 2002). Otras discusiones se fueron dando en las reuniones anuales subsiguientes, especialmente sobre preocupaciones epistemológicas y metodológicas que persisten hasta el día de hoy (Bleakley A. , 2015).

En la actualidad, en el contexto del Reino Unido, de entre la multitud de iniciativas relacionadas con las humanidades médicas destacan los programas del *King's College* de Londres y de la Universidad de Bristol. Además, como uno de los programas más innovadores, resalta el de la *Peninsula Medical School*, escuela que ha logrado desarrollar un *core curriculum* integrado de humanidades médicas (Bleakley, Marshall, & Broemer, 2006). Algunas universidades incluso cuentan con ofertas de posgrado en el

área. A pesar de este gran avance, uno de las incertidumbres para la continuidad de las humanidades médicas en el Reino Unido es el tema de la financiación de algunos programas. Aunque ese tema ha sido un factor clave para la expansión de las humanidades médicas y, a sabiendas que hubo problemas de falta de fondos para la investigación en el pasado, actualmente se está dando el apoyo suficiente para que el campo de las humanidades médicas siga creciendo (Bleakley A. , 2015).

2.3. Pasado y actualidad de las humanidades médicas en el contexto latinoamericano

El escenario en América Latina es muy diferente al anglosajón que se ha venido comentando, primeramente, porque las humanidades médicas en sí, como un nuevo movimiento pedagógico hasta cierto punto unificado, resultan extrañas para la mayoría de países de la región. Es lógico pensar que los modelos norteamericanos y británicos se hayan podido adoptar en las facultades de medicina de Latinoamérica, como efectivamente ocurrió con otros tópicos de la educación médica (Borrell Bentz, 2005). Sin embargo, es importante señalar que las humanidades médicas de marca latinoamericana, cuyos comienzos históricos son un hecho desde hace varias décadas, poseen ciertos matices que son necesarios explorar y, porque no, reivindicar.

Lo dicho es especialmente importante para aclarar la independencia (soberanía) de los procesos de desarrollo de las humanidades médicas de cada país, evitando la imposición, o más bien, la adopción irreflexiva de modelos foráneos. Esta problemática se alcanza a intuir en la pregunta que hace Bleakley (2015): “¿cómo vamos a evitar un imperialismo o colonialismo de las humanidades médicas, donde los valores occidentales de América del Norte, incorporados en los planes de estudios, se exporten para ser dominantes a nivel mundial?”(p.33). Queda, pues, abierta la pregunta.

Además, es necesario declarar la falta de unanimidad de las propuestas en América Latina, algo que resalta aún más las diferencias existentes con los modelos anglosajones en lo que respecta a las humanidades médicas; que, al contrario, como se señalaba, tienden a unificarse y a homogenizar sus propuestas. La falta de sistematicidad en la

exposición de los planteamientos por parte de universidades latinoamericanas queda reflejada en las relativamente pocas publicaciones sobre estos temas en español, si se compara con la cantidad de contenido publicado en inglés.

Del mismo modo, los pocos centros y las escasas o nulas redes de trabajo en la región son una muestra más de la inmadurez¹⁶ del campo de las humanidades médicas a nivel latinoamericano. Por lo tanto, la forma de rastrear los distintos panoramas ha de hacerse aisladamente y con una limitación evidente, tomando en cuenta programas y cursos que se han dado a conocer de manera explícita a través de páginas web informativas y publicaciones en revistas o libros; aceptando, por otra parte, que puedan existir varias otras propuestas que no serán tomadas en cuenta por permanecer no publicadas y no ofrecer información accesible.

Escarbando en los archivos de la web puede constatarse, no sin asombro, que el inicio de las humanidades médicas, quizás no en toda Latinoamérica, pero si al menos en Argentina, tiene una herencia grande del humanismo médico europeo y no tanto de los modelos norteamericanos. Se podría intuir que este influjo continental¹⁷ europeo viene de una larga tradición reflexiva del papel de las humanidades y su relación con la medicina. Mainetti (1992), a propósito de sus años de formación en Europa previos a la divulgación de las humanidades médicas en el Sudamérica que él mismo iba a comenzar, comenta:

A partir de dicha estancia madrileña y su ampliación a otros centros similares, había completado mis años de formación y peregrinación. Traía en la mochila las tres ramas principales del tronco tradicional del humanismo médico europeo, a saber: escuela española de Historia de la Medicina (Lain Entralgo); la escuela alemana de Antropología filosófico-médica (H. Schipperges, de Heidelberg); y la escuela francesa de epistemología biológica y médica (G. Canguilhem, en París) (s/p).

Esta experiencia llevaría a Mainetti a emprender proyectos vinculados con las humanidades en el contexto de la medicina académica argentina, en los cuales

¹⁶ Cuando se habla de la inmadurez del campo de las humanidades médicas en América Latina se lo hace en comparación con el movimiento anglosajón contemporáneo, que por su parte ha logrado notoriedad, especialmente en los contextos académicos-universitarios. Es así como no se quiere dar a entender la deficiencia de las propuestas latinoamericanas en términos de su valía, sino sólo con referencia al escaso impacto que han tenido en el plano académico.

¹⁷ Asumimos aquí la clásica división de la filosofía en: continental europea de carácter hermenéutico y la filosofía analítica norteamericana de carácter pragmático.

participaría primordialmente como docente y catedrático. En 1969 se creaba la Fundación Mainetti, primera etapa de institucionalización del humanismo médico argentino, que fue seguida de la creación del Instituto de Humanidades Médicas en 1972, un centro para el cultivo de las humanidades aplicadas a la medicina, fundamentalmente la filosofía y la historia médicas (Mainetti, 1992). El propio Mainetti se convertía en el profesor y director del Seminario de Filosofía Médica. También, simultáneamente era creada la editorial y la revista homónima *Quirón*. Sin embargo, este impulso europeizado sería rápidamente combinado con las ideas importadas de América del Norte, sobre todo del movimiento de las *Medical Humanities*. Así lo refiere Mainetti (1992) sobre las actividades del instituto en el tiempo inmediato a su fundación:

La primera década del Instituto de Humanidades Médicas representa, pues, una etapa de recepción de estas disciplinas impulsadas desde el área cultural anglosajona, en un marco propicio de relaciones personales e institucionales, iniciadas con Tristram Engelhardt, Jr. (del *Institute for the Medical Humanities*, Galveston, Texas University Medical Branch) y Edmundo Pellegrino (del *Institute of Human Values in Medicine*, Washington). (s/p.).

El instituto se convierte en centro por excelencia de formación e investigación en humanidades médicas, contaba con una biblioteca especializada que iba creciendo con los años. Además, aliado estratégicamente con la editorial Quirón, era el centro principal de publicaciones bajo la etiqueta de las humanidades médicas, con publicaciones regulares de revistas (la revista Quirón), libros y otros textos. El centro era también el encargado de organizar reuniones científicas periódicas, nacionales e internacionales en torno a las humanidades médicas y la bioética (Mainetti, 1992).

Parte de estas reuniones fueron los *Coloquios de Humanidades Médicas* y el *IX Simposio interdisciplinario de Filosofía y Medicina*, que había sido convocado en Madrid a principios de 1979 por las escuelas europeas y norteamericanas representantes del humanismo médico. Fue en estos eventos donde se tendió el “puente” definitivo entre las *Medical Humanities* norteamericanas y la tradición histórico-médica española y europea que era representada y re-interpretada por la escuela del humanismo médico argentino iniciada por Mainetti. Así lo señala el propio Mainetti (1992), quien participó de dicho simposio, concluyendo, en una especie de síntesis de esa primera década de trabajo en el campo, lo siguiente: “personalmente, tomé allí conciencia de la magnitud

del proyecto de las humanidades médicas, y me decidí a radicalizar su institucionalización en nuestro medio” (s/p.).

Estos acontecimientos, surgidos en las décadas de los 70's y 80's, merecen ser interpretados dentro de las complejidades del contexto nacional argentino y el ambiente socio-político de aquellos años, que de alguna forma proveen un justificativo situacional del porqué de este surgimiento de las humanidades médicas a nivel latinoamericano. Para nuestros fines de indagación histórica, resaltamos que la institucionalización definitiva de las humanidades médicas en el ámbito académico universitario de Latinoamérica se produce más bien en una segunda fase, y primero en un país en particular, la Argentina. La sede de esta transformación fue la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Tan temprano como en el año de 1976 se agregaron cursos electivos de humanidades médicas al plan de estudios de esta universidad.

Las asignaturas cubiertas en ese entonces eran: Filosofía, Antropología y Artes en la Medicina; que después se ampliarían con las Ciencias de la Conducta (Psicología, Sociología, Derecho), Literatura, Historia y Filosofía de la Medicina. Otros cursos anexados con posterioridad fueron: Antropología Médica, Epistemología Médica y Axiología. Los primeros cursos fueron propuestos como complementarios para la formación de posgrado, dirigidos a médicos que buscaban alguna especialización. Pero también se alentó a los estudiantes de pregrado a participar libremente, ya que se ofrecían cátedras optativas y algunos seminarios ocasionales (Acuña, 2003).

El personal docente del programa de humanidades médicas de la facultad de medicina de la UNLP estaba conformado por: un médico y filósofo (el propio José Mainetti), un médico con estudios de música, un cirujano general interesado en las relaciones entre la medicina y las artes, un antropólogo médico y un experto en educación médica (Acuña, 2003). La decisión de impartir estas asignaturas no escapó de la retórica argumentativa que se manejaba de considerar beneficioso introducir estas disciplinas en el plan de estudios por las “bondades” que podrían aportar y que habrían aportado a la educación médica de los países desarrollados, y por ser consideradas una verdadera innovación.

Aun así, existían problemas. El principal consistía en el escaso apoyo económico y financiero que recibían, la ausencia de un presupuesto suficiente asignado para el proyecto. Como un mal no menor estaba el poco interés por parte de los estudiantes con

respecto a estas nuevas asignaturas, quizá por la falta de un bagaje o unos nulos prerrequisitos teóricos de éstos en filosofía; aunque sí habían podido sospechar alguna utilidad de la antropología para la aplicación en su práctica médica cotidiana. Las artes, por otro lado, se les hacían una necesidad nada prioritaria y hasta un lujo. Los profesores de estas asignaturas tampoco consiguieron despertar la curiosidad con su enseñanza, reforzando más bien reacciones negativas (Acuña, 2000).

Para lograr salir de este apuro se decide cambiar todas las asignaturas mencionadas por una sola cátedra con una menor carga horaria y con el nombre genérico de “humanidades médicas”, además se busca financiamiento privado externo y se realizan convenios formativos y académicos con centros e instituciones extranjeras de prestigio (Acuña, 2000). Entre estos intercambios podemos mencionar los siguientes: El *IV Congreso Nacional de Historia de la Medicina Argentina*, organizado por la Cátedra de Humanidades Médicas y celebrado en La Plata en noviembre de 1980; la visita de P. Laín Entralgo en junio de 1985 para recibir el doctorado *honoris causa* por la UNLP, y las *Jornadas de Humanidades Médicas y Simposios Internacionales de Bioética* realizadas anualmente (Mainetti, 1992). En el aspecto investigativo se da inicio al Programa de Investigaciones en Humanidades Médicas (PIHUME) en 1984 y, en 1985, al Programa de Investigaciones Bioéticas (PIBE) (Mainetti, 1992).

En la actualidad, una vez revisado el currículo, las humanidades médicas han tomado fuerza en la UNLP, se han recuperado algunas de las disciplinas disueltas y se han incorporado definitivamente como cursos fijos los que siguen: Historia de la Medicina, Medicina y Literatura, Antropología Médica, Bioética y, finalmente, la más novedosa, la Kakología Médica, cuyos seminarios se llevaron a cabo por primera vez en 1993. Esta última asignatura se inspiraba únicamente en la belleza de la música y cómo esta podría ayudar a los estudiantes de medicina en su percepción estética, pero actualmente busca encontrar una aplicación práctica en la medicina clínica (Acuña, 2000; 2003).

Así como la iniciativa de las humanidades médicas comenzaba impetuosa, pero también reflexivamente, hace algunas décadas en Argentina, gracias a los arranques de un gran médico y humanista como José Alberto Mainetti y su equipo, así también van a darse nuevos y renovados impulsos en los últimos años en otros países de la región y sobre todo en la misma Argentina. Sobresale al trabajo de los profesores Ricardo Ricci y

Francisco Viola que, a partir de sus condiciones de médico epistemólogo el uno, y de médico y psicólogo el otro, y desde la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT), han comenzado un positivo revuelo del tema de las humanidades médicas en este país. Ciertamente, los aportes que han dado a este campo no se limitan a promocionar exclusivamente el plan de estudios innovador que desarrollan en su centro de estudios, sino que han lanzado una propuesta para comenzar a discutir sobre las humanidades médicas en las instancias más altas a nivel nacional (Viola & Ricci, 2012).

Describimos a continuación, a *grosso modo* y en un orden cronológico, el trabajo puntual que han venido haciendo estos dos docentes con respecto a las humanidades médicas en la Facultad de Medicina de la UNT. Viola y Ricci (2012) inician admitiendo que, a pesar de la larga tradición de la facultad en mención por proveer en su proyecto educativo y en el currículo temas relacionados con la esfera humanística, estas intenciones sólo quedaban en el discurso, puesto que no se traducían en prácticas efectivas. Incluso contando con un Departamento y una cátedra dedicados a las humanidades médicas, para estos docentes las humanidades médicas nunca fueron en realidad relevantes a nivel institucional, por lo menos no hasta el año 2012. Su preocupación fundamental era la falta de integración de las humanidades médicas, sin la cual tampoco se podía establecer el eje articulador de toda la carrera que era lo que en realidad siempre habían buscado.

Para lograrlo, inician amparándose en la antropología médica como la asignatura que pueda contener la potencialidad de integrar el resto de disciplinas, si bien aún existían conflictos internos sobre la representatividad de una u otra escuela antropológica. Estaban en discusión la escuela Lainiana¹⁸ tradicional que, según Viola (2011), no era la más idónea para generar significados para las práctica clínica, algo que sí podía conseguirse con los enfoques antropológicos de las escuelas anglosajonas. Las otras asignaturas presentes en el currículo de ese entonces eran la Historia de la Medicina y la Bioética, estando ambas desarticuladas de las demás asignaturas del plan de estudios y cuyos contenidos propiciaban una aún mayor dispersión.

De acuerdo con Viola y Ricci (2012), el ambiente de las humanidades médicas en la Facultad de Medicina de la UNT estaba dominando por aquellas épocas por el “modelo

¹⁸ Escuela de Antropología Médica derivada del pensamiento y la obra del médico español Pedro Lain Entralgo.

biomédico”. Frente a todo esto, desde el año 2008, se empieza a replantear las humanidades médicas, lanzando así una serie de propuestas, dentro de las que estaban: la definición de un eje articulador, la creación de una unidad de formación docente, la creación de la Biblioteca Virtual de Antropología Médica y de los espacios de investigación innovadores como el Laboratorio de Humanidades Médicas (Viola & Ricci, 2012).

El acierto de estos autores fue tratar de relacionar de alguna manera a las humanidades médicas con la práctica clínica mediante una reflexión pedagógica basada en el concepto de competencias profesionales. Esto era necesario para construir conocimiento y generar aprendizajes del lado de las humanidades, competencias para una praxis relacional y humana como es la medicina. Los aspectos curriculares más formales eran que el eje, recientemente creado, estaba a su vez subdividido en sub-ejes temáticos, a saber: “Antropología y Antropología Médica”; “El ser humano”; “La cultura”; “Salud y enfermedad”; “La relación médico – paciente”; “El médico y la muerte”; y “Medicinas alternativas”. El eje se estructuraba además diacrónicamente a lo largo de los siete años de carrera, de la forma que sigue: preparatorio- Taller Inicial; primer año básico- Historia de la Medicina; segundo año básico - Antropología Médica I; tercer año clínico - Ética e introducción a la Bioética; cuarto año clínico - Antropología Médica II; quinto año clínico - Antropología Médica III; sexto año rotatorio – Bioética; y séptimo año P. F. O. – Profesionalismo. Cada asignatura tenía sus objetivos, contenidos y modos de evaluación que conformaban el microcurrículo¹⁹.

Los avances más recientes que se han producido en el campo de las humanidades médicas en Argentina tienen que ver con el trabajo de este grupo de la UNT, quienes también fungieron como promotores del *1er. Encuentro Nacional de Educación Médica y Humanidades* en el año 2013, y en donde participaron varias escuelas de medicina argentinas y de Uruguay (Viola F. , 2014). Asimismo, en el año 2015, se llevaron a cabo las *II Jornadas Nacionales de Humanidades en la Educación Médica* en la ciudad de Mendoza, evento bajo la organización principal de la Universidad Nacional del Cuyo que constituyó otro verdadero éxito por la acogida y la gran participación. Estos son dos

¹⁹ Para entrar en mayor detalle sobre la propuesta del eje vertebrador en humanidades médicas de la UNT, en donde se explica a profundidad las justificaciones y fundamentaciones epistemológicas, éticas, curriculares y prácticas, además de las orientaciones pedagógicas, la metodología y recursos didácticos, es necesario remitirse a la sección de anexos de la obra de Viola y Ricci (Viola & Ricci, 2012).

acontecimientos que permitieron tener espacios de reflexión y deliberación colaborativa, multiprofesional e interdisciplinaria sobre el asunto de las humanidades médicas y su relación con la educación médica (Viola & Ricci, 2012).

Estos espacios de diálogo también dieron importantes frutos para el futuro de las humanidades médicas, como lo son las siguientes publicaciones: “Primer Encuentro Nacional de Educación Médica y Humanidades y conclusiones (nov. 2013)”, el libro “Humanidades Médicas y Competencias Clínicas” (Viola & Ricci, 2012), y el libro: “Educación Médica y Humanidades” (Ricci y Viola compiladores) (Zecca & et.al, 2015). Finalmente, como punto culmen de todos estos esfuerzos, se dio la firma de la “*Declaración de Tucumán*” en el marco del primer encuentro nacional del año 2013, documento en el que se ratificaba que los miembros de diferentes facultades de medicina de la República Argentina y de la República Oriental del Uruguay tenían una postura favorable hacia las humanidades médicas. En aquel documento los firmantes expresaban claramente: “Sostenemos que es un deber ineludible de toda facultad o escuela de medicina (de) exigir contenidos curriculares extraídos de las Humanidades médicas” (Viola & Ricci, 2012, pág. 15). Sin duda, un logro sin precedentes en toda la región latinoamericana.

Otro ejemplo de la presencia de las humanidades médicas en Argentina es la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) que reúne dentro del Departamento de Humanidades Médicas a la Unidad Académica de Bioética, la Cátedra de Historia de la Medicina, al Instituto de Historia de la Medicina y a la Cátedra de Metodología de la Investigación²⁰.

Además, el país cuenta con un medio editorial y de publicaciones importante como es la revista *Eä – Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*²¹, la misma que es publicada por el Instituto de Estudios en Salud, Sociedad, Ciencia y Tecnología (ISO-CYTE) y llevada adelante por un colectivo de investigadores de la Cátedra de Historia de la Medicina del Departamento de Humanidades Médicas y del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina

²⁰ Ver: <http://www.fmed.uba.ar/depto/histomed/histo.htm>

²¹ Ver: <http://www.ea-journal.com/es/acerca-de-eae/acerca-de-ea>

de la UBA y del Instituto de Estudios sobre la Ciencia y la Tecnología de la Universidad Nacional de Quilmes. Otros miembros colaboradores son grupos del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de La Matanza. La revista cuenta con el auspicio de la Asociación Médica Argentina (AMA) y de la Sociedad Argentina de Historia de la Medicina (SAHIME).

El proyecto de humanidades médicas del Departamento de Humanidades del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires es una iniciativa a destacar debido a la innovación curricular que consiste en asegurar una integración de la enseñanza por ejes o categorías. Los tres ejes son: el binomio salud/enfermedad, persona y cultura, y el rol del médico. Este sistema, establecido temáticamente, no se basa en los contenidos estrictos de las disciplinas manejadas en su plan de estudios, a saber: Historia de la Medicina, Bioética, Medicina Legal, Psicología y Antropología; sino que, haciendo la división por los ejes mencionados, se intenta abordarlos desde las perspectivas de cada disciplina. Conjuntamente se ofrecen seminarios y talleres complementarios que refuerzan los aprendizajes.

Este modelo es calificado como sistemático por su diseñadora (Pace, 2008), aunque no está exento de algunas complejidades en la integración curricular de las humanidades médicas (Petracca, 2013). Por su parte, la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Argentina ofrece un currículo interesante desde el punto de vista de la bioética, puesto que dispone de un programa exhaustivo con un curso semestral de primero a quinto año: Introducción a la Bioética, Principios de Bioética, Bioética del Inicio de la Vida, Bioética de los Derechos Humanos, Bioética del Final de la Vida²². El programa responde coherentemente a la misión y confesionalidad de la universidad.

En Uruguay, por otra parte, las humanidades médicas están presentes no hace mucho en la escena universitaria. Un artículo reciente, de 2015, explora esta temática y se adentra en la historia de la Universidad de La República para descubrir que, a pesar de algunos intentos en los años cincuenta, especialmente por introducir la cátedra de la Historia de la Medicina, no se ha logrado una verdadera consolidación de las humanidades médicas en la facultad de medicina de la mencionada universidad. Sólo tardíamente se produce

²²Ver: <http://www.uca.edu.ar/uca/index.php/ingreso/showinfo/es/universidad/ingresantes/ingreso-buenosaires/informacion/informacion-de-la-carrera/id/103>

la incorporación curricular de la bioética, mientras que las humanidades médicas son por fin promovidas en los últimos años. En 1995 y 2008, respectivamente, se llegan a realizar dos cursos de humanidades médicas con una temática muy amplia, significando un gran esfuerzo que no tuvo continuidad.

La tan ansiada continuidad se logra finalmente mediante la introducción de algunos componentes de las humanidades médicas en el currículo, estos consisten en cursos y talleres que se llevaron a cabo en 2013 y 2014, obteniendo así una cierta integración. Sin embargo, los autores reclaman un apoyo institucional para la creación pendiente del Departamento de Humanidades Médicas (Díaz Berenguer & et al., 2015) .

En el caso de Chile, la falta de asentamiento de las humanidades médicas podía demostrarse empíricamente por el bajo número de horas dedicadas a las asignaturas de humanidades en el plan de estudios de las diferentes escuelas de medicina de este país. Goic, Florenzano y Velasco (1985) realizaron hace algunos años una investigación acerca de la formación humanística y psicosocial en el pregrado de seis Facultades de Medicina chilenas, analizando sus mallas curriculares mediante una encuesta. Encontraron que solo el 6% de horas curriculares totales se designan al estudio de las humanidades.

Apenas en 2003, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile crea el Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, que a su vez nace del Centro de Estudios Bioéticos y Humanísticos formado por el profesor Dr. Armando Roa en 1992 “con el propósito de desarrollar actividades académicas en torno a la Antropología Médica, la Historia de la Medicina y la Bioética a nivel de pre y postgrado”. El departamento asiste con la docencia de pregrado a la carrera de medicina entre primero y sexto año. En el postgrado ofrece Diplomas en Bioética Clínica y Ética de la Investigación, y un magíster en Bioética²³.

Otro caso destacado es el de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, Brasil. Desde 1998, seis asignaturas de humanidades hacen parte del plan de estudios obligatorio, por un total de 240 horas: Bases humanísticas de la Medicina I y II en el

²³ Departamento de Bioética y Humanidades Médicas. U. de Chile. Ver: <http://www.med.uchile.cl/departamento-de-bioetica-y-humanidades-medicas.html>

primer año, Ciudadanía y medicina, y Psicología Médica en el tercer año, Bioética en el cuarto año y Bioética Clínica en el quinto año. En el contenido programático de estos cursos se tratan temas relacionados con los aspectos socio-culturales de la salud y la enfermedad, aspectos subjetivos en la práctica clínica, las cuestiones éticas en la salud y la profesión médica, entre otros (Rios, 2010).

En este contexto, en 2004, el *Centro de Desenvolvimento da Educação Médica Professor Eduardo Marcondes* (CEDEM) creó un espacio institucional para la aglutinación de estudiantes, profesores y personas interesadas en el tema de las humanidades médicas. Este centro basa sus esfuerzos en resolver problemas de énfasis pedagógico, asuntos como la integración disciplinaria, los contenidos, la didáctica, la metodología y la evaluación, en fin, asuntos de claros aportes para la educación médica. También en este marco de trabajo, entre 2005 y 2008, durante los tres años, se desarrolló reuniones periódicas, foros, grupos operativos, talleres y discusiones a distancia. El proyecto se enfocó sobretodo en dos esferas de acción: la pedagógico-didáctica y la institucional.

El objetivo era lograr la integración curricular mediante una previa integración temática y metodológica y, a nivel macro institucional, alcanzar una expansión y divulgación de las humanidades médicas y lograr conexiones con otras áreas y departamentos de la universidad (Rios & et al., 2008). Es menester subrayar los esfuerzos de este centro por mantener un seguimiento, una revisión permanente y una reflexión continua de los objetivos y los procesos de enseñanza-aprendizaje, logrando de esta manera la tan anhelada integración de las humanidades médicas. Sin duda, su experiencia es valiosa a nivel regional.

En el propio Brasil, en octubre 2013, se llevó a cabo el *I Seminario de Humanidades Médicas* del *Centro Universitário do Espírito Santo* (UNESC), que incluyó la participación de médicos, filósofos, abogados e historiadores, entre otros profesionales del estado de Espírito Santo (Neto Angotti, 2013). También, ese mismo año y simultáneamente al seminario, se crea la sección especial “*Mirabilia Medicinæ*”, inserta en la revista *Mirabilia*, una publicación del Instituto de Estudios Medievales de la Universidad Autónoma de Barcelona con el apoyo del profesor Edison Ricardo da

Costa y la organización del profesor Hélio Neto Angotti²⁴. Al año siguiente, se produce el *II Seminario UNESCO de Humanidades Médicas* (II Seminario Capixaba Humanidades Médicas), en donde participan las universidades e instituciones que siguen: la Universidad Federal de Espírito Santo, la Universidad de Pernambuco, la Fundación Oswaldo Cruz y la Universidad Federal de Minas Gerais (Neto Angotti, 2014).

Un año después, en 2015, se vuelve a repetir el evento, lo que demuestra un gran desarrollo de las humanidades médicas en esta región brasileña. Esta vez se cambia de anfitrión, que ahora pasa a ser la Universidad Federal de Espírito Santo (UFES), y que organiza su *I Seminario UFES de Humanidades Médicas* en el marco del *III Seminario UNESCO de Medicina y Humanidades* (Neto Angotti, 2015). Se esperan, en el futuro, más encuentros y seminarios semejantes que repercutan positivamente en el campo las humanidades médicas.

Como era de esperarse en Puerto Rico, por la obvia influencia norteamericana, se ha comenzado a desplegar las humanidades médicas, aunque tardíamente. Las iniciativas aquí se inscriben dentro del proyecto norteamericano PRIME (*Project to Rebalance and Integrate Medical Education*)²⁵. Dicho proyecto tiene una asentada dirección hacia los valores del profesionalismo médico, concepto instaurado en el ambiente médico anglosajón. A pesar de que la Escuela de Medicina del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico sí cuente con un centro de humanidades médicas, lo realmente novedoso es otra iniciativa a parte.

Se trata de un *minor* a nivel de bachillerato en Humanidades Médicas y Salud, adscrita al Departamento de Inglés de la Facultad de Humanidades del Recinto Río Piedras de esta universidad. Lo más interesante, sin embargo, es la propuesta estudiantil que se derivó de esta oferta académica. La llamada *Society for Medical Humanities (SMH)*, de muy reciente creación (a penas el segundo semestre de 2015), tiene por objetivo reunir a estudiantes de distintas facultades y áreas del saber que estén interesados en áreas interdisciplinarias como las humanidades médicas para estimular la reflexión crítica de la salud y la enfermedad desde varias disciplinas como la medicina, las ciencias

²⁴ Ver: <http://www.revistamirabilia.com/medicinae>

²⁵ Ver: <http://www.galenusrevista.com/Humanidades-en-la-Medicina-Una.html>

sociales, la filosofía e incluso la arquitectura. El mérito se debe a que se trata de una propuesta netamente desde los estudiantes para los estudiantes²⁶.

Cuba es máxime ejemplo de construcción de las ciencias humanísticas y sociales de raigambre propio para la formación profesional y de los recursos humanos en salud, todo esto debidamente justificado por la legislación y la política de Ciencia e Innovación Tecnológica cubana (Macías Llanes, 2011). Este desarrollo es posible gracias a la realidad de esta nación en diferentes aspectos y algunos sectores, entre los cuales están la experiencia cubana en salud primaria, la composición de su Sistema Nacional de Salud y las características del subsistema de Educación Médica, los principios defendidos por el modelo cubano prestador de servicios y las peculiaridades del modelo educativo (Macías Llanes, 2011).

Sin embargo, existen controversias derivadas de estas mismas realidades y que son generalizables a todo su sistema de educación superior, especialmente al área dedicada a la formación de médicos. La acelerada y masificada producción de profesionales, dando mayor importancia a la formación científico-técnica y olvidando la formación humanística, era un problema patente en los primeros años de la Revolución; de los profesionales médicos podía decirse lo mismo, ya que esta formación a gran escala respondía a un interés político sanitario en Cuba, más que a otra cosa (Macías Llanes, 2011).

Las escuelas facultades de medicina, en consonancia con un modelo ideológico, cuentan con estrategias que se caracterizan por dar un gran peso a las Ciencias Sociales u otras áreas interdisciplinarias más específicas como la Sociología Médica o los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología. Además, este énfasis sociológico se explica por el influjo de un modelo propiamente latinoamericano, la medicina social (Saúl, Nunes, & Breilh, 1991). Estos rasgos hacen parte de la perspectiva cubana de las humanidades médicas, impregnadas de lo social. Por ende, es importante en este contexto la diferenciación entre humanidades y las ciencias sociales propiamente dichas. Estas disciplinas sociales, cada una con su especificidad, han tenido un papel importante en la

²⁶ Ver: <http://www.uprrp.edu/?p=6660>

formación de los estudiantes de ciencias de la salud, tanto en pregrado como en posgrado (Macías Llanes, 2011).

Un mecanismo para asegurar institucionalmente el desarrollo y la maduración de estas disciplinas, y su aplicación en la enseñanza y la investigación, fue la creación del Centro de Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud (CENDECSA). Este centro surge en Camagüey, en la hoy llamada Universidad de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay” (Macías Llanes, 2011). No obstante, antes de la anotada creación de este centro, existieron otros antecedentes que denotaban las inquietudes que se comenzaban a despertar en torno a los asuntos éticos de la medicina, algunos problemas filosóficos de la misma, y los avances de escuelas tradicionales de la bioética y la historia de la medicina, para lo cual se funda el Centro de Humanidades y Ética en Ciencias de la Salud (CHECSA) en 1999, antecesor del CENDECSA (Macías Llanes, 2011).

En la actualidad, el centro es una entidad perteneciente al Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica del Ministerio de Ciencia, Tecnología y el Medio Ambiente (CITMA) de la República de Cuba y pertenece de igual forma al Ministerio de Salud Pública. Hoy por hoy, también desarrolla una actividad académica en docencia e investigación en campos no concernientes a la biomedicina y ha tendido a su proyección nacional con buenos resultados, entre los que resaltan: la creación de la *Revista Humanidades Médicas*, la Maestría del mismo nombre, la Estrategia para el desarrollo de los Estudios sociales y Humanísticos en Salud, etc, siendo el epicentro de la dinamicidad la revista *Humanidades Médicas* (Díaz Cruz, 2010).

Desde 2001, esta revista es la publicación científica cuatrimestral del CENDECSA, centro de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, además es el medio por excelencia de la comunicación de los resultados de la producción científica en torno a las humanidades médicas. Sus secciones abordan una variedad de temas relacionados con las Ciencias Sociales en Salud, las Humanidades Médicas, Historia de la Medicina, Salud Pública, Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología, Ética Médica, Bioética, investigaciones pedagógicas y educativas, Psicología, Comunicación en Salud y enseñanza del inglés como lengua extranjera, entre muchos otros. Como podemos ver, la contribución de esta revista, y todo el conocimiento cubano generado en estos años, constituye un capítulo especial para entender las humanidades médicas latinoamericanas (Cabrera Cruz & et al., 2014).

En México, las humanidades médicas fueron impulsadas a la par de una reestructuración curricular de las universidades mexicanas y sus escuelas de medicina que buscaba definir un currículo por competencias a nivel nacional. Todo esto se realizó siguiendo las recomendaciones de organismos internacionales en materia de educación médica como la *World Federation of Medical Education (WFME)*, la misma que ya reconocía el aporte de las ciencias sociales y del comportamiento, así como de la ética para la formación médica.

Un caso destacado a revisar es el de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex), ya que la forma como se presenta su devenir histórico con respecto a las humanidades médicas es extremadamente interesante porque se lo hace en consonancia con la hermenéutica filosófica de Hans-Georg Gadamer y utilizando una terminología musical para esquematizar las diferentes fases por las que ha transitado la formación humanista de ese centro de estudio (García Rillo & et al., 2013). Los movimientos en el periodo comprendido entre 1955 y 2013 son los que siguen: *obertura*, *andante*, *larghissimo* y *stretto*. El primer movimiento de *obertura* y el segundo de *andante* hacen referencia a los comienzos de la facultad, cuando imperaban los modelos curriculares clásicamente flexnerianos que también adoptaron.

Sin embargo, los primeros planes de estudio asimismo contaban con asignaturas psicosociales como la Medicina Social y la Psicología, o con algunas cátedras más apegadas a las humanidades propiamente dichas como Historia y Filosofía de la medicina, si bien posteriormente irían desapareciendo con los planes de estudios subsecuentes, manteniéndose sólo las de carácter sociomédico. El tercer movimiento, *larghissimo*, coincidente con la entrada al tercer milenio, tiempo propicio que es cuando se producen los cambios más importantes en lo que compete a las humanidades médicas.

En el año 2000 comienza una nueva reforma curricular. Previamente se crea el Departamento de Educación Médica en 1999, que el siguiente año se transformaría en la Unidad de Análisis Educativo. Se iniciaban así actividades de investigación, del desarrollo de la educación médica y la recuperación de materias del área de humanidades médicas desaparecidas. Lamentablemente, esta unidad también va a desaparecer luego de algunos años. El cuerpo académico de la extinta unidad va a continuar, sin embargo, con sus investigaciones con dos objetivos importantes: el

desarrollo y mejora de la educación médica y la recuperación de materias orientadas a las humanidades médicas. Es así como se fue conformando un nuevo y fortalecido cuerpo académico que, para el año 2002, presenta trabajos de investigación en ética y en humanidades médicas (García Rillo & et al., 2013).

El último movimiento, *stretto*, es el decisivo, puesto que constituye la estocada final que ha de darse para introducir las humanidades médicas en la UAEMex. Esta universidad, en 2005, entra en relación con el Departamento de Metodología, Filosofía y Epistemología en Ciencias de la Salud del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara (UdeG). Juntas, ambas instituciones procuran la creación de la Red Académica de Colaboración y Cooperación para el Desarrollo de la Filosofía, Metodología y Epistemología en Ciencias de la Salud (REDFIMECS). En noviembre de 2007, se realiza el *III Foro-Taller Interinstitucional* y la *II Reunión Nacional de Filosofía, Epistemología, Lógica y Metodología en Ciencias de la Salud* convocada por la UdeG y la UAEMex. Durante el año 2010 se lleva a cabo la Cátedra Nacional de Medicina “Dr. Ignacio Chávez” promovida por el Consorcio de Universidades Mexicanas, que incluyó tres actividades: el *Primer Congreso Nacional de Humanidades Médicas*, que se realizó en el mes de agosto del mismo año, teniendo como tema central: “Ethos médico, construcción de un horizonte para su comprensión” (Delaye Aguilar, 2013).

La línea teórica que sigue actualmente el centro de humanidades médicas de la UAEMex es la hermenéutica y su relación con la medicina, esta es, sin duda, la aportación más novedosa y atrayente que poseen (García Rillo & et al., 2013). Por otra parte, la Facultad de Medicina de la UNAM tiene como principal fortaleza su programa de posgrados en humanidades médicas²⁷. Por último, hay que destacar que la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina organiza cada dos años un Congreso Internacional, el mismo que, para el de 2014, ya hubo considerado entre sus temas a tratar el de las humanidades médicas (Delaye Aguilar, 2013).

²⁷ Ver: http://jmvvertiz.posgrado.unam.mx/pmdcmos02/c_hum_salud.html

3. Humanidades médicas y educación médica

“Aprendimos que el cuerpo humano se compone de tejidos y que los tejidos se componen de sustancias químicas. Aprendimos que todo esto se modifica en las enfermedades de acuerdo a la forma y la composición. Ahora podemos emitir un juicio: esto está enfermo. Pero el enfermo puede decir: yo estoy enfermo. ¿Es que una célula puede decir “yo”? ¿Es que una molécula, un átomo, un electrón pueden decir “yo”? ¿Quién es aquel que dice “yo”? Solo nos enseñaron cuestiones acerca de que las cosas son “algo”, no aprendimos nada de cosas que son “alguien”. Pero la consulta comienza con que alguien nos dice “Estoy enfermo”, y nos asombramos de que no nos desconcertemos inmediatamente, dado que no hemos aprendido nada de eso; si fuéramos sinceros deberíamos estar desconcertados”.

Viktor Von Weizsaecker

3.1. Definición de un campo tan amplio como controvertido

Retomando la discusión que se hacía sobre las humanidades médicas y su especificidad, es preciso ahora ofrecer una definición que englobe e integre toda la complejidad del término, aunque esto pueda resultar equívoco debido a la dificultad de la tarea. Además, se procede a explicar algunas controversias que han surgido después de la creación de este campo de estudios, para lo cual también se ofrecen ciertas soluciones que se han venido discutiendo en estos últimos años. Como punto de arranque sería bueno iniciar con la polémica incluida en el nombre “humanidades médicas”. Se pueden plantear con respecto a esto dos preguntas: ¿a qué se refiere el término “humanidades” en las humanidades médicas? y ¿a qué se refiere el término “médicas” del mismo título?

Comenzando con esta última pregunta, que es la que ha causado más controversia y en la cual se ha profundizado mayormente, se puede apuntar a que la denominación del campo, de por sí, tiende a denotar una exclusividad. Esto ya se veía como problemático desde la reunión inaugural de la *Association for Medical Humanities* del Reino Unido en el año 2002, siendo la excusa perfecta para que Evans y Greaves (2002) escribieran el artículo: “*Medical humanities'—what's in a name?*” tratando de resolver la querrela. En efecto, en aquella reunión se comenzaron a levantar las voces, en clara demanda y muy justificable, frente al hecho de que la experiencia humana que procuraban

comprender las humanidades médicas no se circunscribía únicamente al ámbito médico, ni siquiera al ámbito exclusivamente sanitario. Las experiencias de salud/enfermedad/discapacidad, y los procesos de atención, aunque abarquen un sinnúmero de contextos, no son exclusivos del quehacer médico.

A esta conclusión fue a la que llegaron en la reunión de ese entonces. Cuando, por otro lado, se cuestionaron sobre el terreno profesional, consensuaron que la medicina, puesto que profesión, no es la única en la cual es viable inquirirse estos aspectos experienciales, y que por lo demás, también intervienen otras profesiones de la salud, incluso algunas fuera de ellas como los profesionales relacionadas con las humanidades, las ciencias sociales, o las artes, quienes igual tendrían algún grado de participación (Evans & Greaves, 2002) (Bleakley A. , 2015).

Con todo esto sobre la mesa, se puede aseverar que para resolver los conflictos relacionados con el nombre del campo de estudio es indispensable convenir que las humanidades médicas son un campo interprofesional, interdisciplinario y colaborativo, y no solo médico o perteneciente a las ciencias de la salud. No obstante, y a pesar de esto, el campo siguió manteniendo el nombre de humanidades médicas en la mayoría de contextos, en parte, gracias al reconocimiento internacional que había alcanzado (Evans & Greaves, 2002).

Canadá constituye una excepción discutible a este respecto, en donde la red nacional de humanidades médicas y la academia han preferido el término "*Health Humanities*" para inscribir el campo y así demostrar sus intenciones de ampliar las fronteras en el futuro (Crawford , Brown, Tischler, & Baker , 2010). Asimismo, en ámbito académico estadounidense, se está dando cada vez mayor cabida a la etiqueta de humanidades de la salud (Jones, Wear, & Friedman, 2014), algo que podrían entenderse, más que como un simple cambio de nombre, como un acercamiento ecléctico e inclusivo de las humanidades médicas (Bleakley A. , 2015).

Sin embargo, este término de las humanidades de la salud no está exento de polémicas. Para estudiosos de las humanidades médicas como Alan Bleakley, actual presidente de la Asociación para las Humanidades Médicas del Reino Unido, este descriptor no escapa de las controversias, principalmente porque se corre el riesgo de entenderlo como vinculado a una idea optimista de bienestar y seguridad que él no considera como

una fiel representación de las presunciones más bien críticas de las humanidades médicas (Bleakley A. , 2015). De acuerdo con este académico, el tema central de los debates ya no debería confinarse al nombre que se utiliza para designar al campo de estudio, esto es del todo irrelevante en la actualidad, más productivo y prioritario sería discutir la sumisión de las humanidades médicas a sistemas de pensamiento y estructuras que las desvirtuarían (Bleakley A. , 2015).

De esta manera, queda a un lado, al menos temporalmente, la polémica sobre el nombre, para pasar a discutir asuntos de fondo que incurren en estos peligros sustanciales que atentan contra la razón de ser de las humanidades médicas. La advertencia que hace Bleakley (2015), junto con un grupo de académicos críticos de renombre, es que las humanidades médicas se han visto sometidas y hasta domesticadas por el modelo biomédico (Bishop, 2008). No obstante, cabe mencionar que han comenzado a darse distanciamientos de las posturas sumisas de las humanidades médicas. Un ejemplo es el Departamento de Humanidades Médicas de la Universidad de Durham y su apuesta por las *humanidades médicas críticas* (Viney, Callard, & Woods, 2015).

Las humanidades médicas críticas son la tendencia reactiva que no se deja absorber por la corriente principal, serían, por tanto, a las cuales deberíamos dar una definición. Por lo pronto, se describen como disidentes de las desplegadas en los centros y departamentos de las escuelas de medicina. Este cambio de ubicación, que podría parecer irrelevante, una simple transición de los departamentos de las facultades de medicina hacia los departamentos de humanidades, en realidad consistiría en una verdadera revolución influida por enfoques de la Teoría Crítica (Viney, Callard, & Woods, 2015).

Para aclarar el panorama, Bleakley (2015) habla de dos olas de las humanidades médicas en esta transición, una primera ola de ingenuidad y celebración o de *humanidades médicas lite*, y una segunda ola, que aportaría complejidad y madurez reflexiva al campo, las *humanidades médicas críticas*. En otras palabras, la primera ola de humanidades médicas habría estado apegada al sistema de valores de la ortodoxia médica y habría sido utilizada de manera servil por los intereses del modelo biomédico; siendo además neutralizado su potencial transformador, tal como el mismo Bleakley lo señala (2015):

Sugiero que, si bien una primera oleada de las humanidades médicas se comprometió a contrarrestar el conservadurismo científico de la medicina (que aparece en la práctica como la deshumanización de los pacientes), y el autoritarismo (que aparece en la práctica como reducción del poder de los colegas), esta ola ya está siendo absorbida por la corriente principal de la medicina, donde se sublima su potencial revolucionario. (...) Además, esta ola de humanidades médicas se alinea con el discurso dominante de la medicina como homeostasis (salud y bienestar, o el florecimiento humano) basado en el utilitarismo. (p.50).

La imperiosa necesidad de pasar a la crítica constructiva, como lo aspiran las humanidades médicas críticas, se hace evidente, especialmente en dos áreas de las humanidades donde se ha intensificado la anestesia, a saber: las humanidades médicas en el estudio la medicina o de los asuntos médicos en general, y las humanidades médicas y su influjo en la educación médica. Sobre el enfoque de las humanidades médicas que desea examinar la medicina desde las humanidades en cuanto disciplinas académicas, es fácil prever la crítica a realizarse, en especial por el hecho de que esta profesión se ha construido como un oficio miope inscrito en el modelo biomédico. Este diagnóstico resultante deberá ser seguido por la consecuente terapia, que no podrá de ser otra que ampliar los horizontes de la medicina.

En cuanto al enfoque de las humanidades médicas críticas en la educación médica, el modelo biomédico también ha de representar el principal blanco de críticas, virando la situación educativa hacia un modelo pedagógico integrado y reflexivo, en donde las humanidades médicas tengan un papel central y no sólo sean vistas como un “descanso” o una “distracción”, muchas veces aditiva y opcional, a la formación de la ciencia biomédica “dura” y de la medicina basada en evidencias (Bleakley A. , 2015). Como un comentario aparte sobre esto último se podría indicar que ha existido una larga historia de disputas sobre el rol de las humanidades médicas en la formación de los futuros médicos.

Para algunos fueron y siguen siendo asumidas sencillamente como mero pasatiempo. Esto está en consonancia, por ejemplo, con lo que solía decir el gran médico y humanista español Gregorio Marañón. En su opinión, los saberes humanísticos eran útiles para “combatir el hastío de los quehaceres rutinarios y oficiales, (...) derivando parte de nuestras atenciones por senderos diferentes” (Pose, 2008, pág. 124). Sin duda son palabras que representan la tradición médica hispanoparlante y que han contribuido a la confusión en lo referente al papel de las humanidades, minusvalorando su capacidad

de reformular la medicina, lo que explicaría también su situación marginal en la educación médica de nuestros contextos.

Ahora bien, retornando a los cuestionamientos con los que iniciábamos este apartado, y en especial con respecto a la segunda pregunta sobre la indeterminación del descriptor “humanidades” en el término de humanidades médicas, es necesario decir que la cuestión va más allá de discusiones epistemológicas que envuelven a las disciplinas y sus objetos de estudio. Estas fronteras estrictamente teóricas y académicas son borradas en las situaciones de la práctica. Para mejor entender, las humanidades médicas, como fenómeno cultural, se han venido desarrollando en un sin número de espacios y ambientes no exclusivamente académicos-universitarios que vale la pena diferenciar para evitar caer en la tentación de la homogeneidad. Eso sí, aceptando la consecuente interdisciplinariedad e multiprofesionalidad que se deriva de su quehacer complejo. Retomamos la propuesta de Bleakley (2015) para indicar que las humanidades médicas pueden ser vistas desde los siguientes cinco ángulos diferentes:

- *Las humanidades médicas que estudian la medicina* (tales como la historia de la medicina, la filosofía de la medicina o la evaluación crítica de la medicina en la literatura). Aquí los miembros son estudiosos de estas disciplinas generalmente asentados en los departamentos de humanidades de la universidad. Estos académicos toman a la medicina y a lo médico como tema de estudio, pero pueden no estar interesados en la educación médica.
- *Arte y humanidades que intervienen en la educación médica*. Los miembros de este grupo son generalmente clínicos, pero también profesores de humanidades o artistas que tienen como prioridad el lograr humanizar la medicina a través de las disciplinas humanísticas y las artes aplicadas a la educación médica. Los espacios aquí pueden ser las facultades de medicina de las universidades y los lugares de enseñanza en las clínicas y hospitales de la comunidad.
- *Las artes acopladas con temas médicos de compromiso público*. Estos profesionales, generalmente artistas, pueden estar instalados en las escuelas de artes o departamentos de actuación y de humanidades de los *Colleges of arts*. Desarrollan su labor en galerías públicas, museos y teatros.

- *Arte para la salud.* Los miembros de este grupo son los artistas que no tienen un propósito específico para desarrollar su arte. Por ejemplo, está el arte en los hospitales y las actividades artísticas realizadas con pacientes, pero sin fines terapéuticos.
- *Terapias de las artes.* En algunas ocasiones están enlazadas con las artes para la salud, pero por lo general se asocian en mayor medida con las intervenciones de salud mental en donde se utilizan medios artísticos dentro de un programa psicoterapéutico. Tampoco están muy comprometidas con la educación médica, ya que tienen una cultura cautelosa frente a lo médico y se resisten a la medicalización.

Esta variedad de perspectivas de lo que se entiende por humanidades médicas en la actualidad ha complejizado mucho más el panorama, haciendo que no se pueda hablar de unidad, ni que se pueda definir con precisión qué son las humanidades médicas o las humanidades de la salud. De hecho, de este conjunto heterogéneo, las dos últimas posturas se han distanciado de las humanidades médicas originarias para pasar a tener sus propias reuniones académicas, sus sociedades o asociaciones profesionales, sus propias redes colaborativas, y sus revistas y demás publicaciones por separado, rompiendo de este modo con la aparente unificación del campo que sí se daba en un principio (Bleakley A. , 2015).

Esta clasificación es sólo una muestra de la verdadera enormidad del campo, lo que nos permite comprender que no es adecuado reducir las distintas representaciones a posturas muchas veces egoístas. La complejidad amerita romper las barreras disciplinarias para buscar respuestas a las grandes interrogantes que plantean la medicina y la educación médica. En posibles términos que aludan a las disciplinas, la lista de humanidades médicas es larga. En ella se incluirían: la Historia de la Medicina, la Filosofía Médica (incluyendo la Epistemología Médica, la Ética Médica y la Estética Médica); la Religión, la Literatura, la Lingüística, la Semiótica y el arte (incluyendo Artes Visuales, Cine, Música, Literatura, Escultura, Pintura, Danza, Crítica del Arte e Historia del Arte).

Otras disciplinas han sido mencionadas como posibles Humanidades Médicas, entre las que se encuentran la Antropología (médica), la Sociología (médica), la Jurisprudencia,

la Economía, la Política, los Estudios Culturales, la Comunicación y la Arquitectura, entre muchas otras (Ahlzén, 2007). Con respecto a lo anterior, es justo preguntar ¿algunas de ellas no pueden ser consideradas disciplinas? y, si es así, entonces ¿cuáles de ellas entendemos como ciencias sociales o humanas y cuáles humanidades y cuáles artes? o dicho de otra manera ¿cuál es la diferenciación fundamental, en las humanidades médicas, entre ciencias y no-ciencias? o mejor ¿es de relevancia la distinción entre ciencias, humanidades y artes?

Volviendo sobre lo dicho del problema o más bien del reto epistemológico que representan las humanidades médicas, se insiste en la necesidad de no caer en las discusiones estériles, en el sentido de la visibilidad o dominación de una u otra disciplina. Es clásico a este respecto el conflicto entre la bioética y el resto de humanidades que hubieron quedado eclipsadas por el interés bioético de moda. Aunque más criticable, pero menos evidente, es la marginalización o domesticación de las artes en general (Bleakley A. , 2015). Conflictos como estos, que nunca faltan, son la causa principal de la incompreensión a la que se han visto sometidas las humanidades médicas. De mayor provecho sería discutir la dificultad que representa dar un *modo gnoseológico* unánime que satisfaga la complejidad a la que está sujeta la interdisciplinariedad de las humanidades médicas. Además, se podría discutir sobre los intentos de integrar las múltiples *epistemes* que se encuentran contenidas en este campo.

Para esto habría que tomar en cuenta algunos hechos previos. Primeramente, y a parte de lo que se dijo sobre el estatuto epistemológico no único, es menester aceptar que las humanidades médicas componen un verdadero caleidoscopio de teorías, conceptos, y métodos, a parte de las prácticas, que se expresan en diferentes contextos (históricos, políticos, sociales, religiosos, profesionales, de género, etc.) y, claro, en disímiles sujetos y actores. Esta diversidad estructural hace imposible la tarea de delimitar un campo que parecería amorfo en todo sentido. Si bien, como dice Nonnoi (2012) “si alguna vez fuera posible identificar un criterio de demarcación segura, creo que sería necesariamente fluctuante, muy plástico y policéntrico, hecho de una red de conexiones, posibilitado por el ejercicio del pensamiento crítico, no dogmático, y siempre heurístico” (p.23).

Otro hecho que es importante destacar es que la medicina, acaso el punto en común, pero no exclusivo, que tienen las humanidades médicas, no es en sí misma una ciencia

y, por tanto, no exige para sí unos criterios de científicidad estrictos, no así para sus fines. Si, por el contrario, se considerara a la medicina como una técnica, cambiarían los recursos más no los fines.

Pero más allá de seguir discutiendo sobre el *hecho médico*, en donde al fin y al cabo convergen las ciencias y las técnicas en una praxis, habría que pensar en una especie de analogía para las humanidades médicas, es decir, encontrar un punto de convergencia que conjugue el (los) sujeto(s)-objeto(s) múltiples de la acción y la reflexión desde una pluralidad real que no pretenda de ninguna manera quedarse en el reduccionismo, sin tampoco caer en el eclecticismo. Propongo la metáfora del *rizoma* (Deleuze & Guattari, 2002) para pensar el *embrollo* de las humanidades médicas, de igual modo nos vendría bien disponer del paradigma de la complejidad (Morin E. , 1997), teniendo un cierto cuidado de no abusar de la modelización metafórica (Reynoso, 2009).

3.2. Cuestiones pedagógicas de las humanidades médicas

Podemos dar una definición estrictamente pedagógica de las humanidades médicas siguiendo a Shapiro *et al.* (2009): Las humanidades médicas utilizan los métodos, conceptos y contenidos de una o más disciplinas de las humanidades, enseñan a los estudiantes la reflexión crítica dirigida hacia una práctica más humana, y son por naturaleza interdisciplinarias y colaborativas. De igual forma, podemos asumir el intento de definición de las humanidades médicas que hace Brody (2011) cuando describe las tres personalidades de estas, relacionadas con tres narrativas históricas, las cuales son: como una lista de disciplinas, como un programa de desarrollo moral y como un amigo de apoyo. Por un lado, el intento definitorio que hace Brody resalta que las humanidades (*humanities*) son producto las tradiciones pedagógicas de los Estados Unidos, en donde el concepto de educación liberal estaba íntimamente ligado con una lista de disciplinas que aseguraban un mínimo de cultura.

Por otro lado, es cierto que la segunda narrativa puede salirse un poco del contexto estadounidense, ya que se justifica más bien por una larga tradición europea que según el autor viene desde Cicerón y las intuiciones de Francesco Petrarca con relación a la idea de moralidad y sus implicaciones con las teorías pedagógicas. No obstante, la

última narrativa retorna al contexto norteamericano gracias a la mítica figura de Sir William Osler, para quien era muy importante que el médico obtenga una amplia cultura clásica que le podría ayudar a afrontar su noble profesión. En conclusión, las tres narrativas son complementarias porque contribuyen con diferentes visiones de las humanidades médicas. El motivo por el que tomamos esta clasificación, es quizá el carácter eminentemente pedagógico que se encuentra en el centro de su discusión, algo que el mismo autor declara como su objetivo al intentar definir este grupo de disciplinas tan heterogéneo. Lo deseable, por tanto, es lograr un esfuerzo educativo, reflexivo y crítico, pero también histórico, que optimice los quehaceres formativos de las humanidades médicas en la educación médica (Brody, 2011).

Como hemos insinuado previamente, la extensión del campo de las humanidades médicas es enorme, por lo que sería muy recomendable enfocarse exclusivamente en los aspectos educativos, es decir, en las cuestiones pedagógicas de la educación médica. No obstante, cabría preguntarse si, al reducir el punto de enfoque a las cuestiones pedagógicas, estaríamos instrumentalizando o no a las humanidades médicas, tal como lo plantea Macnaughton (2000). Si hacemos esto, estaríamos dejando a un lado toda la riqueza que puede brindar este campo y que no se limita exclusivamente al ámbito de la educación médica. Sería tomar a las humanidades médicas simplemente como un medio (pedagógico) para llegar a un fin (formación integral), en vez de considerarlas un fin en sí mismas. Este dilema se resuelve cuando somos conscientes de la posibilidad de esta instrumentalización, dejándolas libres para transformar el asunto educativo, más que el meramente instructivo, en todas sus dimensiones (Macnaughton, 2000).

Una vez aclarado este sesgo, es posible discutir las cuestiones más formales de las humanidades médicas en el locus específico de la educación médica. Esto, no sin antes aceptar la dificultad de ofrecer unas prescripciones educativas dentro de una pedagogía concreta, algo que nos limita a ofrecer respuestas, sin más, que se hayan venido trabajando hasta ahora, y que se hayan expresado, un tanto sistemáticamente, en la literatura disponible sobre el tema. También es necesario acotar que la voluntad de introducir las humanidades médicas en los currículos de las facultades y escuelas de medicina -y que esto resulte en una pedagogía concreta- se está apenas desarrollando, por lo que es preciso esperar novedades e innovaciones que puedan completar el panorama.

Todo esto de nuevo frente a una imperiosa necesidad de esclarecer viejas discusiones que percibían al humanismo en los médicos y, por consecuencia, la formación en humanidades necesaria para lograrlo, como algo espontáneo o algo no muy lejos de una vocación innata (Viola & Ricci, 2012). Una situación un tanto mítica que se encuentra arraigada en el sistema cultural de la medicina y para la cual habría que sistematizar experiencias y plantear reflexiones serias que consigan una verdadera ciencia de la pedagogía, en este caso específica, de las humanidades médicas.

La educación médica como praxis enraizada en la realidad de los contextos educativos de las facultades y escuelas de medicina, ha cometido un salto, nada deletnable, hacia la reflexión pedagógica²⁸. Desde las primeras sistematizaciones de los procesos de enseñanza - aprendizaje en medicina, que valieron por el inicio del área de estudios propia en educación y formación de los profesionales de la salud, los avances han sido muchos en el conocimiento de dichos procesos, así como también en la construcción teórica y el perfeccionamiento de la práctica.

Han sido importantes asimismo los progresos en comprender los modelos y paradigmas educativos específicos de la educación médica, así como las especificidades de su currículo, lo que a su vez ha permitido las innovaciones en la enseñanza. Es verdad también que la investigación en la educación médica ha contribuido a estos entendimientos aun cuando no siempre se haya desenvuelto bajo los modelos y métodos de la pedagogía y la investigación educativa.

Con todos estos precedentes, ahora es factible concebir que, dentro de la educación médica, se está construyendo una autentica disciplina de la pedagogía médica (Susacasa, 2013). Sin embargo, como toda pedagogía que está fundamentada en una cierta teorización de la praxis educativa que constituye su objeto de estudio, la pedagogía médica contiene una insuficiencia teórica, a causa, quizá, de una limitada reflexión docente, lo que le impide legitimarse. Es de igual manera inexistente en el lenguaje de la educación médica la categoría de pedagogía específica, debido probablemente a la inmadurez de lo que se podría denominar como pedagogía médica general. Por nuestra parte, pensamos que la pedagogía de las humanidades médicas, y su

²⁸ Es preciso aclarar que la discusión sobre el estatuto epistemológico de la pedagogía y la didáctica, y sus concepciones como ciencias, sobrepasa nuestras intenciones actuales, por lo que no profundizaremos mayormente en esta discusión.

tentativa de colarse en la educación médica, pueden tomarse como una legítima pedagogía específica.

3.2.1. Un intento de reflexión pedagógica y de teorización crítica de la praxis educativa de las humanidades médicas para sugerir sus aportes a la educación médica

Todo lo que se ha venido reflexionando hasta aquí demanda con urgencia una teorización que, en primera instancia, se tenga por justificación, de porqué son necesarias las humanidades médicas para la educación médica, y que responda, al mismo tiempo, a una pedagogía concreta, si se quiere crítica. Sistematizamos a continuación la propuesta de Alan Bleakley (2015), quien a su vez se basa en otro marco teórico para introducir la discusión, un modelo estético-político post-marxista desarrollado por el filósofo francés Jacques Rancière (2014) para explorar la distribución de lo sensible (*partage du sensible*)²⁹.

Para Rancière, más allá de los debates sobre la distribución de los medios de producción de la teoría clásica marxista, el capital sensible, entendido como algo hasta cierto punto inmaterial, pero a la vez anclado en la realidad: las formas de percibir y ser afectado, los lugares e identidades que se tienen como parte en lo común, es el que está realmente distribuido como un *modo de configuración* de la experiencia sensible. Este reparto de lo sensible es para Rancière una cuestión estética y política. Estética porque sobrepasa las discusiones de la estética como disciplina y como lógica discursiva sobre el arte, o como la teoría especulativa del arte y sus finalidades, para inscribirse en lo experiencial, en lo que él llama la “estética primera”, es decir, en los *modos de inteligibilidad* de dicha experiencia sensible, en el pensamiento del “*sensorium* paradójico” (Rancière, 2014, pág. 22). Pero también, la misma estética sería una cuestión política porque

²⁹ Traducir lo sensible y su distribución en Rancière es más complejo que sólo considerar la sensibilidad, la sensorialidad, la emocionalidad, la sentimentalidad o la pura perceptividad, a pesar de que hacen parte de lo mismo y de que entran en esta distribución. En sus propias palabras: “Esta distribución y redistribución de los lugares y las identidades, este cortar y recortar de los espacios y los tiempos, de lo visible y de lo invisible, del ruido y de la palabra, constituyen lo que yo llamo la repartición de lo sensible.” (Rancière , 2012, pág. 34).

estaría prevista como un modo de experimentación, una forma de vivencialidad visible del sentir de la comunidad (Arcos Palma, 2009).

Al introducir la política, por tanto, empieza una reconfiguración de la visibilidad de la experiencia sensible y una participación en la misma como asuntos primordiales; aunque antes, la distribución de lo sensible estaría controlada y legitimada por unas colectividades con poder y autoridad conocidas metafóricamente por Rancière como “la policía”. Precisamente, este otro elemento introducido por el autor, “la política”, diametralmente opuesta a la policía, consistiría en los procesos de subjetivación de la sensibilidad y en los intentos acometidos para su visibilización. Es así que, a pesar de que existirían excluidos, por ser negada su participación en lo que vale la pena notarse y percibirse de la experiencia sensible, y de que se tendría una desigualdad en la distribución de lo sensible, habría también ocasión para el litigio y el disenso (Rancière, 1996) una vez tomada conciencia de la injusticia distributiva y comenzada una vía para la democratización de este reparto.

En palabras más claras, la sensibilidad y la emocionalidad humanas estarían social e institucionalmente determinadas por la educación y la cultura popular, y serían distribuidas mediante engranajes y relaciones de poder en tradiciones históricas y locales. Distribución que, además, resultaría inequitativa si se toman en cuenta que existen de hecho sensibilidades que se quedarían por fuera de la distribución -creando así insensibilidades- porque no serían contabilizadas; otras que no participarían directamente en la antedicha distribución; y otras, una pequeña élite, que mantendrían el control efectivo del reparto. Sin embargo, también habría oportunidades de resistencia a este régimen estético, en donde entra de lleno el imperativo político.

Esta teoría compleja, que bien podría considerarse una estética de la política, cobra un nuevo sentido para nosotros cuando retomamos la propuesta de Bleakley (2015) de cómo esta misma teoría puede informar a la educación médica. La tesis principal de este autor es que en el proceso formativo del médico también existe un problema en la distribución de lo sensible, lo que le llevará a demostrarlo de una forma brillante. Para comenzar su análisis, Bleakley realiza una especie de analogía con el pensamiento de

Rancière, utilizando sus categorías “modos de percepción” y “régimenes de emoción”, y correlacionándolas con lo que él llama *sensibility* y *sensitivity*³⁰.

En aras de la claridad, Bleakley explica que con *sensibility* se refiere a las formas de percibir que son el corazón del trabajo médico-clínico y que consistirían en el famoso “ojo clínico”, el “oído clínico” (Giarelli, 2009, pág. 52) y todas las posibilidades de percibir con los sentidos, o, lo que es lo mismo, la perspicacia diagnóstica; y que con *sensitivity* quiere dar a entender las formas que tienen los médicos de ser afectados y a la apertura hacia la experiencia de “los otros”, particularmente la de pacientes y colegas. En seguida, explica también que “lo sensible”, o mejor, aquello que vale la pena notar y poner atención en la medicina, es la expresión y la consecuente aprehensión de los síntomas, que a menudo pasa también por darse cuenta de la persona que expresa los síntomas y los contextos en los cuales esos síntomas son expresados.

De este modo Bleakley (2015) continua proponiéndose empatar la teoría de la distribución de lo sensible de Rancière (2014) con lo que sucede en la medicina, para lo cual retoma otras categorías y conceptos y los aplica a la cultura pedagógica de la educación médica, la mayoría de las veces inflexible. Parte entonces de que estas sensibilidades especiales de la medicina, todo lo que engloba las nociones de *sensibility* y *sensitivity*, no están distribuidas de una forma justa, he aquí el problema. Señala además que dichas sensibilidades están confinadas y controladas por expertos de alta jerarquía, que vendrían a ser los profesores clínicos de alto nivel y los especialistas, quienes además serían supuestamente los encargados de la distribución equitativa de lo sensible. Al no producirse el reparto equitativo, estas sensibilidades tampoco alcanzarían democráticamente las jerarquías inferiores como lo son los estudiantes, los pacientes y otros profesionales de la salud tales como las enfermeras.

Esta construcción es la que Bleakley (2015) denomina como el “régimen estético de la medicina y de la educación médica”, que se instituye como régimen de poder autoritario y jerárquico, continente de formas perceptivas cristalizadas y restrictivas; que acaece,

³⁰ Estos dos vocablos del inglés no tienen equivalencia en el español, por lo que se los suele traducir invariablemente como sensibilidad. A veces se los suele diferenciar entre *sensibility* o sensibilidad perceptual a la cualidad sentiente, que tiene que ver más con las sensaciones percibidas a través de los sentidos, es decir, el sentir fenomenológico; y *sensitivity* o sensibilidad moral, también involucrada con los sentimientos y las emociones derivadas del valor estético de gustar de lo bello y de entender las experiencias ajenas. Esta última sensibilidad está estereotipada de pertenecer al género femenino, sería propio de mujeres.

empero, como una consecuencia no deseada, sin que se tenga necesariamente una mala intención. Este régimen es fruto esperado de una formación estructurada durante los años clínicos del pregrado y los primeros años del médico novato, que es cuando son creadas y distribuidas estas sensibilidades.

De acuerdo con Bleakley, es durante la etapa clínica de la formación cuando los profesores clínicos o los especialistas, poseedores del capital sensible, que se supone en su mayoría estarían dispuestos a permitir el acceso y a distribuir este capital, van moldeando lo que está y no está permitido a los estudiantes. Estas figuras son ejemplos preclaros de lo que se tenía por “la policía” en la teoría de Rancière; son, en última instancia, quienes determinan lo que un médico percibe y cómo lo percibe.

Es atrayente ligar esta idea con la conocida crítica trazada por Foucault (1996) en *El nacimiento de la clínica*, sobre los bordes dibujados históricamente por la clínica para, por ejemplo, presentar un caso clínico en un entorno específico y cerrado (el entorno del hospital), y en un tiempo determinado (generalmente corto), una experiencia clínica “contenida”. Esta sería por tanto la única posibilidad experiencial permitida a los estudiantes de medicina, la forma en la que se va entrenando y moldeando su *mirada clínica*. En definitiva, como queda demostrado, toda esta maquinaria se correspondería perfectamente con la distribución de tiempos y espacios a los que hacía referencia la teoría estética de Rancière.

La obvia conclusión a lo que nos lleva todo esto es a consentir que la educación médica y sus prácticas dominantes y no examinadas, así como la distribución desigual del capital sensible fraguado por el aparato jerárquico aquí analizado, produce, consciente o inconscientemente, lo que Bleakley (2015) llama la “insensibilidad” o el “embotamiento” de la sensibilidad de los estudiantes de medicina. No obstante, es cierto que no son responsables en exclusivo estas prácticas costumbristas, productos de una mala educación médica, comparten también parte de la responsabilidad las innovaciones curriculares en la educación médica que más bien pretendían cambiar estas prácticas.

Dentro de este grupo de innovaciones potencialmente culpables de la insensibilidad se incluyen: la enseñanza del profesionalismo, de las habilidades (*skills*) para la comunicación, el trabajo en equipo inter profesional, la práctica centrada en el paciente, la experiencia clínica temprana, el aprendizaje mediante simulación con actores-

pacientes y con maniqués de alta tecnología, especialmente estas últimas. De modo que, al final, estas prácticas pedagógicas, aunque no todas y sin haberlo querido, habrían producido un efecto contraproducente y a veces hasta paradójico creando insensibilidades en los estudiantes.

Valga esclarecer que la insensibilidad producida no es simple retórica, se ha demostrado inclusive empíricamente en investigaciones en donde se suele medir los niveles de empatía de los estudiantes de medicina mediante cuestionarios o escalas validadas. Para evitar confusiones, sería correcto ligar este embotamiento sensible con lo que se ha venido conociendo como la “disminución de la empatía” o la “erosión moral” de los estudiantes de medicina durante la formación de pregrado (Neumann, y otros, 2011). En la actualidad es ampliamente aceptado que este fenómeno sucede incluso desde el primer año, lo que parece deberse a que se produce un cambio de una postura idealizada de la profesión hacia un realismo que es dañino, volviendo a los estudiantes cínicos (Hojat, y otros, 2009).

Esta situación preocupante ha sido relacionada también con la designada “hipocompetencia comunicativa” (Bleakley A. , 2014), para la que se han tomado medidas igualmente inadecuadas. Así lo demuestra que la instrumentalización de la enseñanza de las habilidades (*skills*) comunicativas, impartidas de una forma cuasi experimental y que ya llevan casi 30 años, no ha consistido en la mejor solución para estas problemáticas (Bleakley A. , 2014).

La crítica que hace Bleakley (2015) se enfoca en demostrar cómo la educación médica, deliberadamente o no, crea condiciones que ahogan la creatividad, la imaginación moral y la sensibilidad emocional -y menos la sensibilidad entendida como perspicacia diagnóstica y terapéutica- de los estudiantes. O por decirlo de otra manera, cómo todo el sistema está diseñado para hacer que los estudiantes canalicen sus sentidos en el diagnóstico –cosa necesaria- pero ignoren otras sensibilidades que también se producen normalmente y que los conducirían a convertirse en insensibles. Se mantiene el discurso de la relación médico – paciente como distanciamiento profesional y se establecen los límites éticos de la práctica sin dejar espacio a la compasión humana ordinaria, sensibilidad innata que resulta negada, embotando y disminuyéndose de esta manera en los estudiantes la empatía y produciéndose en ellos la erosión moral.

Lo que habría que criticar aún más enérgicamente, según Bleakley, es el supuesto discurso pedagógico de algunos educadores médicos que se ufanan de utilizar la etiqueta de una pedagogía centrada en el estudiante y de una práctica clínica centrada en el paciente, y que no trasladan efectivamente los métodos a las prácticas educativas y clínicas reales.

Es importante aclarar que este autor no está siendo injusto con sus críticas ni mucho menos aspira culpabilizar a los profesores en su totalidad, ya que admite que existen muchos que están verdaderamente comprometidos con una pedagogía centrada en el estudiante. Tampoco asume la fatalidad del inaccesso de los estudiantes a la sensibilidad común de la medicina, debido a que, de una u otra forma, los médicos en formación van accediendo gradualmente al sistema cultural de la medicina y, conforme pasan los años, especialmente con los años de experticia, van adquiriendo dicha sensibilidad definitivamente; constituyendo este un modo estándar de participación en lo sensible, aunque tardío.

En última instancia, lo que intenta develar Bleakley es la estructura antidemocrática que subyace en la cultura de la medicina clínica y el régimen estético de la distribución de lo sensible que opera en la cultura pedagógica de la educación médica. Así es como Bleakley pone en evidencia que estas culturas se resisten a asumir una estructura y una distribución más democráticas, lo que se manifiesta cuando los estudiantes, en su condición de estudiantes, no cuentan con una voz (subjetividad) que los identifique, ni con una participación activa y no meramente pasiva en su propia formación profesional. En consecuencia, aquellos profesores comprometidos con la pedagogía centrada en el estudiante, estarían trabajando constantemente en contra de las condiciones institucionales y estructurales de la producción y reproducción de las insensibilidades dentro de la cultura pedagógica y clínica de la medicina.

El argumento clave de Bleakley es que, para democratizar estos procesos de producción y reproducción de insensibilidades mediante la distribución inequitativa del capital sensible en la cultura de la educación médica, son necesarios cambios de raíz. Por esta razón reintroduce la opción rancieriana de la política y la adecua con propósitos pedagógicos para la formación de sujetos políticos con posibilidades de disenso y resistencia al dominio del régimen estético de la educación médica. Esto sugiere que los estudiantes de medicina pueden y deben ser politizados y estetizados. Lo que resultaría

complicado, empero, a causa de que las dimensiones políticas y estéticas brillan por su ausencia en el perfil actual de la educación médica y en los currículos de las escuelas de medicina. Pero es sólo a través de esta transformación del imaginario de la formación profesional en medicina que los estudiantes podrán formar una genuina identidad participativa y democrática, precisamente esto es lo que manifiesta Bleakley, y aquí reside su principal preocupación.

Llegamos así al punto álgido del asunto, el *cómo* distribuir de mejor manera el capital sensible en la educación médica y así lograr la democratización de la medicina y la educación médica. La respuesta de Bleakley es que el medio más idóneo son las humanidades médicas. Él sostiene que las humanidades médicas ofrecen una forma primaria de resistencia a la producción y reproducción de la insensibilidad que opera en la cultura de la medicina y que son unos modos pedagógicos concretos de re-distribuir el capital sensible, desde los profesores clínicos y especialistas hacia los estudiantes, pacientes y otros profesionales de la salud marginados. A través de las humanidades médicas se puede aspirar entonces a la re-educación de la *sensibility* y la *sensitivity*, logrando además la politización y estetización de los estudiantes, transformando por completo el régimen estético de la medicina, la cultura pedagógica de la educación médica, la cultura clínica y, en definitiva, democratizando la medicina.

Bleakley argumenta que se debe producir un cambio desde una mentalidad instrumental y técnica, propia de una medicina artesanal, hacia una medicina de calidad, cualitativamente hablando, que suele considerarse el “arte” de la medicina – un desafío estético. Este arte solo puede darse si la educación médica, con las humanidades médicas -y la medicina narrativa- como medios, afirma en los estudiantes una serie de maestrías tales como: comunicarse sensiblemente con los pacientes y colegas; saber escuchar y estar más atentos y cercanos al paciente mediante la recepción de su historia; dar cuenta más cercanamente del examen físico; construir el sentido de las historias que relatan los pacientes y adaptarlas a intervenciones en consecuencia; gestionar una identidad como expertos o conocedores de una especialidad (se considera también a la medicina general y la medicina familiar); cuestionar la estructura de la propia cultura médica; y, crítica y reflexivamente, comprender los supuestos históricos y culturales sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad.

Para Bleakley, conseguir esto sería el afán de las humanidades médicas. Las conclusiones de *porqué* son buenas para la educación médica puede resumirse en las palabras de Aguilar (2014):

Las Humanidades Médicas [...] proporcionan conocimientos sobre facetas de la salud, la enfermedad y el ejercicio de la medicina que habitualmente permanecen ocultos en la formación tradicional de los médicos. Este escotoma en el aprendizaje del arte galénico resta elementos teóricos y prácticos útiles para desarrollar sensibilidad, empatía y ensanchamiento de la mirada clínica, aspectos en los que radica buena parte de la calidad asistencial. (p.171).

3.3.Cuestiones curriculares de las humanidades médicas

Como veremos más adelante, la concreción de la meta-teoría pedagógica esbozada en los párrafos anteriores se ha de complementar con las concepciones teóricas que se tengan del currículo y de la enseñanza; sea una filosofía curricular técnica o por competencias, práctica o deliberativa, o una concepción crítica (Luna & López, 2011), lo que a su vez afecta inexorablemente a los procesos de planificación. Los planteamientos de los currículos que ensayan introducir las humanidades médicas se basan en la canónica división de tres enfoques, con tres diferentes improntas: El Enfoque de las Humanidades Clásico o el Enfoque de Trasmisión Cultural, el Enfoque de Desarrollo Afectivo o Enfoque Psicológico Humanista y el Enfoque de Desarrollo Cognitivo (Self D. , 1993). Estos tres enfoques tienen ciertas similitudes, pero se diferencian precisamente en la concepción que tienen del currículo, además se diseñan en base a distintos objetivos – nuestro actual interés-, y siguen diferentes métodos.

En el primer enfoque, el de enseñanza tradicional, las humanidades médicas son impartidas en el formato de un curso de humanidades cualquiera, pero con la particularidad de buscar su aplicación al campo de la medicina. El método de enseñanza típico es a través de seminarios y conferencias con una marcada orientación cognitiva. Los objetivos educacionales son tímidamente específicos, superpuestos con otros objetivos más generales como los correspondientes al desarrollo del pensamiento y al razonamiento acerca de cuestiones morales y sociales, la integración del pensamiento

moral con la acción, el efecto desincentivador al adoctrinamiento, y el desarrollo de la tolerancia (Self D. J., 1988).

Además, este enfoque es considerado el mecanismo ideal para transmitir los valores profesionales y no profesionales de una generación a otra. En otras palabras, lo que se intenta hacer con este enfoque es asegurar la enseñanza de los valores del profesionalismo, los códigos deontológicos, y otros supuestos de la cultura de la medicina, por lo que sería un enfoque generado y valorado culturalmente. Esto explicaría la característica de que sea un enfoque centrado en la profesión y no precisamente en el estudiante (Self D. , 1993).

En segundo lugar, el Enfoque de Desarrollo Afectivo está preocupado por los aspectos más personales e interpersonales, subjetivos e intersubjetivos, necesarios para la convivencia con los demás, el trato con el paciente, y la relación interprofesional y social. Se resalta la importancia de inspirar la compasión, la sensibilidad y la empatía, así como las habilidades comunicativas y relacionales. De igual forma, al ser un enfoque centrado en el estudiante y no en la cultura profesional, está dirigido a desarrollar la autoestima y autoconocimiento; estimular la introspección; los juicios personales; los propios sentimientos; y, en última instancia, el autocuidado. La metodología de enseñanza consiste en varios formatos, como el trabajo con grupos pequeños, actividades de aprendizaje experiencial, juegos de roles, servicios de tutoría y asesoramiento que desarrollen la cohesión, además de retiros y otras actividades informales (Self D. , 1993).

Finalmente, el Enfoque del Desarrollo Cognitivo, que vendría a ser el último de este esquema, estaría permeado por intentos de lograr un verdadero razonamiento crítico y lógico en los estudiantes como algo esencial en la educación médica. Es así que se constituye en un enfoque centrado propiamente en el estudiante, ya que supera la idea de una transmisión pasiva del conocimiento y los valores, realzando la capacidad que tienen los estudiantes de razonar y reflexionar. Para este enfoque es fácil aceptar que los docentes tienen un carácter eminentemente dialógico para con los estudiantes. Con este enfoque también se estimula el pensamiento independiente del estudiante, para que este se cuestione y evite la conformidad ciega a la profesión. “Se trata de aumentar la complejidad y la sofisticación epistemológica del pensar en la educación médica” (Self

D. , 1993, pág. 223). En cuestión de métodos, el enfoque emplea el estudio de caso, que con frecuencia crea la disonancia cognitiva o conflicto mental dentro de los estudiantes.

3.3.1. El currículo como texto estético, de la teoría a la concreción curricular

Continuando con las ideas de Bleakley (2015) sobre la distribución de lo sensible en la educación médica, estamos conscientes de que las mismas tienen que anclarse en un medio que les permita la materialización de lo que proponen, éste sería un currículo que contenga a esta teoría pedagógica, a parte de la suya propia, es decir, de la propia teoría curricular. No se van a presentar en este apartado teorías curriculares a grandes rasgos que, si bien contribuirían con un tono reflexivo y epistemológico a las intenciones aclaratorias, serían del todo ajenas al principal propósito que se busca plasmar, que no es otro sino crear un currículo que personifique los aportes pedagógicos de las humanidades médicas a la educación médica. Lo que quiere decir que no existe otra manera de afrontar este dilema sin aludir a algún caso especial en donde se hayan llevado a cabo las concreciones curriculares. En otras palabras, únicamente un proceso de planificación del currículo en un contexto determinado, que haya sido bien informado por la teoría y la vigilancia de la reflexión crítica, puede resultar provechoso.

En efecto, se presenta el caso de un proyecto curricular novedoso que incorpora las humanidades médicas no sin antes precisar las connotaciones que todo proceso de diseño e implementación curricular conlleva. Se hacen explícitas las presuposiciones y preferencias teóricas sobre el currículo que a su vez influyen a las prácticas, y que coinciden con el pensamiento de Alan Bleakley (2006) en tanto uno de los autores que mayor profundidad teórica ha regalado a la educación médica y a las humanidades médicas. Por ahora, nos adentramos en la propuesta que él, junto a su equipo de trabajo, despliega auxiliando a nuestra comprensión del currículo en la educación médica, y su conjugación con las humanidades médicas.

El merecimiento que gana el caso que estamos presentando se debe a la gran deliberación que hace el equipo encargado del diseño curricular para obtener una mejor comprensión de su encargo. Parece ser que el principio rector que siguen es considerar

al currículo como una “conversación” (Bleakley A. , 2009), como un proceso dialógico y democrático, abierto a la innovación y a la participación activa de todos los interesados en la enseñanza-aprendizaje en las facultades de medicina, creando así sistemas de retroalimentación. Se genera por estas vías mecanismos de reflexión crítica sobre las implicaciones de poder y legitimidad que tiene esta tarea de elaboración del currículo, que en nada se asemeja a un proceso aséptico y meramente técnico, sino que se avizora como intencional y discursivo, inserto en macroprocesos y realidades históricas, económicas, sociales y culturales que lo acuerdan.

Estos planteamientos se basan a su vez, según parece, en la teoría crítica del currículo (Tadeu de Silva, 1999), con una acotación especial a las manifestaciones del poder - especialmente en los regímenes de disciplina, de control y del cuidado de sí- y a la construcción de las identidades que se hacen presentes en el pensamiento de Michel Foucault (2011), y que por otra parte son de notoria presencia en los sistemas educativos contemporáneos (Tadeu da Silva, 1994). Podría decirse que este equipo adopta la seguridad de saber que el currículo es un proceso y una estructura de configuración y regulación del poder, algo que es de una riqueza incuestionable en la educación médica, además de novedoso (Bleakley , Bligh, & Browne, 2011).

Podría decirse asimismo que la estructura curricular, que ellos prefieren habiten los estudiantes, es compleja, hasta el punto de compararla utilizando metáforas como la del rizoma (Deleuze & Guattari, 2002); pues, si bien el currículo inevitablemente funciona como una espiral (los temas se revisan con mayor sofisticación), también se extiende horizontalmente, desde abajo, a través de redes y formando brotes repentinos (Bleakley A. , 2012).

Otro intento reflexivo que realizan los miembros de este equipo antes de proponer la integración de las humanidades médicas en el currículo, lo hacen entrando en las posturas posmodernas curriculares (Torres González, 2002) y con claros tintes del postestructuralismo, dando precisamente continuidad a la línea que vienen siguiendo hasta ahora. Se preguntan sobre lo que entienden por currículo, admitiendo que se reconocen deudores del movimiento norteamericano reconceptualista y que adoptan la postura de estudiosos como William Pinar (1996) de considerar al currículo como texto, como un *performance* escrito y hablado sujeto a género. Con ocasión de las humanidades médicas, el currículo puede ser leído como texto estético, pero todavía

como capaz de tener múltiples lecturas de variados textos funcionales, a saber: histórico, económico, ético, espiritual, autobiográfico, de género, político e internacional, y que por lo demás incorpora posiciones ideológicas (Bleakley A. , 2012).

Estos enfoques textuales permiten pensar el currículo de una forma global y holística, dando cabida a las innovaciones y ayudando a mantener abierta la posibilidad de replantear preguntas y reformular los diseños curriculares de pregrado en medicina (Bleakley A. , 2012). Enfatizan igualmente que la especulación sobre el currículo y su reconceptualización no son formas instrumentales de cambio, requiriéndose las transformaciones de las experiencias de aprendizaje y no sólo la manipulación del contenido o de los modos de evaluación.

Para el equipo de Bleakley el currículo es entonces un proceso de inscripción de valores, de moldeamiento de sensibilidades y de construcción de identidades que, con el asunto de las humanidades médicas como el corazón del mismo; y siguiendo al último Foucault, podría conducir a formar una *estética de la existencia* (Builes Correa, 2012) en los estudiantes de medicina. Lo que Foucault (2011) propone es que la construcción de la propia identidad a través del transcurso social -al entrar, por ejemplo, a una comunidad de práctica profesional como la medicina- puede ser entendida como un proceso estético de auto-formación (formación y conocimiento de sí) y de cuidado de sí, donde el sujeto está presto a asumir la tarea de darse forma a sí mismo a partir de criterios de belleza (de estilo); en definitiva: hacer de la propia vida una obra de arte.

Bleakley toma estas ideas foucaultianas y aspira, partiendo de estimular una autoformación estética y ética de los estudiantes de medicina (Bleakley A. , 2004) y considerando al currículo como texto estético (Bleakley, Marshall, & Broemer, 2006), formar una identidad "estética" de *connoisseurs*³¹ en los estudiantes y médicos, para lo cual desarrolla una propuesta conceptual de la estética de la medicina que compruebe la importancia de las humanidades médicas (Bleakley A. , 2015).

³¹ Un connoisseur (del Fr. *connaissance*, de *conoistre*, *connaître* que significa "saber de algo"), o entendido, es una persona con un gran conocimiento sobre las bellas artes o un experto en temas del arte en general. Es conocido en los ambientes artísticos y académicos, aunque allí puede que se le compare como un crítico de arte, que no es lo mismo. Bleakley utiliza este adjetivo para denominar al grado de excelencia máximo al que puede aspirar un médico clínico o un especialista como gran conocedor del arte de la medicina, un profesional que ponga en práctica estética y éticamente su conocimiento excepcional.

Para alcanzar tan magno proyecto, entrever en qué consiste y cuál es su efectiva relación con las humanidades médicas, vamos a acoger de nuevo el pensamiento de Alan Bleakley y su teoría de la distribución de lo sensible en la cultura pedagógica de la medicina que antes expusimos. Retrocedemos un poco en el devenir de su pensamiento para reacomodar algunas de las ideas, lo que se es posible gracias a las inquietudes previas de este pensador sobre las maneras de justificar una intervención de las humanidades médicas en los procesos de diseño e implementación curricular.

La innovación de este teórico de la educación médica se produce después de una constante reflexión sobre la medicina, que él concibe como una práctica intrínsecamente estética y esencialmente imaginativa, en donde se da progresivamente una *experticia de la aplicación sensible del conocimiento*, especialmente en la clínica. O lo que es lo mismo, su modelo conceptual novedoso se produce después de hacer una profunda reflexión sobre el arte de la medicina. Deriva todo esto de lo que Bleakley (2006) entiende por estética, afirmando que persigue el enunciado griego originario y el sentido etimológico de la palabra *aisthitikos* (αἰσθητικός) que significa "percibir sintiendo" o "impresión sensible".

Es así que, ya desde hace algunos años, aparecen las categorías de *sensibility* y *sensitivity* (Bleakley, Marshall, & Broemer, 2006), como sensibilidades aplicadas a los juicios clínicos, posibilidades de servirse de los sentidos para agudizar la mirada clínica, elaboración emblemática de cualquier médico durante el proceso diagnóstico y pronósticos; pero también, como aquellas sensibilidades especiales que se requiere en la práctica clínica llena de condicionantes relacionales de colegas, de otros profesionales y de los mismos pacientes, en donde se requiere una cierta empatía y una conciencia ética expresadas como inteligencia narrativa (Bleakley A. , 2015).

Es preciso hablar, pues, de acuerdo con Bleakley, de una medicina estética o una estética de la medicina que no está muy alejada de la asunción de una estética propia de las ciencias de la vida, posicionándose de esta forma como uno de los defensores del movimiento que intenta rescatar las dimensiones estéticas del conocimiento científico. Rompe así con los estereotipos de una ciencia carente de creatividad y con la oposición simplista entre ciencias, humanidades y artes. Se posiciona además como defensor de los educadores que procuran apoyar el aprendizaje y develar, mediante una enseñanza imaginativa, la estética innata de la ciencia. Aunque cierto es que la medicina es más

praxis que ciencia, o más bien práctica relacional (ética) y artística (estética) de aplicación científica, he allí los fundamentos de la belleza propia de la medicina según Bleakley (2006).

Este discurrir teórico, de considerar a la práctica clínica como experiencia estética y al currículo como texto estético, es indispensable a la hora de tomar decisiones en el proceso de delineación y ejecución de las curricula que aseguren, en última instancia, que esa práctica se realice tal cual verdadero arte centrado en el paciente. Y que, de paso también, asegure el aprendizaje y la aplicación de las humanidades médicas en esa práctica. Al contrario, si no se certifica el arte deliberativo también en dicho proceso de diseño curricular -arte por excelencia del ejercicio educativo- ha de caerse en la tentación de llevar las labores curriculares con una desazón técnica-racional, estorbando más que promoviendo el aprendizaje creativo y significativo. Tales son, en síntesis, las razones para reflexionar sobre el currículo como texto estético en relación con las humanidades médicas.

3.3.2. Objetivos educacionales de las humanidades médicas en la formación médico- profesional y algunos resultados de aprendizaje

A continuación, se exponen algunas formas de organizar los objetivos educacionales de las humanidades médicas a modo de taxonomías, lo que sin duda ha de facilitar mucho la planificación de la instrucción. Además, en cumplimiento de dichos objetivos se determinan algunos resultados de aprendizaje que pueden ser esperados como consecuencia de los procesos de enseñanza-aprendizaje de las humanidades médicas. Quisiéramos advertir previamente que nuestra intención no es simplificar en demasía la complejidad que involucra los procesos de diseño curricular, algo que ya explicitamos en los párrafos anteriores.

Lo que queremos es organizar este proceso y fraccionarlo en sus partes constitutivas. En otras palabras, no es que queramos convertir la planificación de la instrucción en un proceso técnico de determinación de objetivos, aislados estos de otras consideraciones igualmente importantes, sino que tomamos la taxonomía de Bloom, y alguna otra

taxonomía, con el propósito de sugerir algunos objetivos para la enseñanza de las humanidades médicas sólo con fines organizativos.

El hecho de proponer objetivos educativos sería el principal aporte de estas taxonomías, aun con el tecnicismo programático implicado que se convertiría en objeto de críticas. La principal, que a su vez pone en aprietos al paradigma psicopedagógico del conductismo, consistiría en considerar los objetivos como fines en sí mismos, metas de un sistema dominado por la técnica educativa. A pesar de todas estas críticas, se procede a indicar los objetivos sin por eso considerarlos el fin o lo más importante de este proceso. Se utiliza en este sumario la taxonomía de Bloom (1990), adaptada por Tapajós (2005)³², por ser la más aceptada y la más utilizada en los diseños curriculares, al menos en la educación médica, si bien la otra taxonomía, la de Phenix, también será revisada.

3.3.2.1. Propuesta de objetivos educativos de las humanidades médicas en base a la taxonomía de Bloom

Como es bien conocido, la taxonomía de los objetivos educativos de Bloom se divide en tres dominios, a saber: el cognitivo, el afectivo y el psicomotor (Bloom, 1990), es de suponer entonces que en ellos se deban ubicar los objetivos de las humanidades médicas, los rasgos humanistas que pretende una formación en estas disciplinas. Ahora, tal como señala Tapajós (2005): “Es nuestra hipótesis de que la taxonomía clásica de objetivos educativos da cuenta de muchos de estos rasgos humanistas, pero parece que deja de lado muchos otros también relevantes” (p.25). Tapajós inevitablemente termina demostrando que los tres dominios clásicos

³² Es necesario advertir que las propuestas taxonómicas de los objetivos educativos de las humanidades médicas que sugiere Tapajós son elaboradas utilizando la literatura sobre el tema disponible previa a la fecha de realización y publicación de su tesis doctoral. Es así que, en general, las referencias bibliográficas usadas son en su mayoría de antes del año 2000. Ante la actualidad de nuestra propuesta, pero igualmente viéndonos en la necesidad de tomar las sugerencias de este autor –en parte por la inexistencia de otras propuestas taxonómicas, pero también por su acierto al elaborarlas– solicitamos a los lectores remitirse a las fuentes primarias directamente en el trabajo de tesis doctoral de Tapajós, ya que no serán citadas en este apartado: Tapajós (2005). O ensino da medicina através das humanidades médicas: análise do filme *And the band played on* e seu uso em atividades de ensino/aprendizagem em educação médica. Tesis doctoral USP. Sao Paulo.

blomnianos y sus categorías no agotan los rasgos humanistas de la formación que se espera sean adquiridos a través de la enseñanza de las humanidades médicas, y que son necesarias taxonomías alternativas que podrían representar una ayuda en el intento clasificatorio.

Pero antes de revisar esas alternativas, sería provechoso explorar el acomodamiento que realiza Tapajós de los objetivos educacionales de las humanidades médicas en la taxonomía de Bloom, siguiendo sus dominios y categorías. Para esto habría que recordar que la taxonomía de Bloom se estructura en una jerarquía de comportamientos, siempre observables y en términos conductuales, desde los más simples a los más complejos. Las categorías están ligadas al dominio de aprendizaje correspondiente como se expone a continuación.

Dominio Cognitivo de Bloom. El dominio cognitivo comprende seis categorías, enumeradas de la categoría menos a la más compleja:

- 1) Conocimiento: involucra recordar material aprendido con anterioridad como datos, hechos, términos, conceptos básicos, secuencias, estructuras, esquemas, clasificaciones y respuestas.
- 2) Comprensión: esta categoría implica alguna forma de entendimiento y cubre las actividades intelectuales como la descripción, la traducción, la interpretación, comparación y la extrapolación.
- 3) Aplicación: significa el uso creativo de los principios, generalizaciones y abstracciones en situaciones concretas nuevas y en casos particulares. Además, conlleva seleccionar y utilizar datos y métodos para solucionar una tarea o un problema dado.
- 4) Análisis: implica la división de un todo en sus partes constitutivas y la percepción del significado de las mismas en relación con el conjunto. También comprende el análisis de elementos, de relaciones, identificando motivos o causas, haciendo inferencias, relacionando hipótesis, etc.
- 5) Síntesis: la producción de un todo coherente, original, único y creativo. Involucra utilizar ideas viejas para crear otras nuevas, proponiendo soluciones

alternativas, un plan de operaciones o la derivación de una serie de relaciones abstractas.

6) Evaluación: consiste en hacer un juicio de valor con segundos criterios, exponer y sustentar opiniones. Por tanto, comprende una actitud crítica que está relacionada con la validez de ideas o la calidad de una obra en relación con un conjunto de criterios.

Es fácilmente deducible que son preferidas las categorías cognitivas de mayor complejidad que las de menor jerarquía. Como era de suponerse, la categoría de la evaluación, que está relacionada con el juicio y el pensamiento crítico, es la que se busca especialmente, esto más en el caso de la enseñanza-aprendizaje de las humanidades médicas, y todavía más si la enseñanza de estas disciplinas pretende lograr este pensamiento crítico en los estudiantes. En consecuencia, generar un pensamiento crítico es el objetivo fundamental al que se debe aspirar. Esta capacidad cognitiva, definida vagamente por ahora, será complementada con otras operaciones y metas concretas que se espera alcancen los estudiantes. Se busca además que los estudiantes desarrollen una mente inquisitiva para ejercitar la reflexión de una forma sofisticada y sistemática, capacidad que les permita contraponerse al pensamiento irreflexivo y automático que no repara en cuestionamientos, cualesquiera que estos sean y de cualquier orden.

Los estudiantes también pueden esperar liberarse de prejuicios e ignorancias, de supuestos inamovibles, de dogmatismos, de la dependencia intelectual y del sesgo hacia lo estrictamente científico, todo por medio de la imaginación, la creatividad, el pensamiento metafórico, narrativo e intuitivo, reconociendo primero su legitimidad. Lograr esto sería como despertar de un estupor, accediendo a formas no científicas de la cognición. Asimismo, los estudiantes tendrán que ampliar los modos de conocer mediante una epistemología circular que ilumine zonas que estaban oscurecidas. Estos estudiantes estarán capacitados para ejercer una flexibilización de su pensamiento, reconociendo diferentes perspectivas. Finalmente, es necesario que rescaten el conocimiento generado por la experiencia vicaria (Pellegrino, 1984) y lo valoren como fuente de aprendizaje.

Haciendo referencia a las categorías de más baja jerarquía, es decir al conocimiento, la comprensión y la aplicación, se busca que los estudiantes sean capaces de expresar argumentos claramente, ilustrar, interpretar y explicar eventos, separar hechos de opiniones, reconocer y seguir métodos, desarrollar nuevos conocimientos en la resolución de problemas, etc. De nuevo, en los niveles superiores, en el análisis y la síntesis, se espera que los estudiantes alcancen un pensamiento analítico, que establezcan vínculos y relaciones causales entre los conocimientos aprehendidos, y que elaboren una síntesis de este conocimiento. En pocas palabras, se espera que desarrollen un conjunto de habilidades que mejoren la toma de decisiones clínicas.

Dominio Afectivo de Bloom. El dominio afectivo se compone de las siguientes cinco categorías ordenadas según la misma jerarquía dependiente de la complejidad:

- 1) Recepción: en este nivel el estudiante se tiene una actitud pasiva, consiste en la conciencia, la atención controlada y la disposición/ disponibilidad de recepción, lo que significa que el estudiante no evitará la experiencia o que la va a tolerar.
- 2) Respuesta: en este nivel hay una disposición activa o por lo menos el consentimiento para responder al estímulo. En fases más avanzadas se implica incluso la satisfacción de responder.
- 3) Valoración: se refiere a asignar un valor a un objeto o a un fenómeno, mostrar preferencia por este valor o un compromiso por el mismo, de manera que haya entusiasmo personal y motivación involucrados.
- 4) Organización: frente a la confrontación y coexistencia de valores o actitudes diferenciadas, surge un conjunto o un sub-sistema de valores que pueden ser agrupados en otro sistema.
- 5) Caracterización: un conjunto organizado de valores pasa a caracterizar la singularidad del estudiante como una persona dotada de una filosofía de vida y una personalidad.

Se trata de categorías, mayoritariamente subjetivas, que no sólo expresan valores, sino también creencias, sentimientos, actitudes y comportamientos que los estudiantes

internalizan, por lo que son marcos idóneos para la enseñanza de las humanidades médicas. Sin embargo, aunque central en la enseñanza de la medicina, el dominio de aprendizaje afectivo tiende a ser ignorado por los educadores médicos, la más de las veces debido a las dificultades técnicas para enunciar objetivos en este dominio, o para construir y ejecutar métodos de enseñanza apropiados.

Para saldar estas dificultades, intentamos ilustrar específicamente cuáles son los objetivos que se busca alcanzar, comenzando por los objetivos relativos a la recepción. Pero frente a las mencionadas complejidades con respecto a la enunciación de los objetivos, nos limitaremos a expresarlos en términos de los resultados de aprendizaje por parecernos esta la forma más adecuada. En esta primera categoría de la percepción, con la ayuda de las humanidades médicas, los estudiantes podrán exponerse, profesional y personalmente, a nuevas ideas y perspectivas, exposición que deberá estar atravesada por la novedad y lo desconocido. De esta manera, podrán descubrir nuevas áreas del conocimiento, estar abiertos a los misterios de la vida, a todas las formas de conducta y actividad humanas.

También serán capaces de enfrentar la incertidumbre y la ambigüedad propias de la profesión como parte del proceso de toma de decisiones. Tendrán que estar expuestos a las experiencias auténticamente humanas, por nombrar algunas, la enfermedad, el dolor y el sufrimiento, la desesperación, la tristeza, el miedo, la muerte, las limitaciones físicas, el abandono, la soledad, la ansiedad, la crisis existencial. Además, podrán encarar situaciones dilemáticas de la medicina, situaciones que representan verdaderos conflictos morales como la sexualidad, el aborto, la enfermedad terminal, la eutanasia, el suicidio, etc.

En términos de capacidad de respuesta, perteneciente a la segunda categoría, los estudiantes con la enseñanza de las humanidades médicas estarán tentados a verbalizar creencias y decir lo que piensan de una manera "ruidosa o vacilante", expresándose con ideas originales y puntos de vista personales para tratar los temas difíciles relacionados con la medicina. Lo importante es que sean capaces de responder a la dimensión personal y psicosocial de los problemas ajenos, y que los problemas de salud sean enfrentados multidimensionalmente y no reducidos a los horizontes de la biomedicina.

En lo que respecta a los objetivos de las categorías de más alta jerarquía, la valoración, la organización y la caracterización, los estudiantes podrán comprender, explorar y desarrollar los valores propios y ajenos, así como también reconocer y detectar conflictos de valores para luego resolverlos con la ayuda de las herramientas de las ciencias sociales y las humanidades. En el espacio más personal, las humanidades médicas deberán permitir que los estudiantes consigan desarrollar la conciencia, aclarar creencias y darse cuenta de las diferencias entre sus propios valores y los de los otros, para tener la posibilidad de aceptarlos e integrarlos dentro de ellos mismos. Es así que la cuestión de los valores se convierte en una preocupación central.

Teniendo como valor supremo la vida, los estudiantes reconocerán la independencia e importancia de los valores frente a cualquier otra postura contraria, y velarán por garantizar los valores auténticamente humanos. Es por esto que una educación en valores ha de ser vista más como una necesidad que como un lujo en la educación médica. Para lograr lo antedicho en perspectiva democrática, y gracias a la enseñanza de las humanidades médicas, es necesario que los estudiantes sean capaces de definir la alteridad, de darse cuenta de que existe un “otro”, unos otros, siendo capaces al mismo tiempo de separar los valores y experiencias de aquellos, para preservarlos y promoverlos, así como para reconocer su propia individualidad.

En definitiva, los estudiantes tendrán que ser capaces de apreciar y gestionar la diversidad y la pluralidad, sólo así cultivarán la tolerancia. En el caso específico de la práctica clínica, estos estudiantes han de tener empatía con los problemas de los pacientes, han de ser capaces de “ponerse en los zapatos del otro”, es decir, entender cognitivamente y afectivamente lo que el otro está experimentando. Así también, estarán dispuestos a desarrollar relaciones significativas de trabajo en el hospital y en el aula con los compañeros, fomentando la relación médico-paciente, alumno-profesor, y ensayando también la interdisciplinariedad y la cooperación profesional. Por último, han de permitirse descubrir la dignidad de cada persona, siendo conscientes de la humanidad compartida por ellos mismos y por los pacientes, y, por este medio, ser humanizados, este es el fin de todos los esfuerzos y objetivos colocados en el dominio afectivo.

Dominio Psicomotor de Bloom. El dominio psicomotor contiene seis categorías, de las cuales las dos primeras no permiten una enunciación de objetivos acorde con la etapa

universitaria, ya que consisten en acciones fisiológicas fundamentales del sistema motor humano que se darían por sentado. Con todo, las categorías de este dominio son:

- 1) Los movimientos reflejos.
- 2) Movimientos básicos fundamentales.
- 3) Las habilidades perceptivas: consisten en las habilidades de coordinación de movimientos y percepciones discriminatorias, por ejemplo, visual y auditiva.
- 4) Habilidades físicas: se refieren a los logros físicos básicos como la velocidad, la persistencia y la resistencia.
- 5) Movimientos de habilidad: consisten en una serie de movimientos que se deben llevar a cabo con precisión, en secuencia y con melodía cinética, como bailar, patinar, tocar el piano, o en el campo de la medicina, operar, suturar o colocar un catéter.
- 6) La comunicación no discursiva: secuencia de movimientos que adquieren la capacidad de comunicarse corporalmente tales como pintar, tocar una canción en el piano o bailar una coreografía.

El dominio psicomotor es muy frecuente en la formación de los profesionales de la salud, pero su clarividencia por parte de los formadores, como elemento constituyente del proceso formativo, es casi nula. En la enseñanza práctica están presentes algunos ejemplos como cuando se requiere que los estudiantes discriminen los sonidos del corazón (categoría 3); escuchen los ruidos inspiratorios y coordinen esta percepción con un movimiento dirigido a colocar un tubo endotraqueal (categoría 3); estimen la cuantificación de la frecuencia cardiaca de un recién nacido para evaluar la puntuación de Apgar (categoría 3); reduzcan una luxación de hombro con la fuerza requerida (categoría 4); hagan un examen físico sistematizado a un recién nacido en el tiempo preciso y con la delicadeza necesaria (categoría 4); logren hacer una punción lumbar (categoría 5), consigan una gasometría arterial, coloquen un catéter de Swan-Ganz o asistan un parto vaginal (todos categorías 5) (Tapajós, 2005).

Los ejemplos ofrecidos se aplican también en lo que respecta a las humanidades médicas, en especial con las artes, como cuando se ligan los objetivos y las categorías

con ciertas actividades artísticas. Para mejor entender, en el caso de que se requiera afinar la percepción auditiva o visual, tan necesarias para el diagnóstico, se podrán utilizar imágenes, dibujos, pinturas, videos, películas y música como recursos didácticos. Ya en las categorías más complejas, como la comunicación no discursiva; que podría empatar perfecto con mejorar las habilidades de comunicación no verbales requeridas para una buena entrevista clínica, podrían ser explotados el lenguaje corporal, facial y mímico con la ayuda del teatro o con actores que simulen ser pacientes en una situación específica.

Ahora bien, una vez completado el esquema taxonómico de objetivos educacionales de las humanidades médicas según los dominios de aprendizaje y categorías de Bloom; y una vez sugeridos algunos resultados de aprendizaje con relación a las humanidades médicas, queda la impresión de que podrían haberse excluido ciertos aspectos del amplio espectro humanista. Por tanto, podría mejorarse esta esquematización y organización taxonómica siguiendo otras clasificaciones que no se encierren exclusivamente en los clásicos dominios cognitivo, afectivo y psicomotor. Es por esto que retomamos la propuesta de Tapajós (2008) de usar taxonomías alternativas, aun cuando no son familiares a la educación médica. En última instancia, esto podría trascender en una verdadera innovación curricular. A continuación, exponemos una taxonomía muy útil.

3.3.2.2. Propuesta de objetivos educacionales de las humanidades médicas en base a la taxonomía de Phenix: los campos de significado

El modelo curricular de Phenix, propuesto en su obra *Realms of Meaning (Esferas de la significación)* de 1964, está concebido junto a una filosofía de la educación que pone en el centro el concepto de significación. Para este modelo, la significación es inherente al ser humano y la piedra angular en la que toda intención educativa debe cimentarse. Phenix trata de ofrecer una estructura de significaciones del currículo que sea de utilidad para la educación en general, aunque algunos autores vean aquí un sustrato adecuado para pedagogías específicas, como la educación moral (Morehouse, 2004) o

en valores (tal como el mismo Phenix pensaba), la educación artística, o incluso la educación médica o en enfermería (Tapajós, 2005; 2008), dependiendo de los campos de significado con cuales que se identifican estas pedagogías. La estructura curricular de Phenix se divide en seis campos de significado.

Presentaremos a continuación el listado completo y una pequeña definición de las esferas de significación o campos de significado en algunos de los cuales los objetivos educacionales de las humanidades médicas pueden ser ubicados.

-Campo simbólico (Symbolics): se ocupa de expresar y comunicar significado. Este campo está formado por convenciones formales que contienen tanto el lenguaje ordinario como las matemáticas. Además incluye la comunicación no-discursiva (lenguaje corporal, las costumbres y ritos). Es el más fundamental de los campos de significado, ya que todos los otros dependen de él para su desarrollo.

-Campo empírico (Empirics): consiste en la lógica de la ciencia y la generalización. Se hace uso además la descripción, la observación, la experimentación y la formulación teórica. Las ciencias físicas y naturales se pueden incluir aquí, así como las humanidades y las ciencias sociales.

-Campo estético (Aesthetics): implica la significación no generalizable pero singular. Cada experimento puede ser único y sin igual. Este es el campo que incluye las artes. Las significaciones en este campo se refieren a la percepción contemplativa de cosas particulares, con significaciones únicas para el artista y para el que contempla la obra de arte.

-Campo sinoético (Synnoetics): está asociado al conocimiento personal y tácito de uno mismo, de los demás y de las cosas. El “conocimiento personal” de Michael Polanyi y la relación “Yo-Tú” de Martin Buber. Incluye la conciencia, el *insight* y los hechos únicos. El conocimiento en este campo no es imparcial y objetivo, sino subjetivo y comprometido.

-Campo ético (Ethics): implica el conocimiento moral y la conducta personal basada en la libre elección, responsable y deliberada.

-Campo sinóptico (Synoptics): las significaciones en este campo son comprensivamente integradoras, combinan el conocimiento empírico, estético y ético para dar cuenta de la experiencia humana. Cubre la historia, la religión y la filosofía.

Así presentados, estos campos de significado aparentarían un orden jerárquico establecido desde el campo simbólico al sinóptico, pero en realidad no poseen una estructura rígida. Pueden estar presentes en los currículos unos y otros no, aunque es cierto que cualquier propuesta curricular que se considere integral tendría que tomar en cuenta todos los campos. En lo que tiene que ver con las humanidades médicas y sus objetivos educacionales, los campos de significado de Phenix parecerían espacios idóneos para que éstos sean ubicados, ya que también se podrían admitir paralelismos con los ejes curriculares que se suelen manejar en las propuestas formativas. Mírese, por ejemplo, la frecuente división en áreas o ejes curriculares de los currículos de las profesiones sanitarias: el área científica (empírica), el área técnica – o para algunos el arte de la profesión- (estética), aunque esta no es una convención común, el área personal o humanista (sinoética), y el área moral (ética).

En la formación médica se desarrollan curricularmente algunas de estas áreas más que otras, por ejemplo, es un hecho que el área científica tenga generalmente el mayor peso dentro de los planes de estudio. Sin embargo, esta no sería el área propia de las humanidades médicas, razón por la cual los objetivos educacionales de estas disciplinas no deben dirigirse al campo de significado empírico. Por otra parte, se ha llegado a un consenso al admitir que el área del desarrollo ético y moral en el contexto de las profesiones de la salud, y específicamente en la medicina, es muy necesaria para el proceso formativo. En consecuencia, dentro del campo ético de Phenix pueden ubicarse varios objetivos educacionales relacionados con las humanidades médicas y con las disciplinas pertenecientes a estas como la bioética o la ética médica.

No quisiéramos extendernos en este punto, ya que consideramos que los objetivos contenidos en el campo ético no constituyen ninguna novedad en la educación médica tradicional; más bien, nos limitaremos a mencionar algunos objetivos mínimos que deben estar asegurados. Antes de proseguir, sería importante dejar en claro que, tanto la ética médica como la bioética, pueden tener objetivos autónomos que no deben

confundirse. No obstante, en la práctica suele cometerse el error de considerarlas disciplinas equivalentes, superponiendo por tanto los objetivos.

Por nuestra parte diremos que en el campo ético es fundamental que los estudiantes sepan respetar la autonomía absoluta del paciente, respetar sus decisiones libres e informadas en lo que tiene que ver con el diagnóstico y el tratamiento. Tal como se evidencia, mucho de lo que consta en este campo de significado tiene que ver con el deber moral del médico, imperativo que tiene su máxima expresión en la relación médico-paciente como la instancia relacional de vital importancia en la práctica clínica. La investigación biomédica es otro momento en el que debe hacerse presente la ética y la moralidad profesional. Por estos motivos, los estudiantes han de aprender a dirigirse por unos principios bioéticos básicos: el de autonomía ya antes mencionado, el de no-maleficencia, pero sobre por los principios de beneficencia y de justicia.

Dentro del campo estético de Phenix, el profesional de la medicina tiene a su haber, en el día a día, un sinnúmero de situaciones y representaciones estéticas; esto solo se hace evidente cuando se considera a la medicina como una profesión intrínsecamente estética, el arte médico (Bleakley, Marshall, & Bromer, 2006). Sería bueno entonces que el estudiante sepa reconocer estas situaciones ejerciendo su capacidad de contemplación, que se inicie en los dominios estéticos y artísticos sin que por esto se pretenda obtener un genuino artista o un poeta exquisito.

El campo sinoético sí que resulta novedoso en los currículos médicos, no sólo por el descuido histórico al que se han visto sometidas las dimensiones de la interioridad de los estudiantes de medicina, sino también porque esto sucede a pesar de que se da por sentado la importancia de la construcción de la personalidad y la identidad en los profesionales de la medicina. Acorde con una reivindicación, los objetivos de las humanidades médicas dispuestos en este campo han de ser resaltados.

De este modo tenemos que los estudiantes podrán acceder, con la ayuda de las humanidades y las artes, al conocimiento de sí mismos, a su autoconciencia, desarrollando algo que es dejado a un lado en la educación formal, pero que es indispensable, la introspección. Esto les ha de permitir saber sus límites, evitar excesos, auto cuidarse, comprender mejor sus reacciones hacia los pacientes, compañeros, profesores y familias. En fin, mantener el equilibrio psíquico, una salud mental

adecuada, promover el crecimiento personal, alcanzar la madurez en todos los aspectos de la persona y vivir la vida plenamente.

Otros objetivos de las humanidades médicas dentro del campo sinoético son el afianzamiento que los estudiantes estarían dispuestos a lograr en lo que se refiere a la vida profesional; es decir, afianzar la vocación de médico y renovarla constantemente, construir una carrera profesional exitosa y por sobre todo satisfactoria, alcanzar el éxito personal y profesional, una realización completa y una buena calidad de vida. Estos objetivos, que aparentan ser demasiado ambiciosos, solamente se podrán lograr con un verdadero compromiso con las humanidades médicas, tanto de profesores como de estudiantes.

De los objetivos restantes, no están presentes aquellos del campo simbólico porque, según Phenix, es el más más básico de los campos de significación, siendo que todos los otros dependen de él para su desarrollo. Tampoco constan los objetivos del campo sinóptico por ser el campo integrador, integración que es un asunto pendiente de las humanidades médicas en la educación médica.

3.3.3. Las humanidades médicas y las competencias

Se sistematizan en este apartado las propuestas que se confirman en el famoso enfoque de la educación basada en competencias (Gimeno Sacristán, 2008). Se articulan algunas competencias concretas y consensuadas por expertos, específicas para la medicina y para la educación médica, y que son logrables metódicamente mediante la enseñanza-aprendizaje de las humanidades médicas. Pero antes, valdría aclarar qué se entiende por competencias, ya que existe una confusión conceptual y terminológica que imposibilita el compromiso con el diseño y planificación de la instrucción. Especificando un poco más, podemos señalar que vamos a referirnos a las competencias profesionales, que no son lo mismo que las competencias de otros niveles formativos, especialmente porque son estas las que nos interesan en la formación del profesional médico (González Díaz & Sánchez, 2003).

Según varios autores (Gimeno Sacristán, 2008) (Climént Bonilla, 2011), las competencias son un conjunto de elementos –conocimientos, técnicas, habilidades,

capacidades, actitudes y juicios— que un profesional recibe, desarrolla y perfecciona en su formación y que le asisten en el momento en el que tiene que actuar eficazmente en situaciones que le corresponden en su campo de la práctica (Viola & Ricci, 2012). Lo que define, sin embargo, a las competencias es su multidimensionalidad, que las certifica, pues, como constructos complejos del saber y del hacer. En este sentido, las competencias no sólo se limitan a esferas cognitivas o del conocimiento, sino que se abren a varias dimensiones del aprendizaje.

Tampoco se adquieren exclusivamente en un solo nivel formativo, sino de una forma transversal. Además, estas competencias son alimentadas por varias disciplinas, saberes heterogéneos y mixtos, rompiendo de esta manera la homología por disciplinas del aprendizaje y la enseñanza (Gimeno Sacristán, 2008). Todas estas bondades pedagógicas convierten a las competencias en los elementos preferidos de los modelos curriculares autodefinidos como “basados en competencias”, enfoques que también son predominantes en la educación médica contemporánea (González Díaz & Sánchez , 2003) (García García, González Martínez, Estrada Aguila, & Uriega González Plata, 2010).

Efectivamente, en los últimos años han abundado las recomendaciones y normativas externas de grupos de trabajo nacionales o asociaciones internacionales dedicadas a al área de la formación profesional. En estas instituciones, los diseños curriculares basados en competencias se han puesto de moda, llegando a establecerse de modo genérico, por parte de estos organismos que también cumplen el rol de evaluación y acreditación, las competencias que deberían adquirir los profesionales médicos del siglo XXI (García García, González Martínez, Estrada Aguila, & Uriega González Plata, 2010). Lo dicho se convierte en objeto de críticas cuando se observa que se traspasan las decisiones curriculares a organismos ajenos a las instituciones educativas, o que estas decisiones queden fuera de la autodeterminación de los docentes.

Otras críticas persistentes a la educación por competencias tienen por objeto la concepción de estas como tecnologías serviles al mercado laboral (Sánchez Parga & del Rey, 2011) o pensarlas bajo el paraguas del neo-conductismo, lo que es distinto a considerarlas en clave de la acción consciente —más tendiente al constructivismo. Las presunciones de este modelo curricular convierten a la planificación un proceso

mecánico, produciéndose un resurgimiento de la concepción técnica del currículo y retornándose a la retórica neo – tecnicista (Basilio Loza , 2012).

A pesar de todos estos peligros, es un hecho que este enfoque es el que predomina en los diseños curriculares de las facultades y escuelas médicas, por lo que no estaría mal estudiarlo para proponer algunas mejorías. Una definición operativa de competencia en medicina la ofrece Epstein (2002) y es la que sigue: “(...) el uso habitual y juicioso de la comunicación, conocimiento, habilidades técnicas, razonamientos clínicos, emociones, valores y reflexión en la práctica diaria para el beneficio de los individuos o comunidad a la que se está sirviendo.” (p.226). Esta definición tiene inserta unas categorías diferenciadas que podrían ser utilizadas para construir una clasificación de las competencias en la formación del médico, aunque lo que nos interesa por ahora es indagar las competencias en donde las humanidades médicas serían protagonistas.

3.3.3.1. Las competencias de las humanidades médicas según la clasificación de Morse et al. y adaptadas por Tapajós

Sistematizamos a continuación la propuesta de Morse *et al.* (1992) de un grupo de competencias profesionales, algunas de las cuales pueden ser adquiridas mediante la enseñanza-aprendizaje de las humanidades médicas. Esta propuesta dibuja un modelo organizativo de competencias con unos lineamientos asimilables para la gran mayoría de diseñadores curriculares. Existen, pues, de acuerdo con estos autores, dos categorías principales de competencias profesionales: las competencias profesionales específicas, que significan la carga conceptual y de conocimientos científicos y técnicos propios de la profesión, y las competencias adicionales, en genérico, que se refieren a las competencias complementarias. Las competencias específicas y adicionales a su vez pueden subdividirse. La clasificación propuesta es la que sigue:

Competencias profesionales específicas.

- Competencia conceptual: comprensión de los fundamentos teóricos de la profesión.
- Competencia técnica: ejecución de las tareas profesionales requeridas.

- Competencia integrativa: amalgamamiento y fusión de la teoría y habilidades técnicas en la práctica real.
- Competencia de disponibilidad para el mercado (*career marketability*): estar disponible en el mercado como resultado de la educación y la formación adquirida.

Competencias adicionales.

- Competencia comunicacional: uso efectivo de la comunicación verbal y escrita.
- Competencia crítica: examen racional, lógico y coherente de los problemas.
- Competencia contextual: reconocimiento del contexto ambiental y social en el que se practica la profesión.
- Competencia de la sensibilidad estética: Conocimiento de las artes y de la conducta humana con fines de enriquecimiento personal y de aplicación en la profesión.
- Competencia de la identidad profesional: Preocupación por mejorar los conocimientos, habilidades y valores de la profesión.
- Competencia profesional: Comprensión y aceptación de la ética de la profesión como un patrón que sostiene el comportamiento profesional.
- Competencia de adaptación: Capacidad de anticiparse, adaptarse y/o promover cambios importantes en la profesión.
- Competencia de liderazgo: Contribución como un miembro productivo de la profesión, y la capacidad de asumir roles de liderazgo, apropiados a la profesión y a la sociedad.
- Competencia de preocupación por la mejoría académica: Reconocimiento de la necesidad de producir conocimiento en la profesión mediante la investigación.
- Competencia de la motivación para el aprendizaje permanente (*lifelong learning competence*): Deseo de continuar con la actualización de conocimientos y habilidades.

Esta clasificación es adaptada por Tapajós (2008) para organizar las competencias de las humanidades médicas. Para este educador médico, quien se basa en la propuesta de Morse et al. (1992), quienes a su vez la concibieron originalmente para la educación en

enfermería, este intento organizativo de las competencias también puede ser útil para la educación médica, específicamente para la planificación de la enseñanza, para guiar la evaluación de los resultados de aprendizaje, para la investigación en la educación de las profesiones de la salud, y para facilitar de conexiones curriculares entre estas dos profesiones sanitarias, así como con otras. La clasificación de las competencias de las humanidades médicas hecha por Tapajós en base al trabajo de Morse *et al.* es la que ahora presentamos y desarrollamos al menos un poco.

Con respecto a las competencias profesionales específicas, sin lugar a dudas, las humanidades médicas, como campo de estudio conformado por un sinnúmero de disciplinas, muchas de ellas básicas en la formación médica, pueden aportar con elementos teóricos y prácticos a la formación de los futuros médicos. Pero más allá de estas competencias conceptuales y técnicas, las humanidades médicas pueden reclamar para sí las competencias integrativas, ya que lograrían uno de los anhelos más grandes de la medicina y de la educación médica, el ligar arte y ciencia; claro, esto será posible si tenemos en cuenta que la medicina es una práctica híbrida de aplicación de conocimientos científicos derivados de otras áreas del saber en seres únicos y complejos como lo son los seres humanos.

De esta manera, las humanidades médicas podrían convertirse en el puente entre los dos polos, logrado una verdadera práctica integral, una medicina que sea a la vez arte y ciencia (Bleakley, Marshall, & Broemer, 2006). En cuanto a la competencia de disponibilidad para el mercado, algo nada inocente que responde a la realidad laboral compleja y que puede ser un peligro para la autonomía educativa (Sánchez Parga & del Rey, 2011), es urgente que las humanidades médicas se hagan presentes en los procesos formativos, más si se desea entregar a este mercado profesionales que no sólo sean competentes técnicamente, sino que también posean competencias humanísticas concretas, lo que escapa de la retórica de considerar abnegado humanista a todo profesional.

Por otro lado, con respecto a las competencias adicionales, habría mucho que discurrir sobre algunas de ellas, más no todas. La competencia crítica y la competencia de la sensibilidad estética ya fueron tratadas en otros apartados a lo largo de este capítulo, por lo que no se dirá nada más al respecto. La competencia contextual, por otra parte, podría ser lograda a través del estudio de las ciencias sociales y las humanidades, puesto que

estas disciplinas amplían la visión a veces un poco miope de los médicos, haciéndoles percibir las implicancias totales de cada situación.

El objetivo sería propiciar una visión de la sociedad en su conjunto, del papel del individuo y el lugar que tiene el profesional sanitario. Estar en plena conciencia del contexto y de la realidad en la que viven ha de permitir a los estudiantes conocer la dirección del cambio social pasado, presente y futuro, así como desvelar las ideologías y las tendencias ideológicas. También se propiciará un aumento de su conciencia de los problemas sociales, lo que les puede impulsar a buscar la justicia social.

En general, cuando se hace alusión al contexto, se está refiriendo a múltiples aspectos, no sólo el social, también podríamos señalar el peso que tienen los factores culturales, y como estos afectan y complejizan los procesos de salud-enfermedad-atención. Es de este modo como el profesional médico debería estar atento, conocer y comprender los constructos culturales específicos, propios y ajenos. Las enfermedades deberían ser vistas como problemas complejos con múltiples aristas, lo que ha de ser prioritario para la resolución de los mencionados problemas.

Pero no sólo han de entender el contexto como algo externo o como parte de algo que deben solucionar, también tendrán que vislumbrar su propio rol dentro de la sociedad y la cultura, su participación en estos espacios de la cotidianidad. Esto les ha de otorgar una especie de ciudadanía, que ellos deben efectivamente ejercer dentro del mundo profesional. Como ciudadanos de la medicina (Bleakley , Bligh, & Browne, 2011), sabrán contribuir a la supervivencia en el tiempo de su noble profesión y liderar los procesos, de esto se trata la competencia de liderazgo.

Asimismo, las humanidades médicas han de ayudar a los veedores, que serán los mismos médicos que examinen la carga de responsabilidad que tienen dentro de una sociedad determinada, para crear un contrato social que sea respetado por todas las partes. Para alcanzar dicho respeto, los estudiantes han de hacerse primero la imagen de lo que es ser un buen profesional, crear una identidad propia, para lo cual también las humanidades médicas han de aportar en algo. Esto último puede entenderse como la competencia de identidad profesional.

Finalmente, en lo que tiene que ver con la competencia comunicacional, tradicionalmente presente en los currículos de las facultades de medicina, las

humanidades médicas encuentran de nuevo un campo fértil para su tarea de provocar lo *dialógico* de la medicina. En esta instancia, la competencia comunicacional procuraría potenciar una mejor comunicación médico-paciente, así como una comunicación abierta a otros actores sociales y profesionales. Como una síntesis de este grupo de competencias, los estudiantes han de poder indagar el fenómeno médico y la naturaleza de la medicina en su totalidad, desde sus presuposiciones filosóficas, modos de razonamiento, bases epistémicas, su desarrollo histórico, hasta las aproximaciones hacia el futuro.

3.3.3.2. Humanidades médicas y competencias clínicas según Viola y Ricci

Por otro lado, existen posturas como la de Viola y Ricci (2012) quienes defienden que las humanidades médicas deben contribuir a generar competencias para la formación del médico, desarrolladas estas de formas intencionales, específicas y concretas, y dentro del marco de la *clínica*. Estos autores poseen además una definición puntual del *acto clínico* que es la que sigue: “Para nosotros, el acto clínico es el encuentro de un individuo que tiene un supuesto padecimiento con un individuo que tiene un supuesto saber sobre ese padecimiento en un contexto de atención.” (Viola & Ricci, 2012, pág. 32).

Esto quiere decir que en su propuesta se maneja una noción de la clínica muy amplia que evita caer en reduccionismos de cualquier tipo. De esta forma, Viola y Ricci consideran que, como ámbito específico de la praxis médica, el acto clínico no sólo requiere de habilidades cognitivas y técnicas para el diagnóstico y la terapéutica, sino que también requiere de habilidades y destrezas, o mejor, competencias, interpersonales, relacionales, comunicacionales, contextuales, de sensibilidad moral y cultural, algo que para ellos no es tan evidente en todas las facultades de medicina.

Viola (2012), para alejarse de las preconcepciones que toman a las humanidades médicas como simples medios para fabricar buenas personas y buenos médicos, unas preconcepciones moralistas, toma prestado el esquema propuesto por Macnaughton (2000) (Fig.1). Este esquema ilustra lo que verdaderamente tendría que entenderse por

buen doctor, que para nada consiste en la exclusividad de los valores morales. En él se pone énfasis en la capacidad de pensamiento, intuición, interpretación y juicio, atributos de todo buen médico. Como era de suponerse, el objetivo final del buen médico es, ante todo, alcanzar el *juicio clínico*, otra noción amplia y no reductiva.

Para lograr esto, las humanidades médicas, y dentro de estas, las artes –así como por su lado las ciencias básicas y las evidencias científicas y clínicas, producidas por sus respectivos métodos- tendrían que aportar con diferentes elementos, que de suyo corresponden al juicio humano. La contraparte, el juicio técnico, no es suficiente para tal propósito. Las humanidades médicas por tanto tienen que colaborar y funcionar como elementos de ligue. Juntos, juicio técnico y juicio humano constituirían el juicio clínico, indispensable en la práctica clínica.

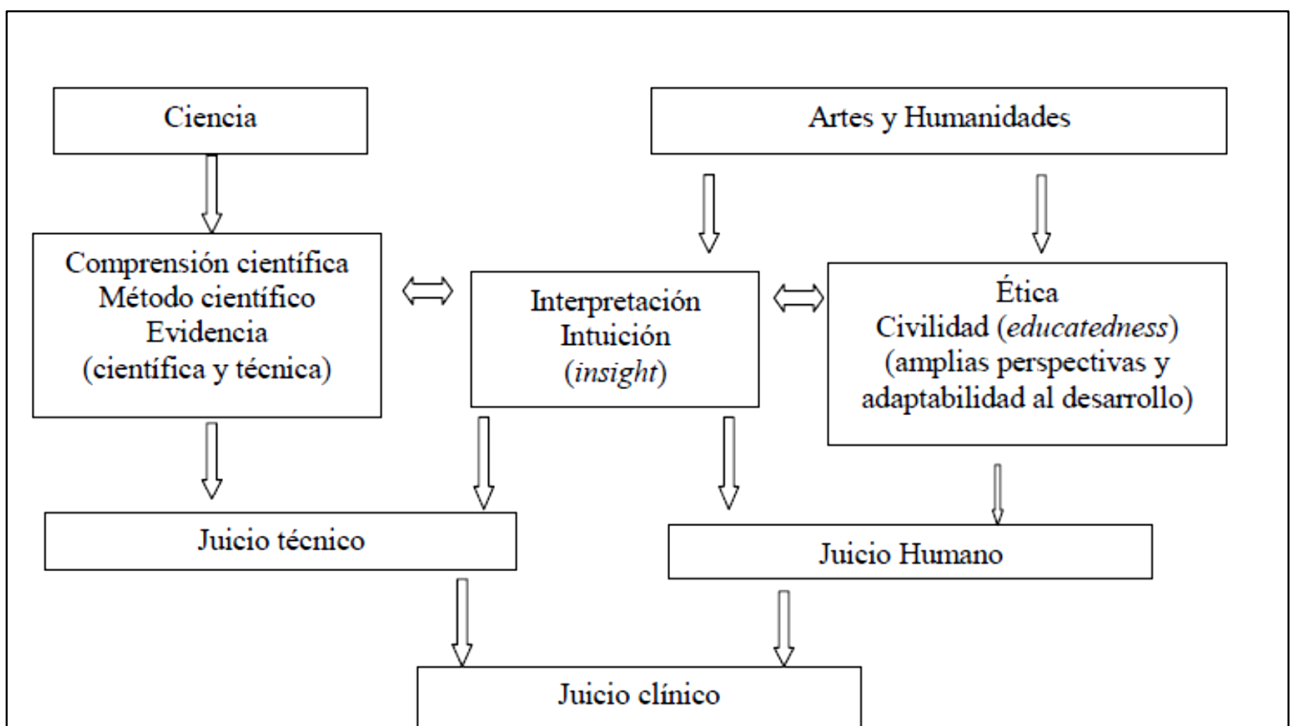


Figura 1. Atributos del buen doctor

Fuente: traducido de (Macnaughton, 2000) por Viola, F., & Ricci, R. (2012). *Humanidades Médicas y Competencias clínicas* (p.25). San Miguel de Tucumán, Argentina.

3.3.3.3. Otras competencias de las humanidades médicas

Otros planteamientos de las competencias de las humanidades médicas desean ir más allá del ámbito propiamente clínico, esto a pesar de la concepción amplia de la clínica de autores como Viola y Ricci (2012). Buscan así desarrollar competencias que se expandan hacia dimensiones extensas como la política, la economía y el contexto de la producción del conocimiento científico. Una concepción dilatada del mundo y de los alcances de la medicina en esferas sociales y culturales, sin por eso dejar de lado lo correspondiente al ámbito profesional. La propuesta de Macías Llanes (2011) sobre las competencias para el ejercicio de la profesión médica relacionadas a la formación humanista (Tabla 1) se enmarca en lo anterior. Es de destacar que se trata de una iniciativa latinoamericana que arrastra toda una tradición crítica de aplicación de las ciencias sociales en la salud y un pensamiento ligado a la Medicina Social (Saúl, Nunes, & Breilh, 1991).

Tabla 1

Competencias para el ejercicio de la profesión médica que deben ser adquiridas relacionadas a la formación humanista

Con relación a la Concepción del mundo	<ol style="list-style-type: none">1. Reconocer los ideales de la ciencia médica y salubrista en general.2. Desarrollar un pensamiento contextualizador, socialmente situado, que sistematiza los condicionantes y las implicaciones políticas, económicas, éticas y culturales de la actividad médica.
Con relación al aspecto cognoscitivo	<ol style="list-style-type: none">1. Participar en la construcción de una cuota de conocimientos en Ciencias Sociales y Humanísticas que le permitan la propia percepción de las ciencias y las tecnologías de la salud.2. Contar con herramientas conceptuales y metodológicas que permitan una visión crítica del propio conocimiento científico y tecnológico.
Con relación al aspecto habilidades.	<ol style="list-style-type: none">1. Desarrollar habilidades de pensamiento crítico reflexivo. Reflexión de segundo orden.2. Construir habilidades de creación e innovación contextualmente situadas.
Con relación al aspecto axiológico.	<ol style="list-style-type: none">1. Favorecer la permanencia en los ámbitos de la profesión y su actividad de valores humanos en general, de la ciencia y la tecnología, del ejercicio de la profesión, en particular los éticos.

Fuente: Recuperada de Macías Llanes, M. Ciencias Sociales y Humanísticas en la formación médica. *Humanidades Médicas* (2011); 11(1):18-44.

3.3.4. Recomendaciones en el proceso de selección de contenidos para la enseñanza-aprendizaje de las humanidades médicas

Retomando la propuesta de Viola (2012) de las humanidades médicas como estrategias para crear competencias clínicas, y poniendo un acento en la concreción de las intenciones educativas más que en el simple discurso, este autor aboga, en su intento de brindar un programa orientativo, por sistematizar y sintetizar los contenidos de las humanidades médicas. Para lograrlo, este autor indica que debe de disponerse de un medio o un método para la selección de dichos contenidos. Este método podría ser de utilidad a la hora de la selección, puesto que existe una enorme variedad y cantidad de contenidos que podrían tomarse en cuenta para su desarrollo en el currículo.

Viola centra su argumento en delimitar este dilema a instancias del aquí y el ahora, de una determinada realidad en donde se aplicarán las ideas, que a su vez obedecen a propósitos formativos y a un perfil específico que es determinado por cada institución. Los contenidos, por lo tanto, deben plantearse como objetivos educacionales, para responder al porqué son elegidos, esta es la interrogante principal, en vez de la pregunta del qué contenido escoger. Esto se debería hacer así a pesar de que, al final, es mejor presentarlos como competencias estructuradas. Estos contenidos también deben ser sistemáticos, retroalimentables y, sobre todo, evaluables. “En definitiva: se debe hacer un proceso de selección que sea intencional, razonado, cuestionado, crítico y transversal. Eso haría la diferencia.” (Viola & Ricci, 2012, pág. 48).

Por ende, si deseamos hacer un proceso selectivo de los contenidos de las humanidades médicas que contenga al menos un poco de reflexión, es menester primero hacer la pregunta de ¿a qué nos referimos cuando hablamos de contenidos?, puesto que fácilmente nos podríamos estar refiriendo a temas específicos a seleccionar, a ciertas disciplinas, a desarrollar determinadas áreas temáticas, o a confrontar ciertas problemáticas (López, 2015). Charon (2010) responde esa interrogante definiendo a los contenidos de las humanidades médicas como “desarrollos interdisciplinarios complejos dentro de la pedagogía médica que combina el estudio de humanidades tradicionales con las ciencias sociales cualitativas y las artes.” (p. 935).

Para López (2015), en cambio, otra cuestión problemática de los contenidos de las humanidades médicas es que se tienen varias alternativas frente a la necesidad de seleccionarlos. En primera instancia, el dilema estaría en elegir entre algunas disciplinas, tales como la Psicología, la Antropología, la Filosofía, la Epistemología de la ciencia, entre otras, o elegir solamente ciertos temas de entre este grupo de disciplinas. Otra opción para establecer contenidos sería resaltar algunas áreas transversales a estas disciplinas como la salud, la enfermedad, la cultura, etc. U otra, un poco más integrativa, sería el elegir algunos problemas propios de las realidades sanitarias, históricas y socioculturales, que podrían estudiarse también como conflictos de sistemas de valores y prácticas, o conflictos entre normas e intereses. De este modo, se contaría con un enfoque histórico, psicológico, socio-cultural y ético-moral de estas problemáticas.

Frente al problema de cuáles disciplinas de las humanidades médicas entrarían a formar parte del currículo de pregrado de medicina como contenidos, Bleakley y su grupo de trabajo en la Universidad de Plymouth (2006) sostienen que en una época donde se rechaza la posición modernista de la pureza de las disciplinas y, por el contrario, se ensalza una mirada posmoderna de hibridación interdisciplinaria, no tiene sentido insistir en las disciplinas tradicionales, tales como la Filosofía o la Historia de la Medicina, siendo éstas por otra parte valiosas.

Este grupo de trabajo, haciendo justicia a la era de la intertextualidad del saber, sugiere que podrían preferirse otras opciones como los estudios culturales, la geografía humana, los estudios de género, y la psicología cultural, interdisciplinas que toman en cuenta para ejemplificar su punto de vista. Incluso a nivel del posgrado y de las especialidades médicas sería factible introducirse contenido de las humanidades médicas. Arthur Kleinman (2011) escribe a este respecto en *Lancet*: “El currículo médico de posgrado debe ser enriquecido con atención a las humanidades: antropología, historia, literatura, artes, cine, biografías, novela, todo lo que contribuya a mejorar la sensibilidad humana hacia la clínica” (p.805).

En definitiva, cualquiera que sea la forma de selección de los contenidos y, volviendo sobre argumentos anteriores, lo que debe estar claro es por qué estos son valiosos para la educación médica, es decir, es necesario ofrecer una especie de justificación del porqué desarrollarlos en el currículo. Algo que no debe confundirse con las posturas

eficientitas, rígidas y restrictivas que solo buscan evidencias e impactos desde la educación médica basada en resultados. Como un contraargumento, estas posturas sancionan que no estarían claros los beneficios de la enseñanza de humanidades médicas en las facultades de medicina (Ousager & Johannessen, 2010). Para confrontar esos reclamos, Lopez (2015), como buena pedagoga, introduce la noción de marco epistémico de Piaget (Becerra & Castorina, 2016), el cual “implica supuestos ontológicos acerca de lo que incluye determinado campo de conocimientos y de cómo se puede conocer” (López, 2015, pág. 180).

De esta forma logra explicar por qué el marco epistémico o, lo que puede tenerse por equivalente -aunque no del todo-, el paradigma/modelo dominante de la medicina, que no es otro sino el biomédico (Menéndez, Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas., 2003), no tolera bien aquello que queda fuera de sus comprensiones de lo que son los procesos de salud/enfermedad/atención. Lo que significaría que todo lo que no se ajusta a la visión reduccionista del paradigma biomédico sería cuestionado, excluyendo a todo nivel, incluido el nivel instructivo, campos como el de las humanidades médicas.

Este es el problema clave, el que en la educación médica no se revelarían estos supuestos epistémicos, quedando por tanto ocultos. El asunto central pasa también por cambiar los marcos epistémicos, buscando modelos alternativos. El modelo bio-psico-social de George Engel (Engel G. , 1977) es un ejemplo que intenta integrar aspectos del ser humano escindidos por el modelo biomédico, intenta unificar las realidades que estudia y atiende la medicina y la práctica clínica mediante una epistemología circular (Borrell Carrió, 2002). Aunque más allá del modelo biopsicosocial, que ha dado señales de fatiga en los últimos años, habría que explorar otros modelos y marcos epistémicos que expliquen de mejor manera estas relaciones entre los entornos y los individuos (Breilh, 2003), entre lo fenoménico, lo encarnado, la narratividad (Charon, 2006) y la estética de la medicina (Bleakley A. , 2015).

Como última recomendación para el proceso de selección de contenidos de las humanidades médicas, López (2015) señala que con la ayuda de estos nuevos y novedosos marcos epistémicos –a pesar de sus ángulos rectos-, y con la vigilancia epistemológica aun activa, sería posible generar un proceso acertado de selección que ella denomina “en espiral”. Los pasos serían los que siguen: 1) Explicitación de los

criterios con los cuales se incorporan contenidos y se deja otros fuera, y aclaración del porqué a los contenidos incluidos se les da una organización particular. Esto es seleccionar los conceptos o problemas que se considere central tratar. 2) Incluir la diversidad de enfoques teóricos sobre esos conceptos seleccionados. 3) Explicitar los supuestos sobre los que se realizó la selección. 4) Analizar nuevamente las tres etapas anteriores y hacer las adecuaciones que se consideren necesarias de lo elaborado en cada etapa a la luz de lo decidido en una de las etapas previas.

Mediante el uso del proceso en espiral es posible que tanto profesores como estudiantes tengan claro que los contenidos se seleccionan a partir de unos presupuestos teóricos que pueden ser varios y diferentes, ya que lo importante aquí sería estar conscientes de todo el proceso, desde la perspectiva con la que se seleccionan estos contenidos provisionales hasta que se discutan y se pongan bajo tela de duda los definitivos. Esto implicaría volver a entrar en el espiral. Lo que se pretende es evitar los dogmatismos, buscando siempre disyuntivas de lo que se conoce, de las certezas que se tiene; algo que sin duda resulta saludable para la educación médica (López, 2015).

3.3.5. Humanidades médicas como core curriculum y su integración curricular

Una de las dificultades más grandes cuando se trata de establecer la necesidad de acoplar las humanidades médicas en el currículo de las facultades de medicina es la imposibilidad de gozar de una certeza absoluta de cómo lograr tal integración, lo que quiere decir que no se cuenta con una ruta específica a seguir para diseñar un currículo que contenga, de alguna manera, a las humanidades médicas. Para esto, previamente, el grupo de trabajo encargado del diseño ha de haber discutido las cuestiones epistemológicas, disciplinares y conceptuales de qué se entiende por humanidades médicas y cómo éstas han de aportar en la formación de los profesionales médicos.

Después, cada grupo de trabajo ha de tener la responsabilidad de crear e implementar un currículo que integre las humanidades médicas según sus necesidades, proyectos y fines educativos. Quiere decir esto que cada centro de formación funcionará como un laboratorio de experimentación curricular, contando al final, como consecuencia, con

múltiples productos (planes de estudio), únicos, que a su vez puedan funcionar como modelos a imitar e invitaciones a desarrollar algo semejante en otros centros e instituciones.

En todo caso, podemos hablar de dos formas clásicas de construir el currículo con las humanidades médicas participando en él, que, en general, no son ajenas tampoco a las discusiones/soluciones didácticas de la teoría y práctica de la enseñanza. Las dos opciones son, en clave de modelos curriculares: el modelo aditivo y el modelo integrado. El primero, que puede calificarse también como modelo convencional en los diseños curriculares de las humanidades médicas y como instrumental en su implementación, se forja insertando en el plan de estudios una lista de disciplinas. Lo substancial aquí es añadir estos contenidos, pero aislados unos de otros; que aparte serán enseñados y evaluados separadamente y distanciados del programa de formación científico-técnico, lo que resulta en una especie de polarización ciencias-humanidades, siendo estas últimas sólo un complemento de las materias científicas importantes.

Este modelo de diseño es seguido de una puesta en práctica del currículo de una forma técnica-racional, por lo que el contenido de las humanidades, una vez parcelado, queda relegado muchas veces a asignaturas optativas (Gordon & Evans, 2010). Las disciplinas que son presentadas en el currículo suelen ser las humanidades clásicas, a saber: la Filosofía, la Literatura, la Historia, entre otras; algunas con el descriptor de “medica(s)” para añadirles seriedad. En síntesis, el origen de este planteamiento del currículo es explicado de la siguiente manera por Bleakley et al. (2006):

El argumento convencional para la inclusión de las humanidades médicas en un programa de educación médica es el siguiente: los estudiantes de medicina, muy inteligentes por lo general, llegan a la escuela de medicina con amplios intereses. En pocos años, se encuentran atrapados por la ciencia que tienen que aprender. Esto les deja como desecados, personas unidimensionales con una abrumadora inclinación por la explicación racional. Sin embargo, van a entrar en un campo lleno de incertidumbre, exigiéndoles un alto nivel de tolerancia a la ambigüedad, tener perspicacia narrativa y la capacidad de comunicarse sensiblemente con una amplia gama de personas. Tradicionalmente, se han visto las humanidades médicas para actuar como compensación por este sesgo de la ciencia. (p.207).

El otro modelo curricular que se presenta como alternativa al modelo aditivo-convencional es el integrado, preocupación importante a lo largo de los años en el terreno de la educación médica y que ha dejado varias innovaciones importantes para la enseñanza-aprendizaje de la medicina, lográndose interconexiones entre las ciencias

clínicas, las ciencias básicas y los espacios formativos y de atención hospitalarios y de la comunidad. No obstante, la integración de las ciencias sociales y las humanidades ha representado un verdadero reto, del cual han salido algunas fórmulas que intentan aprovechar las teorías, conceptos y métodos de estas disciplinas para afrontar problemas, buscar aplicaciones y otras comprensiones de los procesos salud/enfermedad/atención; además de desplegar temas y objetos de estudio interdisciplinarios para la investigación.

Aun así, esto no significa necesariamente que se haya logrado tal integración como para hacer una formulación sistemática. De hecho, en el campo de las humanidades médicas, se cuenta apenas con tímidos avances en su integración como para hablar efectivamente de un currículo integrado (Bleakley A. , 2015).

En comparación al modelo aditivo, es claro que el modelo integrado representa una mejor opción para las humanidades médicas, algo que se ha podido conseguir mediante la elaboración de lo que, en el ámbito anglosajón, se conoce como “core curriculum”. Este diseño curricular, que tiene por núcleo a las humanidades médicas, impide que estas sean relegadas hacia las asignaturas electivas. Además, el plan de estudios que posea unos contenidos fuertes de humanidades médicas para todos los estudiantes, tampoco ha de evitar los módulos optativos para los estudiantes que deseen tomarlos, este sería en definitiva la solución curricular más conveniente (Bleakley A. , 2015).

Según Bleakley (2012) la integración es un proceso complejo que debe estar asegurado en el currículo pero que tiene que necesariamente darse en el momento del aprendizaje, y consistiría en: “(...) hacer conexiones significativas entre el conocimiento formalmente estructurado y la experiencia práctica con los pacientes y colegas, conectando el conocimiento formal, la mejor evidencia y el razonamiento analítico con el conocimiento tácito, la evidencia de los sentidos y el razonamiento narrativo.” (p. 545). De acuerdo con Gordon (2010), en el caso de las humanidades médicas, la integración debe ser tanto vertical (preclínica y clínica) y horizontal (que trata todos los aprendizajes desde el punto de vista humano).

Sin embargo, al igual que ocurría con las teorías curriculares, la integración curricular de las humanidades médicas no puede quedarse en la pura especulación, tiene que darse en la práctica. Como no podemos asegurar esto, al menos haremos un estudio de un caso concreto donde las humanidades médicas hayan sido efectivamente integradas. He

aquí la importancia de presentar sendos ejemplos del conjunto de otros posibles, pero que nos parecen oportunos describirlos por su acierto a la hora de integrar las humanidades médicas al currículo. Exponemos en los párrafos siguientes el trabajo de Alan Bleakley y sus colaboradores (2006) en la Universidad de Plymouth del Reino Unido. Una descripción dilatada de este centro de estudios y de su recorrido nos permitirá comprobar que la cuestión de la integración de las humanidades médicas responde a todo un proceso curricular revisionista, y que sí es posible colocar a las humanidades médicas en el centro de todos los esfuerzos.

La *Peninsula Medical School* nace como el fruto de la colaboración entre las Universidades de Exeter y la de Plymouth, poniéndose en marcha su programa en el año 2002. Años más tarde, en 2012, esta escuela de medicina se vuelve a separar en dos: *Plymouth University Peninsula Schools of Medicine and Dentistry* – anexada en 2006-, y *Exeter University Medical School*. El programa de la escuela de medicina de Plymouth, cuando aún persistía la unidad, comienza oficialmente en 2003 (Bleakley A. , 2015). Siguiendo esta cronología, se comprende que este centro de estudios haya tenido dos fases curriculares delimitadas.

Una primera entre los años 2001-2002, cuando se dio mayor importancia a un complejo de valores que impregnaba el currículo, con facetas que iban desde los valores relacionados con una conciencia crítica y un escepticismo asociados a la medicina basada en evidencia, hasta valores, más bien dispares, que priorizaban la narrativa y las historias de los pacientes en el proceso de razonamiento clínico, así como valores que estimulaban una conciencia reflexiva del uso de estrategias retóricas en la comunicación médico-paciente (Bleakley, Marshall, & Bromer, 2006).

Otros valores tenían que ver con los atributos profesionales como la empatía, la tolerancia a la ambigüedad, y la integralidad e integridad, valores que respondían a un fin: el lograr una práctica sensible, estética, ética, centrada en el paciente y en el trabajo interprofesional. Estos valores se reafirmaron y se les dio continuidad mediante el proceso de mejoramiento y reconceptualización del currículo en una segunda etapa durante los años 2010-2013, la misma que tuvo por objetivo elaborar un marco de principios rectores para el currículo (Bleakley A. , 2012). Estos principios fueron: autenticidad en la centralidad del paciente, integración, innovación, continuidad, ciencia

y complejidad, interprofesionalismo, identidad, población, conceptos básicos y razonamiento clínico³³.

Además, la escuela de medicina de Plymouth optó después de este segundo proceso de revisión del currículo por el *Longitudinal Integrated Clerkship* como modelo óptimo para satisfacer los principios antes delineados, puesto que este modelo permite integrar el conocimiento formal con la experiencia clínica a través del contacto longitudinal estructurado con un mismo grupo de pacientes por al menos durante dos años, asegurando de esta forma la continuidad de la experiencia.

Este fue un cambio importante con respecto al anterior currículo, cuando los estudiantes tenían que rotar con frecuencia; viraje que se justificaba también por la transformación de los aprendizajes, ya que se con la implementación de este método se buscaba superar el aprender acerca de algo (conocimiento proposicional), que en realidad nunca habita el aprendizaje, para lograr en definitiva vivir la actividad en la que se incrusta ese aprendizaje (conocimiento práctico) (Bleakley A. , 2012). El enfoque del currículo de la escuela de medicina de Plymouth desde un principio no estaba organizado por sistemas, sino que se utilizó el modelo del *ciclo de vida*, reparando primero en lo normal y luego en lo patológico (Bleakley, Marshall, & Broemer, 2006).

Finalmente, los diseñadores del currículo de esta escuela de medicina ponen en jaque con la reconceptualización al Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) que se había utilizado desde el inicio de la carrera, problematizándolo porque asumen que considerar a los pacientes como "problemas" que hay que resolver, en lugar de personas a ser apreciadas y movilizadas como agentes de su propio cuidado, es la principal falencia de este método, sin desmerecer tampoco su riqueza pedagógica. Lo que intentaron hacer fue transitar de un Aprendizaje Basado en Problemas a un Aprendizaje Basado en el Paciente y en la Población (Bleakley A. , 2012).

Por otro lado, los métodos especiales de trabajo que han venido desarrollando en esta institución consisten en sesiones basadas en equipos clínicos y multiprofesionales que estimulen la identidad interprofesional y el trabajo colaborativo, y sesiones de grupos

³³ Para obtener un mayor detalle sobre a qué se refieren cada uno de estos principios será de utilidad remitirse al artículo del autor (Bleakley A. , 2012).

pequeños donde los estudiantes reflexionen sobre la construcción de su propia identidad profesional como médicos (Bleakley A. , 2012).

En lo que tiene que ver con las humanidades médicas y su integración en el currículo, objeto central de este análisis, esta escuela de medicina se declara como una verdadera propuesta innovadora (Bleakley, Marshall, & Broemer, 2006). Adopta las humanidades médicas expresamente como temas fundamentales en el aprendizaje e insta un modelo de *core curriculum* integrado donde el 70% está dedicado su estudio obligatorio.

Esto significa que el estudio de las humanidades médicas está difuminado en todo el currículo y el plan de estudios, presente en casi todas las experiencias de aprendizaje de la totalidad de los estudiantes, sin ser confinadas a cursos específicos, lo que no excluye que existan cursos basados en ciertas disciplinas que pueden ser ofertados a través de materias optativas. Que este currículo sea integrado significa que se relaciona el aprendizaje con una perspectiva desde las artes y las humanidades. Es decir, todo lo que se aprende en esta escuela de medicina tiene que partir desde esta postura de las humanidades médicas.

Dentro del núcleo (*core*), las actividades concretas consisten en talleres y seminarios, o unidades de estudio especial (*Special Study Units*), que se llevan a cabo cada año, además, una de estas unidades se produce longitudinalmente durante el cuarto año. Como máximo se cuenta hasta con cien opciones de unidades de estudio especial. Todas requieren que los estudiantes realicen una conferencia para presentar el trabajo elaborado a lo largo del año, sea basado en las humanidades o sea en las artes. Los talleres y seminarios se desarrollaron asimismo para el personal y no exclusivamente para los estudiantes (Bleakley, Marshall, & Broemer, 2006).

Otras actividades pueden ser las salas o rondas sobre humanidades médicas, en donde se analizan temas específicos con la ayuda de artistas, escritores, abogados, expertos clínicos y pacientes. En general, todos los procesos de enseñanza –aprendizaje de las ciencias básicas y de las ciencias clínicas se producen con la ayuda de estudiosos de las humanidades, las ciencias sociales y las artes (Bleakley A. , 2015).

Las prácticas clave que se deciden integrar en el aprendizaje relacionadas con las humanidades médicas en esta escuela de medicina incluyen:

- Lo que quieren enunciar los vocablos del inglés *doctoring* y *performant*, que podrían entenderse traducidos como la persona que se ve, actúa y se comunica como un auténtico médico. Esta meta se podría alcanzar con la ayuda de actores que funcionen como pacientes y que descubran a los estudiantes sus dimensiones actorales y dramáticas.
- El mejoramiento de las habilidades clínicas, especialmente agudizar el ojo clínico de los estudiantes. Esto se podría conseguir con la ayuda del dibujo y con la participación y tutela de artistas visuales.
- La educación para la tolerancia a la ambigüedad como clave en el trabajo clínico. La atención explícita al lenguaje, tales como "recibir" la historia de un paciente en lugar de "tomar" su historia, y el desarrollo del lenguaje que facilite la discusión y el debate en lugar del lenguaje autoritario de la prescripción y la confrontación. En una acepción amplia, el arte y los artistas podrían colaborar para que los estudiantes encarnen la tolerancia en situaciones de incertidumbre. Por último, generar flexibilidad y reflexividad en condiciones de conflicto de valores.
- El moldeamiento continuo de la *sensibility* y la *sensitivity*, lo que quiere decir, moldear las sensibilidades de los estudiantes. Aquí los expertos pueden compartir sus inteligencias visuales y narrativas para profundizar en la percepción sensorial y en la imaginación moral de los estudiantes.

El objetivo final del aprendizaje integrado de las humanidades médicas sería hacer del estudiante no sólo un médico humano, ético y sensible, sino un *connoisseur* de la medicina (Bleakley, 2004; 2011; 2014; 2015), hacerlo un sabedor, un sabio de su profesión. Este médico ha pasado de simples modos de uso del conocimiento como la replicación y la aplicación, a estrategias más exquisitas tales como la interpretación y la asociación de modos intuitivos (empleando el conocimiento tácito). A parte, el estudiante se asegurará de tener las cualidades de la empatía, buena comunicación, y una autoformación estética de la identidad. Todo esto es lo que se suele llamar profesionalismo pero que ahora preferimos llamar interprofesionalismo siguiendo a

Bleakley, sobre todo si consentimos que el profesional médico necesariamente trabaja en colaboración con otros profesionales en un escenario complejo.

Se ensaya, conjuntamente con la vasta experiencia de Bleakley y su equipo, otra tentativa de incluir las humanidades médicas como *core curriculum*. Presentamos ahora el modelo circular de Grant (2002) implementado en la Universidad de Auckland, Nueva Zelanda (Fig. 2).

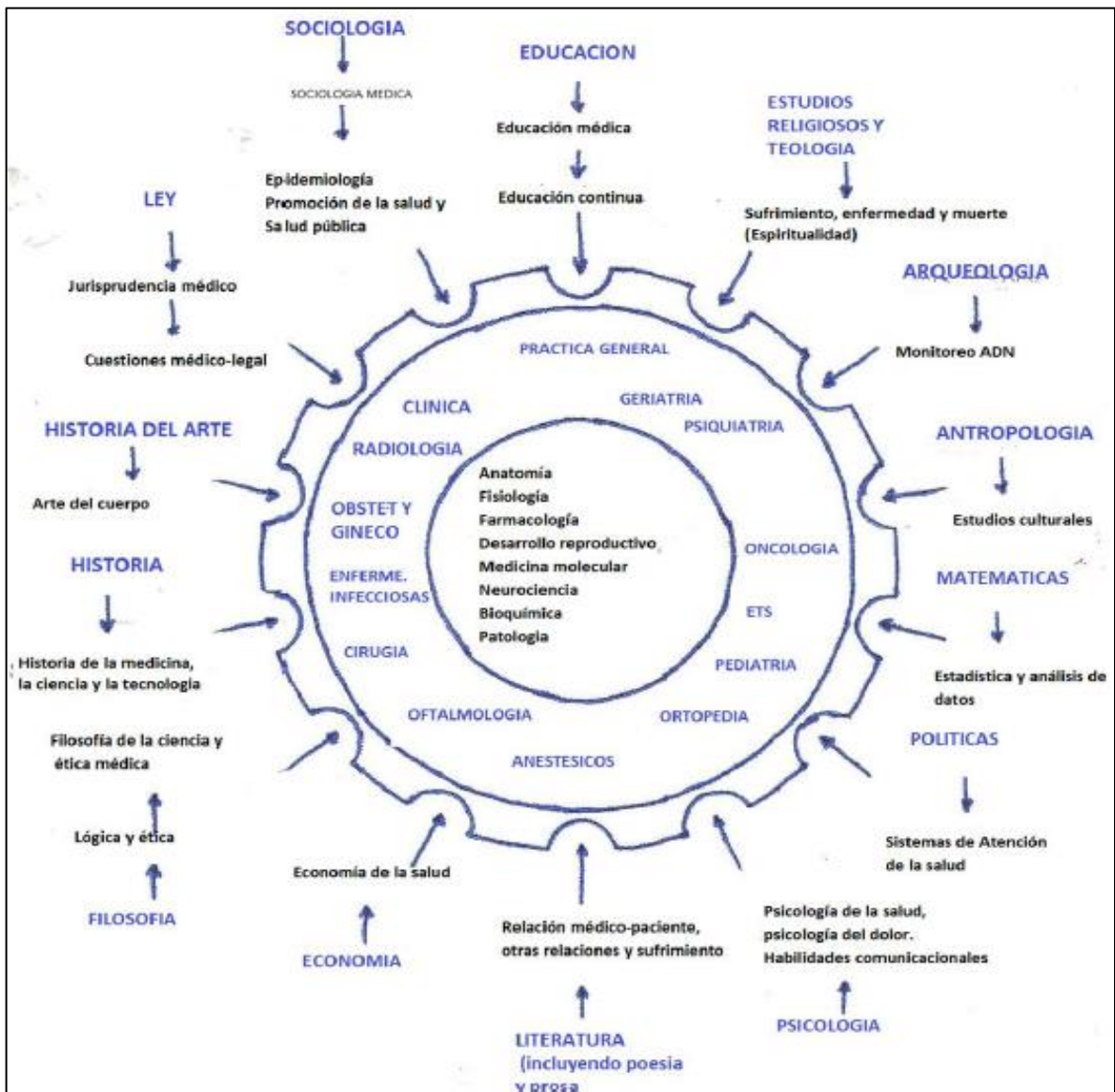


Figura 2. Presiones sobre el currículo de medicina. Las ciencias básicas son fundamentales para las ciencias clínicas. Otras disciplinas tienen contribuciones que hacer.

Fuente: traducido y adaptado de (Grant, 2002) por Viola., F., & Ricci , R. (2012). *Humanidades Médicas y Competencias clínicas* (p.46). San Miguel de Tucumán, Argentina.

Desde el punto de vista de Viola (2012), lo interesante de este modelo es que no se niega y se pone en el núcleo al saber básico y clínico, dejando a las diferentes especialidades del conocimiento un poco al exterior. Todas ellas están a su vez, de una u otra forma, “bombardeadas” por las disciplinas de las humanidades médicas. En realidad, este esquema funcionaría como una alegoría visual de una especie de “célula”, cuyo “núcleo” es fuerte, pero que no puede evitar ser afectado por agentes externos que actúan a través de “receptores” que reciben permanentemente estímulos.

Lo que intenta comunicar esta alegoría, acertadamente al utilizar un lenguaje metafórico propio de la biología, es que el único modelo que puede soportar la complejidad de la integración de las humanidades médicas de una forma auténtica, es el currículo circular, vivo y retroalimentable; que esté siempre en movimiento y no estático. De nuevo, se insiste en que este modelo no niega un núcleo de formación necesaria en ciencias básicas y clínicas, sino que, por el contrario, potencia su aprendizaje con el influjo constante de las humanidades médicas. Esto es la verdadera integración.

CAPÍTULO III

MEDICINA NARRATIVA

1. Algunas consideraciones sobre la medicina

“Medicine is the most humane of sciences, the most empiric of arts, and the most scientific of humanities.”

Edmund Pellegrino

1.1. La situación epistemológica de la medicina

La medicina se ubica en el intersticio de la catalogación entre ciencia, técnica, arte y profesión³⁴, lo que ha animado debates e intentos por definirla que no resultan del todo satisfactorios. En la antigua Grecia, Platón consideró los conocimientos médicos como pertenecientes al campo de la *doxa*, de la opinión, del saber basado en apariencias empíricas y, por ende, inferior al saber teórico. Aristóteles los consideró como una ciencia (*episteme*) poiética (*póiesis*) o productiva, de naturaleza técnica (*techné*: el saber - cómo, el saber - hacer) que surge de y guía la acción de producir objetos, acción cuyos fines le son exteriores, puestos desde afuera.

Como tal, la medicina estaba subordinada en la jerarquía aristotélica a las ciencias prácticas (*praxis*: el saber - obrar, el saber - conducirse) y a la ciencia teórica (*teoría*: el

³⁴ Los dilemas epistemológicos de la ciencia y la medicina no se analizan a profundidad en la discusión provisoria de este capítulo. Por lo pronto, podemos recoger las palabras del discurso de recepción del Sr. Dr. D. Vicente López Merino en la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana, leído en 2001: “En los primeros escritos griegos se designa la medicina como “*techné iatriké*”, una *techné* especial que pasó al mundo romano a través de la palabra *ars* (*ars medica* ó *ars clinica*) que siempre se ha traducido como “arte”, e incluso se atribuye a Dungalo, monje de la escuela palatina de Aquitania, en la alta Edad Media, haber sido el primero que propuso la inclusión de la medicina como la octava entre las Artes liberales y entre ellas se ha encontrado hasta hoy y se ha admitido así como expresión de que no puede reducirse a leyes y a normas generales como ocurriría de ser una ciencia.” (López Merino, 2011, pág. 4)

saber – qué). Las primeras, la ética y la política, pertenecientes al ámbito de la sabiduría y la prudencia, a diferencia de la técnica, no producen ningún objeto y tienen su fin en sí mismas, el cual consiste en la realización de la acción: hacer el bien y la justicia; la segunda, en singular, la ciencia teórica por antonomasia, es contemplativa, desinteresada, tiene por objeto el conocimiento del ser y es el grado más elevado de la sabiduría. Mientras las actividades técnicas proporcionan al hombre utilidad, como por ejemplo la medicina al combatir la enfermedad y curar enfermedades, las ciencias prácticas le proporcionan virtud y felicidad, las cuales son el fin de la vida moral.

Según Briceño (2005), la condición epistemológica de la medicina es, desde los griegos, la de desarrollar una *ciencia de acciones* y buscar en la práctica concreta los rasgos que la distinguen de la pura especulación o la pura técnica que aplica principios.

Considerada metateóricamente, la medicina, por su mismo carácter de saber hacer, no es conocimiento puro, sino incluido en el contexto en que se desarrolla la cultura, que la nutre, y la sociedad a la que sirve. El límite de esta propuesta radica en que si es cierto de que puede haber diferentes opiniones (*doxa*) encontradas, la certeza no es posible sino la probabilidad. Por lo tanto, la técnica (*téchne*) y la prudencia (*phrónesis*) tienen por objeto tomar decisiones concretas no con certeza, sino con recta razón. (Briceño, 2005, pág. 366)

Es factible, sin embargo, hacer el desglose de esta *ciencia de acciones* en sus dos significados, en las dos palabras que conforman el término. Por una parte, la ciencia es etiqueta muy necesaria, aunque no sería nada sin la acción derivada, fin de dicha ciencia médica, a saber: la acción diagnóstica y la acción terapéutica. Es cierto también que la medicina no siempre fue considerada ciencia, de hecho, se la tuvo por saber casi mágico por varios siglos, a pesar de que ya la medicina hipocrática se veía como un intento racionalizador (López Merino, 2011) (Laín Entralgo, 1982).

Aun cuando la *téchne* griega se tradujo luego como arte, es más conveniente, según los defensores de la medicina científica, el sentido actual de ciencia para su designación. El mismo Platón afirma este estatuto cuando dice que la medicina se diferencia de la simple *empeiría* porque "examina las causas de lo que realiza y es capaz de dar explicaciones" (Platón, 1998, pág. 501).

Para entender mejor el desarrollo histórico de la medicina, en cuanto ciencia que supone la existencia de paradigmas, es preciso hacer la enumeración periódica de los mismos

sin por ello caer en el detalle de cada uno³⁵. Se sigue aquí los postulados de Kuhn (1980) para quien un paradigma científico (del griego *parádeigma*: ejemplar, modelo, ejemplo) es un conjunto de creencias, teorías, valores, técnicas, problemas típicos, compartidos por una comunidad científica y que configura su visión del mundo: una visión común del mundo, un modo de ver común, la condición primera y fundamental para resolver “objetivamente” (es decir, comunitariamente, sobre la base de un acuerdo intersubjetivo) los problemas que se plantean.

Quevedo (1990) divide los paradigmas de la medicina en dos: el paradigma gnoseológico antiguo y el moderno. El antiguo contiene las versiones hipocrática, galénica y medieval que lo desarrollan y lo modifican hasta llegar a su realización. El moderno, que parte del empirismo clínico de Sydenham, y posteriormente de la medicina experimental de Claude Bernard, Quevedo lo subdivide en las versiones anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica, paradigma cuya cúspide es una aproximación ecléctica y biologicista a la enfermedad (Quevedo, 1990; 2012).

Por otra parte, la clasificación que hace López Merino (2011) nos parece más adecuada para justificar la ubicación de la medicina en el conjunto de las ciencias. Él los divide en tres grupos con algunos subparadigmas. En el primer grupo está el *paradigma indiciario* de la medicina observacional o *paradigma empírico-técnico*. En el segundo grupo están los subparadigmas modernos que ocupan el siglo XIX y que se van completando en el XX (subparadigmas: *anatomopatológico*, *fisiopatológico* y *etiológico*). Finalmente, el tercer grupo de subparadigmas reúne la *cientifización - matematización de la medicina* en sus aspectos prácticos y clínicos.

Acontecidos en la segunda mitad del siglo XX, estos subparadigmas recogen la confluencia de tres factores: enorme incremento (exponencial) de la información referente a la medicina clínica; la aparición de la informática y los ordenadores; y la aparición de más metodologías matemáticas para la previsión y elaboración de datos científicos traducibles en reglas y leyes probabilísticas, como la estadística clásica, y en la teoría de la decisión (estadístico -Bayesiana) que genera un lenguaje matemático. Para López Merino (2011), el ideal matemático de la ciencia se contagia a la medicina, cuyas pretensiones de pasar a ser parte de las ciencias exactas son finalmente satisfechas

³⁵ Para un panorama completo de los paradigmas en el desarrollo de la Medicina ver: El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. (Quevedo , 1990).

de este modo. Esta matematización de la medicina impregnaría varios aspectos, pero se consolidaría definitivamente en el famoso paradigma contemporáneo de la Medicina Basada en Evidencia (MBE).

Llegados a este punto es justo cuestionarse si sostener que la medicina es una ciencia no es debatible epistemológicamente, por lo que vamos a profundizar un poco a este respecto, y para lo cual además adoptamos la epistemología histórica del médico y filósofo francés Georges Canguilhem. En primer lugar, si asumimos los enunciados de la medicina como una “ciencia aplicada”, delimitar un objeto de estudio sería entonces tarea fácil, siendo la *patología*, o la enfermedad, inmediatamente identificada como dicho objeto. Ahora, incluso cuando la patología subyace en el mundo fenomenal de la persona enferma, no es por eso, siguiendo los términos de Canguilhem (2009), objeto “natural” sino “teórico-conceptual”, esto autoriza a la práctica médica a construir una realidad, como discurso y práctica científica, a la que se pregunta y responde siguiendo la propia lógica conceptual.

Esta es la primera ruptura con la idea de la medicina como ciencia natural, porque establece que la misma ciencia no tiene un sustrato real con el cual trabajar; lo que hace, en cambio, mediante la configuración teórica que crea perspectivas de la realidad para dominarla. También es un choque con el positivismo, paradigma dominante en la medicina contemporánea, ya que niega lo que éste ha establecido como ciencia. Ya no se considera la base empírica de la naturaleza y, en el caso de la medicina, del cuerpo o del organismo y sus enfermedades como lo dado a la experiencia para la observación; se prima, por sobre todo, las categorías nosológicas, constructos de por sí lejos de la realidad mundanal (Pérez de Laborda, 2002), primándose además los diferentes préstamos discursivos de otras ciencias para entender, controlar e intervenir el cuerpo – la realidad- del enfermo.

Una vez desechada la falacia de la medicina como ciencia positiva, podemos argumentar cuales son los principales riesgos de considerar a la medicina unilateralmente como “ciencia”. Retomamos el concepto de *obstáculo epistemológico* de Bachelard (1976), para quien estos obstáculos son representaciones imaginarias que frenan la dinámica, el avance y la dirección del pensamiento científico. Siendo dos los principales obstáculos en el caso de la medicina: considerar la enfermedad como hecho biológico puro, y el organismo como una máquina.

Esa reducción conduce a la objetivación y cosificación del sujeto y del objeto de conocimiento: el sujeto se convierte, progresivamente, en un instrumento pasivo del método, y el objeto, reducido a sus apariciones fenoménicas, se convierte en “hecho”, en “dato”. Las intervenciones médicas, en una nueva etapa, etapa de las especialidades, suponen, entonces, la transformación del cuerpo en cuerpo - cosa, cuerpo - mecanismo, cuerpo – lugar – de - intervención de instrumentos de observación y corrección, y, progresivamente, de intervención farmacológica y tecnológica - instrumental, a fin de eliminar las causas de la perturbación y reparar el mecanismo. La persona desaparece y, con ella, el mundo simbólico, social, histórico, que la constituye y enferma.

Lo que es cierto, sin embargo, es que la medicina no ha permanecido inmune a las novedades que trae la evolución del conocimiento, aspecto innato de la inquietud humana por comprender. La medicina, más que nunca antes, ha sido sometida a un examen, hasta cierto punto diagnóstico, y generalmente externo a ella misma, bajo múltiples lentes inquisitivos y críticos que han roto definitivamente, eso sí, con la práctica irreflexiva del oficio del médico artesano. Lo que quiere decir que ya no es posible dilucidar la medicina con tanta facilidad como si no existieran los examinadores que la han venido denunciando y recreando. Algunos de estos examinadores, puede que disciplinas y sus saberes, han creado verdaderas rupturas o fisuras en los paradigmas dominantes, en los modos de ver, juzgar y actuar en la medicina.

1.2.La medicina, el pragmatismo y la *phronesis*

El pragmatismo, que tiene como antecedente la subdivisión kantiana entre lo pragmático y lo práctico, distinción que tiene que ver con las leyes morales como *a priori* de la acción práctica y con la experiencia y lo empírico como sustentos de lo pragmático, es un desarrollo filosófico que comienza a fines del siglo XIX en Estados Unidos, cuyas figuras clásicas son Charles Sanders Peirce, John Dewey y William James (Barrena, 2014). Este pragmatismo postula que la verdad, el significado o la aclaración de un concepto, debe establecerse a través de la consideración de las consecuencias de una acción, sus efectos sensibles, y de su utilidad al interior de un realismo presupuesto (Barrena, 2014).

Basados en el pragmatismo lógico de Pierce y en el empirismo, naturalismo e instrumentalismo de Dewey, y haciendo el análisis de la práctica clínica y del juicio clínico, Schleifer y Vannatta (2013) sostienen que la medicina es la más pragmática de las ciencias porque sus formulaciones, explicaciones, pero principalmente sus fines, impregnan toda su práctica. Para estos autores, el realismo de la medicina es un realismo funcional y, por tanto, pragmático.

A propósito de la cuestión sobre los fines de la medicina, una cuestión que confirma su pragmatismo, Schleifer y Vannatta (2013) buscan ampliar la discusión adentrándose en un análisis filosófico profundo, pues sólo la filosofía puede dar respuestas convenientes frente a un ambiente irreflexivo como el que ahora impera en los contextos sanitarios. Es por esto que acuden a Aristóteles, recogiendo algunas partes de su filosofía para explicar la condición de la medicina. Para ellos, es importante la noción de *eudaimonia* que suele ser traducida como “felicidad”, pero que sería más bien la búsqueda de una buena vida. Señalan que el fin supremo de la medicina es alcanzar el bienestar concreto del paciente, el alivio de su sufrimiento, una forma de *eudaimonia* establecida *deliberativamente* entre el médico y el paciente, ésta es una definición más adecuada de la salud según los autores (Schleifer & Vannatta, 2013).

Pero la deliberación sobre los fines de la medicina también concuerda con la *Phrónesis* de Aristóteles, noción introducida en la *Ética a Nocomaco*, ya que lo que debe pensarse son los fines de la acción ética, siendo el fin o el *telos* de la medicina el bien del enfermo, su salud. La *phrónesis* entendida como la sabiduría práctica, o la razón práctica que permite actuar según la justa medida, comparte ciertos rasgos con las narrativas, ambas comparten una característica especial, y es que buscan especular sobre los fines. Conseguir dichos fines, a través de la ganancia de la experiencia, es la característica de la *phronesis* aristotélica (Schleifer & Vannatta, 2013).

Schleifer y Vannatta (2013), con toda la especulación filosófica sobre los fines de la medicina, intentan promover lo que ellos llaman la “comprensión humanística” de la razón práctica, que involucra tanto la *phronesis* como el conocimiento narrativo; el arte y el oficio de la medicina como el conocimiento científico sistemático. Ahora bien, frente a la discusión que se dibujaba anteriormente sobre si la medicina era un arte (*téchne*) o una ciencia (*episteme*), la *phronesis* vendría a desbaratar la tensión entre estas dos posturas. Sin embargo, la *téchne* de la medicina no puede ser ignorada, pues, esta

tiene que necesariamente sistematizar su conocimiento, pudiendo hablar de universales, normas, estándares; además porque es capaz de tener precisión, aunque no certeza.

Por tanto, la *phronesis* entra en escena en la medida de que la medicina siempre está negociando entre lo particular y lo general, entre las necesidades concretas de una persona enferma y un conocimiento experto y teórico del médico. En consecuencia, la *phronesis*, en semejanza con la narrativa, es apta para la medicina porque le posibilita a esta conducirse entre reglas y ejemplos precisos, entre concepciones generales (esquemas funcionales) y casos únicos y singulares, donde lo general está interrelacionado con lo particular como en ninguna otra profesión (Schleifer & Vannatta, 2013).

1.3. El conocimiento médico como conocimiento narrativo y la medicina como práctica narrativa

Schleifer y Vannatta (2013) señalan que es sorprendente que existan conexiones entre la literatura y la medicina incluso desde los inicios de estas dos tradiciones occidentales originadas en la Antigua Grecia. Estos autores mencionan la presencia de estos nexos en la obra de Aristóteles por ejemplo (Schleifer & Vannatta, 2013). Esto querría decir que la medicina y la literatura, las narrativas, el conocimiento y la práctica de la medicina, han tenido desde entonces una afinidad y una ligazón histórica. Es bien conocido el gusto de algunos médicos por la literatura a lo largo de los siglos.

Figuras señeras del pasado como los médicos y escritores Antón Chéjov y Arthur Conan Doyle, hasta Oliver Sacks, el famoso neurólogo y escritor de nuestra época, son unos pocos nombres -de muchos otros- que personifican esta fecunda relación. Probablemente esto se deba al “drama curativo” y a la “trama clínica” de la medicina, que, según Mattingly (1998), consiste en procurar siempre aliviar el sufrimiento, la más de las veces cuidar y, algunas veces y si es posible, curar al enfermo. Sea como fuere, es más que evidente la relación entre las narrativas de la enfermedad y la medicina, ambas constituidas por tramas y dramas que les son propios.

Para revalidar la presencia de las narrativas en los contextos médicos-sanitarios, Charon (2006) propone cinco características narrativas que son intrínsecas a la medicina:

- *La temporalidad*: tenemos consciencia cronológica de un orden temporal de las cosas y una conciencia del tiempo muchas veces gracias a las narrativas. El tiempo hace de eje para la acción del médico ya que, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico se ven en su temporalidad. Esto es cierto también para la medicina cuando se enfrenta a la cuestión de la mortalidad, puesto que la enfermedad es frecuentemente resultado de la edad, y los límites de la medicina coinciden con los límites de la vida.
- *La singularidad*: la ciencia explora y explica lo universal mediante teorías y leyes que rigen el mundo y el universo. La medicina, por el contrario, se ocupa en gran medida del individuo idiosincrásico, un individuo singular. Esta es la paradoja de la medicina que la teoría narrativa denota, en atención a la singularidad y contextualidad de los textos.
- *Causalidad y contingencia*: los relatos adquieren su significado a partir de las tramas. Algo pasa, y le pasa algo a alguien. Pero lo que otorga tensión a la narrativa es cuando se produce un giro en la historia. En la práctica clínica también se construyen tramas, por ejemplo, en el diagnóstico. Cuando a eventos aparentemente desconectados se les da un sentido, se crea una trama que debe resolverse. Además, la demanda principal que se le hace a la medicina es la exactitud en el diagnóstico, por lo que la esperanza es que cada historia sea bastante predecible. En un escenario ideal, cuando se observan los síntomas, algunas veces es muy fácil ubicar las causas y determinar el tratamiento. Sin embargo, las tramas de vida de los pacientes en que se enmarcan sus síntomas no son tan sencillas, sino que contienen lo inesperado, lo ambiguo, los giros y vueltas sinsentido; es deber del médico entonces recabar toda la historia y recibir a esa trama encarnada mediante una especie de don para entender las tramas - incluso aquellas que requieren mucha tolerancia-, así es como puede entregar un diagnóstico diferencial y un tratamiento en colaboración con el paciente, en creativa co-autoría.
- *Intersubjetividad*: las tramas generalmente se desarrollan alrededor de personajes y sus relaciones entre sí. En la medicina, la relación del médico y el

paciente también puede ser vista como intersubjetiva si la trama es concebida como unas conexiones profundamente transformadoras entre personas relativamente extrañas, reunidas en torno a la palabra, la escucha y la comprensión empática.

- *Eticidad*: las historias introducen la dimensión moral, pues, el receptor de una historia, a menudo de una confesión íntima, tiene el deber moral frente al interlocutor, especialmente en virtud de que ahora tiene conocimiento de la misma. Tan íntima es la complicidad y tan grande el poder que se confiere al oyente, que se puede despojar al interlocutor de su poder en una especie de revelación desnuda. Decir al médico los síntomas y algunos otros aspectos de la vida puede generar vergüenza, así como vulnerabilidad y fragilidad. Estas condiciones pueden ser agravadas por la mala escucha y la exposición a la inmoralidad de la conducta del médico.

Para Charon (2006), algo tan sencillo como un síntoma o algo tan complicado como una enfermedad inserta en la biografía de una persona es “de hecho un evento que acontece a un personaje, algo causado por algo identificable, dentro de un tiempo y escenario especificados que tiene que ser contado por alguien a otro desde un punto de vista particular.” (p.41). Esta es una ingeniosa forma de compaginar la realidad de la enfermedad con la teoría narrativa. Como la misma Charon apunta, la narrativa de la enfermedad tiene una estructura temporal, pero es preciso diferenciar la temporalidad de la narrativa médica con aquella del paciente.

La narrativa médica, generalmente escrita, posee casi siempre una cronología lineal ritmada por el desarrollo, remisión o agudización de la enfermedad (en este sentido podríamos decir que la temporalidad de la narrativa clínica es la temporalidad de la enfermedad). La dimensión temporal de la narrativa de la persona enferma, por su parte, intenta reconfigurar semánticamente los acontecimientos e insertarlos en su biografía, en su historia de vida, es, por tanto, una narrativa cargada de significado.

Otra clasificación interesante de las narrativas es la de Mattingly (1998), ella identifica tres tipos de narrativas que tienen que ver con la enfermedad y que pueden participar en el contexto sanitario:

- Narrativas eventuales: reconfiguran el curso de los eventos, es decir, de las acciones y, más específicamente, de las interacciones humanas.
- Narrativas experienciales: presentan la interacción entre el sujeto y la realidad mundanal en la que él está insertado y permiten inferir las dimensiones emocionales y sentimentales propias del sujeto en cuestión. La experiencia, en este contexto, indica todo lo que acontece y que luego viene reconfigurado dentro de un esquema narrativo preciso.
- Variaciones imaginativas y narrativas: la reconfiguración narrativa de la experiencia no presenta, simplemente, un relato sobre eventos experienciales pasados, sino que se constituye como experiencia en sí para quien escucha e imagina.

Por otro lado, Schleifer y Vannatta (2013) identifican varios momentos de la práctica clínica en los cuales se hacen presentes las narrativas: la escucha del relato del paciente en la historia de la enfermedad actual, el recuento por parte del médico de la historia del paciente en una forma medicalizada, la negociación del diagnóstico y la negociación del plan de tratamiento. Es más, la tarea del médico es ante todo suscitar historias entrevistando, escuchando, enseñando, deliberando y negociando con el paciente. Lo cierto es que los médicos se conducen por historias, ya sea discutiendo anecdóticamente sobre pacientes, relatando sus historias en el análisis más formal de los "casos" clínicos, o en las grandes rondas clínicas.

Además, todos los médicos enseñan a sus estudiantes contando historias de pacientes individuales, las "historias" clínicas de éstos, o en las aulas, mediante el aprendizaje basado en problemas, presentan con frecuencia un caso narrativamente detallado. Pero detrás de estos usos de la formalidad profesional, existe toda una literatura médica que contiene historias sobre los pacientes que han tratado, en donde reflexionan y meditan si es justo enseñar algo sobre el sufrimiento humano. En resumen, podemos decir que las historias, los relatos y las narraciones están omnipresentes en el universo médico.

Un análisis más profundo muestra que ciertas características narrativas están presentes en un nivel epistemológico dentro de la medicina, en la constitución cognoscitiva y

crítica del conocimiento médico. Esta consideración tiene en cuenta el carácter narrativo y lingüístico que media todo tipo de conocimiento humano. De acuerdo con Lovecchio (2009), la medicina construye el objeto de su estudio de modo narrativo, es decir, lo construye en una instancia lingüística, así como lo hacen todas las disciplinas humanísticas.

Por ende, la medicina también posee un acercamiento narrativo a la realidad. Esto es especialmente cierto si se concibe a la medicina, más que como una ciencia, como una práctica que “usa” el conocimiento científico para sus fines; pero sobretodo, si se considera al conocimiento médico como un conocimiento moral, un razonamiento narrativo e interpretativo de la vida y la enfermedad (Montgomery, 2006).

Kathryn Montgomery Hunter, profesora de Literatura Inglesa y Teoría Literaria, cuenta en un pasaje de su libro *Doctors' Stories* (1991) que después de observar seminarios y presentaciones de casos por médicos, aquellas “presentaciones no se parecían a un artículo científico... (pues) casi siempre en todas las disciplinas médicas oía, al comienzo o al final, un relato del caso particular que había revelado el problema clínico a investigar: ‘Una vez vi un paciente que...’” (p.69).

Esta anécdota supondría descubrir el medio, más bien narrativo, con el que se guían las presentaciones de los casos clínicos, método por antonomasia del razonamiento médico; además supondría aceptar que el conocimiento médico también es producido de forma narrativa, tal como lo sugería Lovecchio. La misma Lovecchio (2009) señala que la idea de la objetividad del conocimiento producido por el estudio de caso clínico no es más que una ilusión retórica que es legitimada por la comunidad científica médica. En la medicina

La convicción general es que en realidad la presentación de un caso clínico, gracias a un lenguaje altamente especializado y científico, es decir, gracias al uso de un lenguaje que viene definido a través de la exclusión de una pluralidad de contextos semánticos, exclusión que limita su polisemia, es absolutamente objetiva, impersonal, o sea, verdadera (p. 269).

La anécdota de Hunter antes señalada contradice esta objetividad supuesta del conocimiento médico que es declarada en la práctica. Para desmontar esta pretensión objetivista del discurso especializado de los médicos, Lovecchio (2009) asume la ficcionalidad de este saber, aunque también trata de dar una explicación desde la teoría de los actos del habla. Según esta autora, los actos de habla en la presentación de los

casos clínicos son actos de habla *performativos*, específicamente actos perlocucionarios porque tienen una finalidad que no es otra que buscar un efecto o producir una acción sobre las creencias, actitudes o conducta del destinatario.

Además, de acuerdo con una concepción construccionista, estos actos perlocucionarios son los que construyen la realidad, por lo que los médicos tienen que elegir figuras retóricas exquisitas para convencer y persuadir durante la consulta o durante la presentación de un caso, dependiendo del contexto específico al que respondan. Esta clase de elecciones, entonces, influenciaría, según la finalidad de todo tipo de acto performativo, la recepción y la interpretación del relato o del mensaje escrito.

Devenir conscientes de la presencia de esta finalidad perlocucional, quiere decir ser conscientes de las dinámicas sociales y lingüísticas que están a la base de la relación médico-paciente y, en sentido más amplio, de la construcción que rige el edificio mismo del conocimiento médico (Lovecchio, 2009). En última instancia, esta realidad perlocucional revela la preeminencia pragmática de la función performativa del lenguaje, también en la medicina. Esto quiere decir que la realidad lingüística de la medicina es tan importante que afecta a sus fines, y aquí volvemos a la *phronesis* y al Pragmatismo.

Un último elemento que revela la condición narrativa del conocimiento y la práctica de la medicina son las “historias” clínicas, sustento de la práctica que esencialmente se realizan como una narración. La historia clínica, en cuanto historia patobiográfica, sería el instrumento privilegiado para entender la narratividad de la medicina. No es factible obviar que las historias clínicas son un paso imprescindible en el quehacer médico, sirviéndose de las narraciones de los pacientes como medio, no sólo para lograr un buen diagnóstico y una adecuada respuesta terapéutica, sino también para establecer una relación de confianza entre el médico y el paciente (Charon, 2001).

Debemos indicar, sin embargo, que las narraciones profesionales de los médicos, representadas en las historias clínicas, no son exclusivas, al contrario, las narrativas relacionadas con el mundo sanitario son múltiples y obedecen a diferentes narradores (Fig.3) (Juarez, 2012).

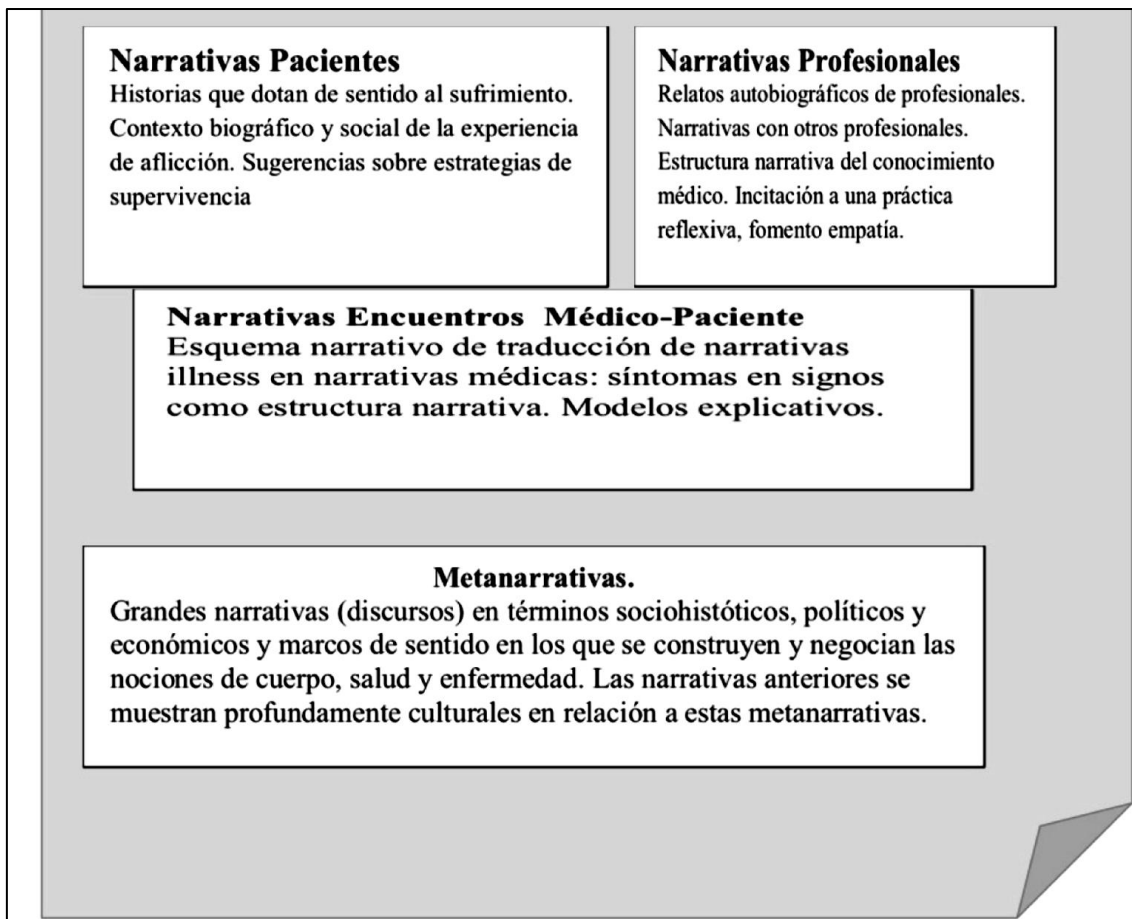


Figura 3. Esquema de narrativas presentes en los escenarios de salud y enfermedad

Fuente: tomado íntegramente de Juárez, L. M. (2012). Definiciones de “evidencia” entre signos y palabras. De la antropología médica a la medicina basada en narrativas (p.41). Almería, España - Unión Europea: Círculo Rojo.

Las narrativas de los médicos pueden ser sus propias historias, relatos en primera persona, autobiografías y reflexiones sobre su experiencia profesional. Por otro lado, las narrativas de los pacientes, que preponderantemente se realizan en primera persona, contienen la carga simbólica, cultural, social y *el sentido* de la experiencia de ser o estar enfermo. Estas dos narrativas siempre entran en contacto en los encuentros clínicos, es ahí donde se produce la traducción de la narrativa densa del paciente a una narración escueta, llena de terminología que este no entiende y que no le representa, pero que finalmente adopta, al menos en parte. Todo en la clínica se trata de una co-autoría de los distintos relatos. Finalmente, están las meta-narrativas, grandes narrativas en términos socio históricos, políticos y económicos que de alguna forma u otra afectan las pequeñas narrativas de la medicina y su práctica (Juarez, 2012).

1.4.El giro narrativo de la medicina

El redescubrimiento de la narratividad que impregna el conocimiento y la práctica de la medicina no se ha producido de forma generalizada. Muchos en la comunidad médica no son todavía conscientes del cambio de dirección que ha acontecido hacia los paradigmas hermenéuticos y narrativos. Mattingly (2000), muy tempranamente, llamó a estos ensayos de introducir las narrativas en la práctica y a los intentos de reflexión teórica sobre estos temas como la *inflexión narrativa* en la medicina, la misma que coincidía con el giro narrativo³⁶ que se produjo también en las ciencias sociales y en las humanidades. Es sólo en años recientes, que se ha comenzado a valorar las narrativas como posibilidades de reorganización de la profesión médica en todos sus aspectos (Lolas, 1997).

Una forma de justificar el renovado interés por las narrativas en los contextos médico-sanitarios, es adentrándonos, al menos someramente, en los marcos teóricos que justifican este giro narrativo en los ámbitos académicos distintos al de la medicina. Existen dos niveles narrativos que establece Kreswith (1994): ontológico y epistémico. Estos niveles se corresponden a su vez con dos perspectivas teóricas: el naturalismo narrativo y el constructivismo narrativo.

El mayor exponente de la postura naturalista acaso es el psicólogo cognitivo Jerome Bruner, quien establece dos formas de pensamiento irreductibles entre sí y que hacen parte de la maquinaria cognitiva: lógico-deductivo (paradigmático) y narrativo (Bruner, 1998). Para Bruner (1998), mientras el pensamiento paradigmático ofrece criterios de veracidad, el pensamiento narrativo lo hace mediante criterios de verosimilitud. Además, estas dos formas de pensamiento se corresponden con los dos distintos tipos de aprendizaje que mantienen la denominación.

³⁶ Se denomina giro narrativo a la tendencia de las ciencias sociales, las humanidades y algunas otras disciplinas, incluida la medicina, por explorar nuevos territorios teóricos desde la teoría narrativa y la lingüística en general. Algunos autores afirman que este interés por las narrativas o por los pequeños relatos es un signo característico de la posmodernidad como ocasión de ruptura con los grandes relatos. Además, este giro estaría asociado con el postestructuralismo como un intento desde la academia de emancipación de las formas patriarcales lógico-deductivas de conocer y razonar (Kreiwirth, 1994) (Morris, 2000).

No obstante, este autor también puede ser encasillado en la rama de los constructivistas, ya que ha sostenido en la mayoría de sus trabajos con respecto a la psicología cognitiva, y las teorías del aprendizaje, que la narrativa ofrece una forma de "ordenar la experiencia para la construcción de la realidad" (Bruner, 1998, pág. 11). Aunque también es cierto que el constructivismo de Bruner se mantiene todavía en la esfera de las operaciones mentales, algo que es criticado por constructivistas más radicales que traspasan la narrativa al mundo fenomenológico de la experiencia vivida, en donde se construye, a través del sentido y el tiempo, la realidad y el mundo del texto y de la acción, tal como lo establece Ricoeur (2005).

En última instancia, el giro narrativo de la medicina, o para algunos el *retorno* de la medicina a la narrativa (Holmgren, Fuks, Boudreau, & Sparks, 2011), significa que se ha producido un replanteamiento de la propia disciplina médica, teniendo esta que afrontar un cambio estructural profundo para responder a las inquietudes y realidades complejas de nuestro tiempo y "...que supone la asunción de un nuevo paradigma epistemológico, de un nuevo método y de un nuevo contenido que permitan explorar caminos diferentes" (Meza Rueda, 2008, pág. 7). Esto es lo que también se ha venido a denominar "el posmoderno giro narrativo" (Mariano Juarez, 2012, pág. 35) en la medicina y que ha resultado a su vez en la corriente que hoy conocemos como Medicina Basada en Narrativas (MBN) (Greenhalgh & Hurwitz, 1998) o Medicina Narrativa (MN) (Charon, 2006).

2. Antecedentes y circunstancias del contexto histórico para el surgimiento de la medicina narrativa

2.1. Los precursores de la medicina narrativa

Sería oportuno comenzar con una intuición magnífica del Dr. Fernando Lolas (1993), quien sugiere, a inicios de la década de los noventa, hablar de la posibilidad de una

medicina como narrativa³⁷, idea desarrollada en su libro *Más allá del cuerpo* (1997). Él mismo advierte en el preámbulo de dicha obra que la construcción narrativa de la salud -y de la enfermedad- constituye un campo limítrofe dentro de la medicina, con posibilidad de ser asumido en algún momento por el canon médico oficial y con potencial de transformar en la totalidad su práctica profesional (Lolas, 1997). Un presentimiento un tanto profético que no se aleja demasiado de la realidad actual de los contextos sanitarios de algunos países; y de los espacios formativos de ciertas escuelas de medicina, en donde el movimiento de la *Narrative Medicine* está teniendo cada vez mayor cabida y aceptación.

Sin embargo, esta incitación novedosa se generaba un poco aislada de otros intentos por introducir la narrativa dentro de la educación médica y la práctica profesional de la medicina, acercamientos para nada homogéneos que se hubieron producido desde múltiples frentes, especialmente desde las ciencias sociales, las humanidades y las artes. Disciplinas, áreas del saber y prácticas relativamente ajenas a la medicina.

Para que se haya dado la fusión definitiva, formando la mixtura rica y compleja que es la medicina narrativa, fue necesario un proceso de reflexión y revisión de lo que se entendía por *lo médico*. Es así que la medicina narrativa no puede entenderse sin la herencia de la antropología médica, la sociología médica o de la literatura, las cuales fueron fundamentales para que este movimiento surgiera. Cuando indagamos una perspectiva histórica y un contexto de nacimiento de la medicina narrativa, no podemos más que atenernos a las palabras de Juárez (2012):

Esa actitud crítica y revisionista hubiera sido casi imposible sin la incorporación de la crítica sociológica y cultural que había impregnado ya los debates dentro de la medicina. Rastrear este contexto de emergencia sin incluir las aportaciones desde ámbitos como la sociología o la antropología sería cincelar un paisaje incompleto. (pág. 35)

Por este motivo, procedemos a continuación a hacer un desglose de los principales aportes de ciertas disciplinas a la medicina narrativa, contribuciones que han moldeado nuestra comprensión de este nuevo campo, heredero de los desarrollos conceptuales que le han permitido justificar su *raison d'être*.

³⁷ Fernando Lolas, en su discurso de incorporación como miembro de número de la Academia Chilena de la Lengua en 1991, hace un análisis, partiendo de considerar las disciplinas como discursos, de la praxis comunicativa de las ciencias en clave de humanización, y de la ciencia médica en clave dialógica. Hablaba en ese entonces de entender la disciplina médica como una invención narrativa (Lolas, 1993).

2.1.1. Aportes desde la antropología médica

Se pueden rastrear los orígenes de la medicina narrativa ya desde la década del setenta, especialmente en trabajos de la antropología médica y sobre todo en aquellos de Arthur Kleinman y Byron Good, los dos antropólogos de Harvard. Ambos investigadores, desde la etnografía, y mediante perspectivas simbólicas e interpretativas-hermenéuticas; esta última denominada el “*meaning-centered approach*”, destacaban el papel de la experiencia vivida del enfermar y sus implicaciones socio-culturales.

Estos dos antropólogos “(...) transformaron los tradicionales enfoques biologicistas sobre la enfermedad, reconvertida desde entonces en sentido a través de conceptos cada vez más usuales, como símbolo, metáfora, narrativa (...)” (Juárez, 2012, pág. 37). Más específicamente, avanzados algunos años, fueron importantes los planteamientos de Good (2003) en cuanto a la narración de la enfermedad como productora de sentido e identidad.

El Caso de Kleinman es igualmente necesario para comprender el “giro hacia el paciente y su narrativa” (Juarez, 2012, pág. 38). Con la publicación de su obra *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition* (1988), demarcaría un nuevo territorio que él mismo comenzaba a explorar ya desde sus trabajos sobre los modelos explicativos de la enfermedad³⁸; los cuales posteriormente serían retomados por la medicina narrativa “dado su potencial metodológico” (Peláez Ballestas, 2013, pág. 79), funcionando además como microetnografías para interpretar el significado que le otorga la persona a su enfermedad, cómo ésta afecta su mundo social (Kleinman & Benson, 2006) y cómo se relaciona con el modelo explicativo médico (Peláez Ballestas, 2013).

³⁸ Este modelo fue propuesto por Arthur Kleinman para organizar la enfermedad y la salud en contextos socio-culturales (Kleinman & Benson, 2006). Es una manera de indagar la comprensión que tienen las personas de la experiencia vivida de la enfermedad. “Estructuralmente, hay cinco puntos principales que conforman un modelo explicativo: la etiología, la emergencia y el modo de aparición de los síntomas, la fisiopatología, el curso de la enfermedad y el tratamiento.” (Peláez Ballestas, 2013, págs. 79-80). Se puede utilizar este método en ambos entornos, clínicos y de investigación cualitativa.

Es importante destacar que Kleinman (1988) refuerza más que nunca para la medicina los conceptos de *illness* y *disease*³⁹. *Illness*, aclara, es la percepción subjetiva de la enfermedad o la experiencia vivencial del sufrimiento propio de la persona enferma como individuo, si bien las representaciones que se generan son igualmente compartidas por los miembros de la familia y la comunidad. Por tanto, *illness* incluye la explicación de la enfermedad y los juicios prácticos de acción tanto individuales como colectivos. Existe, pues, una compenetración semántica entre la dimensión subjetiva y la comunitaria-holista.

En consecuencia, el sujeto enfermo entra en una negociación de creencias y significados mediante mecanismos de adaptación básicamente lingüísticos. Es así que *illness* haga referencia a la experiencia personal de la enfermedad articulada en una red semántica de metáforas culturalmente construidas, la cual, inexorablemente, depende de los roles y relaciones sociales.

Por otra parte, *disease* es el resultado final de un proceso hermenéutico de interpretación que realiza el médico al intentar traducir y reconfigurar la experiencia existencial del *illness*. En este sentido, *disease* es un ente, una cosa desde el punto de vista médico, el cual utiliza sistemas taxonómicos y nosológicos para tratar de objetivar la experiencia del *illness*. Esto quiere decir que, con la traducción del *illness* al *disease* que procura la medicina, se perderían connotaciones vivenciales y significados de importancia para el sujeto enfermo y para su grupo social (Kleinman, 1988).

Este aporte de Kleinman ha posibilitado que otros investigadores trabajen sobre este sustento teórico, tratando de recuperar los significados excluidos de la experiencia de la enfermedad por el saber médico experto. Sin duda, las contribuciones de este psiquiatra y antropólogo médico son inmensurables para lo que posteriormente será la medicina narrativa, además de un ejemplo “paradigmático de estas conexiones entre la medicina y la antropología” (Juarez, 2012, pág. 37) o del “sincretismo metodológico entre estudios antropológicos y práctica clínica” (Lovecchio, 2009, pág. 243).

³⁹ En inglés existen tres términos para denominar la enfermedad: *Illness*, *sickness* y *disease*.

2.1.2. *Aportes desde la sociología médica*

Al explorar las conexiones entre la sociología médica y la medicina narrativa, se encuentran una serie de aportes para nada despreciables, al contrario indispensables siguiendo a Juárez (2012). Para algunos investigadores sociales, el recurso narrativo ayuda al enfermo y a quien escucha la narración de la enfermedad a encontrar el sentido de estas experiencias. Además, como señala Hydén (1997), las narrativas de la enfermedad son un medio poderoso para expresar el sufrimiento. Según este mismo autor, los estudios sobre las narrativas de la enfermedad han variado tanto temática como teórica y metodológicamente.

Desde los trabajos de Elliot Mishler (1988) de los años ochenta sobre el mundo de la medicina y el mundo de la vida que intentaban rescatar la voz del paciente del discurso médico “monoligüista”, las investigaciones tendieron posteriormente más bien hacia la autonomía de los estudios sociológicos, ejemplo de esto es el trabajo de Anselm Strauss sobre la reorganización de la vida cotidiana y de las relaciones sociales a causa de la enfermedad crónica (Conrad & Bury, 1997).

A partir de entonces, los sociólogos médicos han incursionado en las narrativas personales de la enfermedad o *patografías* destacando el papel que tienen en la construcción de la identidad por parte del enfermo. Partiendo de estos supuestos han logrado establecer un constructo conceptual fuerte que ha influenciado a trabajos posteriores. Algunos conceptos importantes derivados de estos años son *la irrupción biográfica* (Bury, 1982) de la enfermedad crónica, *la reconstrucción narrativa* (Williams, 1984) de la enfermedad y la vida, y las diferentes tipologías para el análisis sociológico.

Arthur Frank⁴⁰ en su libro *The Wounded Storyteller* (2013) propone tres tipos de narrativas a modo de tipologías útiles a estos análisis: “El caos, la búsqueda y la restitución, el primero cuando irrumpe la enfermedad, el segundo cuando se trata de explicar el cambio y el tercero cuando se intenta restablecer el equilibrio perdido” (Hamui Sutton, 2011, pág. 58).

⁴⁰ Arthur Frank es el autor más citado en los trabajos sobre medicina narrativa. Este sociólogo médico es un referente indiscutible cuando se aborda el tema de las narrativas de la enfermedad (Frank, 2013).

En la actualidad, esta línea de análisis sociológico ha visto una revitalización importante que podría tacharse, hasta cierto punto, de moda académica. Así lo demuestra el hecho de que continúan desarrollándose investigaciones realizadas por científicos sociales en las cuales son utilizados métodos biográficos-narrativos para la comprensión de las representaciones sociales de las diferentes enfermedades crónicas, especialmente del cáncer, la patología mental y la enfermedad terminal. Esta línea de investigación especializada dentro de la sociología se ha venido conociendo como el campo de las *Illness narratives* (Riessman, 2001), no exento de críticas por su aparente reduccionismo y falta de profundidad teórica (Atkinson, 2009).

No obstante, el motivo de este renovado interés por las experiencias de la enfermedad se debe al no tan reciente cambio en el perfil epidemiológico, el mismo que varió de las enfermedades agudas a la cronicidad. Como resultado, el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles ha demandado se ponga mayor atención a la fenomenología de la experiencia de la enfermedad a largo plazo (Juárez, 2012). Es así que todos estos aportes fueron fundamentales para el surgimiento de la medicina narrativa.

2.1.3. Otros influjos de lo más variados

Antropología y Sociología, con sus giros hacia la narrativa en sus recursos teóricos y metodológicos, son disciplinas que sirvieron de espacios de crítica; además, estas mismas disciplinas hicieron parte del clima de debate dentro de la medicina durante varios años (Mattingly & Garro, 2000), siendo, en definitiva, fundamentales para que pudiera emerger un paradigma como el de la medicina narrativa. Aunque en realidad, procesos mucho más complejos, políticos, socio-sanitarios y culturales se entramaron para que se diera este surgimiento (Juárez, 2012).

Gracias a una especie de grupo de discusión selectivo y con intenciones de averiguación histórica conocido como “Seminario de testigos” (*The Witness Seminar*)⁴¹, que versó

⁴¹ El seminario de testigos es una metodología especializada de historia oral, donde se invita a varios de los individuos asociados con un conjunto particular de circunstancias a reunirse para discutir, debatir, y ponerse de acuerdo o no sobre sus recuerdos de algún suceso o momento histórico. La reunión es grabada, transcrita y editada para su publicación. Los seminarios son parte del Grupo de Investigación de Historia de la Biomedicina moderna de la Escuela de Historia “Queen Mary” de la Universidad de

sobre las prácticas narrativas en la medicina desde los años sesenta, es que tenemos algunas ideas de cómo fueron los inicios de la medicina narrativa según la perspectiva de los protagonistas de aquellos primeros años (Jones & Tansey, 2015). Algunos nombres que resaltan dentro de los participantes son los de Brian Hurwitz, Kathryn Montgomery, Anne Hudson Jones, Arthur Frank, Rita Charon, Jane Macnaughton, John Launer, Jeff Aronson, entre otros⁴².

En dicho seminario se mencionan una amalgama de antecedentes e influencias, preferencias teóricas y experiencias que dependen del recorrido de cada interlocutor. Están presentes desde asuntos más próximos a la medicina hasta otros no tan directamente relacionados.

Por mencionar algunos tenemos: el surgimiento en los años setenta de grupos de apoyo para pacientes con enfermedades crónicas y catastróficas, donde se promulgaba que sean los propios afectados los que narren sus experiencias de enfermedad; la creación de grupos de médicos preocupados por la sobreexpresión técnica de la práctica clínica y por las limitaciones del positivismo, para lo cual se exploraban marcos alternativos como el psicoanálisis; los movimientos *Civil Rights movement* y *Black Power movement* en Estados Unidos relacionados de alguna forma con la demanda por una medicina más democrática que contenga diferentes voces, con especial atención a la voz del sufrimiento del enfermo; el inicio del movimiento *Hospice*; el giro narrativo de las ciencias sociales, las humanidades y otras disciplinas; la influencia de la teoría narrativa y de la narratología americana y francesa con autores de peso como Ricoeur; la influencia de la Hermenéutica y el Posestructuralismo; la novedad de la psicoterapia existencialista en la psiquiatría y la psicoterapia narrativa; la disputa sobre la ética médica en cuanto a una ética narrativa versus una ética principalista; las cuestiones de la bioética y la Fenomenología y su conjugación con la narrativa consumadas en la obra de Richard Zaner; y, finalmente pero no completando el listado de antecedentes, el movimiento internacional de las *Medical Humanities* que determina de una manera directa a la medicina narrativa desde sus inicios.

Londres y son apoyados por el *Wellcome Trust*. El seminario en mención se llevó a cabo en la ciudad de Londres, el 18 de junio de 2013.

⁴² La lista completa de los participantes en el seminario incluye a: Jens Brockmeier, Dr. Catherine Belling, Dr. Craig Irvine, Maura Spiegel, Jens Brockmeier, Dr. Andrew Elder.

Esta es una imagen calidoscópica de la medicina narrativa en constante construcción y deconstrucción que no deja de reinventarse. El seminario termina asumiendo que lo logrado hasta la fecha debe ser tomado, afirmado o rechazado por las siguientes generaciones de jóvenes investigadores, con posibilidad de rehacer algunas cosas para el futuro de este campo todavía no consolidado (Jones & Tansey, 2015).

2.1.4. El peso de la literatura en los orígenes de la medicina narrativa

Por otro lado, el campo de la literatura es un caso emblemático para comprender a la medicina narrativa. Parece ser, sin embargo, que los inicios de la literatura en la medicina fueron experimentales en el sentido de que las primeras propuestas por ligar literatura y medicina no tuvieron una finalidad clara. Los académicos provenientes de esta disciplina, que después de 1970 entrarían a formar parte de algunas escuelas de medicina de los Estados Unidos, pertenecían a las escuelas del *New criticism* y del formalismo ruso, y nada tenían que ver en un principio con las áreas interdisciplinarias como la educación médica (Jones & Tansey, 2015).

Según Jones, Wear y Friedman (2014), estos académicos no estaban en sintonía con la teoría literaria en la que habían sido formados, sobre todo tenían un conflicto con la ausencia de un análisis intratextual, por lo que habrían de explorar otros campos interdisciplinarios e intertextuales, especialmente en la educación –al fin y al cabo eran profesores universitarios-, encontrando en la educación médica uno de estos campos fértiles. Ciertamente, el interés de estos estudiosos de la literatura por la medicina, que pasarían a formar el movimiento *Literature and Medicine*, no estuvo aislada del otro movimiento que comenzaba a finales de los años sesenta, el de las *Medical Humanities*, produciéndose algunos cruces tempranos entre estas dos iniciativas (Bleakley A. , 2015).

Entre los nombres que valen la pena ser destacados de entre aquellos que participaron inicialmente de estos dos movimientos, en orden cronológico de ingreso al mundo de la medicina, está el de la crítica literaria Joanne Trautmann, quien sería la primera profesora de literatura a tiempo completo nombrada en una facultad de medicina de los Estados Unidos, específicamente en la *Pennsylvania State University*. Esta escuela de

medicina coincidentemente era la primera en crear un departamento de humanidades médicas dentro del país en 1967.

Aunque la literatura entraría en escena en este departamento un par de años después (Hawkins, Ballard, & Hufford, 2003). Otro nombre ineludible es el de Kathryn Montgomery Hunter, ella también estuvo relacionada con el movimiento de las humanidades médicas, ya que recibió una subvención del *Institute on Human Values in Medicine* (célula del movimiento americano de las humanidades médicas) para ser profesora de Literatura en alguna escuela de medicina de Estados Unidos, entrando finalmente al claustro de la nueva Facultad de Medicina de Morehouse, Atlanta, durante los años setenta.

Posteriormente, durante la mayoría de los años ochenta, sería docente la escuela de medicina de la Universidad de Rochester (Jones & Tansey, 2015). El nombre que no podía faltar es el de Anne Jones Hudson, quien pasó a formar parte, en calidad de profesora de literatura, del equipo del *Institute for the Medical Humanities* (IMH) de la *University of Texas Medical Branch of Galveston (UTMB)*, fundado en 1973 (Jones & Carson, 2003) y uno de los pioneros de las humanidades médicas. Otros nombres que valdría la pena resaltar, al menos por mencionarlos, son: Anne Hunsaker Hawkins, Suzanne Poirier y Shlomith Rimmon-Kenan.

La consolidación de este campo novel e interdisciplinario se explica por el dato de que, diez años más tarde del experimento de la Universidad de Galveston, es decir para mediados de los ochenta, alrededor de un tercio de facultades de medicina de Estados Unidos tenían a la Literatura dentro de sus planes de estudio (Charon, et al., 1995). Para 1999, de acuerdo a la *Association of American Medical Colleges* (AAMC), 46 por ciento de las escuelas de medicina del país tenían incluidos cursos de la Literatura en sus planes de estudios, mientras que el restante 69 por ciento estaban ofreciendo asignaturas optativas de esta disciplina. Claramente, esta era una muestra de opción por la literatura que hacían las facultades de medicina de Norteamérica, lo que a su vez significaba el fortalecimiento del campo pedagógico en la educación médica.

Es así que, de una primera etapa en donde se inauguraban programas de literatura en las facultades de medicina, algunas nuevas, otras no tanto, pero sin tener conciencia de qué podrían producir estos intercambios; se pasó a una etapa de configuración y

reforzamiento de la enseñanza y la investigación en torno a la literatura y, específicamente, las narrativas en la asistencia sanitaria y la educación médica.

El punto culmen de todos estos esfuerzos se alcanzó con la creación de la revista *Literatura y Medicina*, que comenzó en 1982, y con la publicación regular de la serie de Medicina y Literatura en la revista *The Lancet* que comenzaba en 1996. De esta manera, se ofrecían espacios en donde publicar los resultados de investigaciones y reflexiones de este grupo de académicos con identidad propia ya en esos años. Es de este campo naciente e interdisciplinario, que combina la literatura y la medicina, y de algunos de sus exponentes, que años después se originaría el movimiento de la medicina narrativa (Jones & Tansey, 2015).

2.2. Antecedentes que prepararon el terreno para el nacimiento de la medicina narrativa

Retrocediendo en el tiempo es apreciable que tampoco puede entenderse a la medicina narrativa sin verla dentro del contexto de los enfoques terapéuticos centrados en el paciente de las últimas décadas del siglo pasado, enfoques que habrían “traído de vuelta al paciente como sujeto dentro de la medicina” (Kalitzkus & Matthiessen, 2009, pág. 81). Ejemplos de estos enfoques tempranos son la escuela de Rogers desde la psicología⁴³, más específicamente desde la psicoterapia, además de los grupos Balint⁴⁴. Estos intentos por devolver el papel central al paciente se consolidarían en el movimiento contemporáneo del *Patient-centered care* (Constand, MacDermid, Dal Bello-Haas, & Law, 2014).

Aunque ese abordaje contemporáneo parezca ser novedoso, es necesario aclarar que hubo profundizaciones en cuanto a la importancia de la subjetividad del paciente en la praxis médica desde los albores del siglo XX, especialmente por parte de la escuela de

⁴³ Se refiere al Enfoque Humanista en Psicología o Enfoque Centrado en el Cliente.

⁴⁴ Los grupos Balint son un grupo de médicos que, siguiendo los postulados de su fundador Michael Balint sobre incluir aspectos subjetivos y emociones del médico y del enfermo en la clínica, han trabajado desde las preocupaciones de estos con respecto a su trabajo clínico en el caso de los galenos y de la enfermedad en el caso de los pacientes, trabajo que tiene potencial terapéutico.

Viktor von Weizsäcker y su Antropología Clínica (Von Engelhardt, 2004). Este médico alemán

Estableció dos momentos en la historia clínica, uno descriptivo, la narración de un momento de la vida humana, y otro intelectual, al que denomina «reflexión epicrítica», en el que el médico debe explicar cómo entiende el caso clínico, siendo esta explicación una reflexión comprensiva de la subjetividad del paciente. (Huertas, 2001, pág. 8).

Pero hubo otros incluso anteriores como el mismo Freud que, desde sus primeras experiencias terapéuticas y posteriores reflexiones sobre la histeria a finales del siglo XIX, optaría, principalmente con el uso de la asociación libre, por la sobrestimación de la narrativa del enfermo neurótico en su forma biográfica; lo que le llevaría, finalmente, a desarrollar el psicoanálisis. Se establecería así una ruptura con la medicina anatómico-clínica de ese entonces al incluir la categoría de “sujeto” al menos en la enfermedad psíquica (Quevedo V, 2012).

La conclusión un poco aparente es que la pericia de tomar especial atención a la narrativa del paciente se hizo presente, por lo menos de forma aislada y en casos puntuales, en una etapa muy posterior al nacimiento de la clínica moderna durante el siglo XVIII, y a pesar de la tradición de utilizar en el arte galénico de la clínica un “lenguaje medido” (Foucault, 1996). Es oportuno, sin embargo, anotar que las narrativas, las historias o los relatos del paciente han sido desde siempre parte fundamental de la medicina (Kalitzkus & Matthiessen, 2009) y de la estructuración del pensamiento médico (Hunter, 1991).

Veamos lo que sucede, por ejemplo, en los inicios históricos de la medicina. Es así que desde los tiempos de la medicina hipocrática se consideraba a la palabra (*logos*) del enfermo y la comunicación verbal entre éste y el médico como uno de los recursos metódicos del diagnóstico abordados en el *Corpus hippocraticum*; eso sí, constantemente subordinado al método predilecto de la «sensación del cuerpo», en una clara oposición: de exactitud para el diagnóstico de los sentidos y simple conjetura para el testimonio del enfermo.

A pesar de esta reducción del valor de la palabra del enfermo por parte del médico hipocrático a sus elaboraciones funcionales, es también cierto que, como bien lo establece esta escuela, sólo en la relación médico-enfermo, mediante el *logos* y

explicación de la enfermedad para la comprensión del paciente, el médico podía acceder a la realidad enferma, y el tratamiento médico podía ser plenamente eficaz y humano (Laín Entralgo, 1982).

2.3.El surgimiento de la medicina narrativa en el contexto del auge de la Medicina Basada en Evidencia (MBE)

Llegados a esta instancia primigenia del arte de la medicina en la época antigua, ya que no es posible retroceder más, podemos por fin retornar y dar el gran salto en el tiempo para rastrear el surgimiento de la medicina narrativa en el seno de la medicina de los años recientes, el mismo que se produce a finales de la década de los ochenta. En principio, no se podría comprender este surgimiento sin atender al contexto en el que se produce, refiriéndonos al auge que por esos años comenzaba a tener el paradigma de la Medicina Basada en Evidencias (MBE).

Este método epidemiológico aplicado a la investigación y la práctica clínica se había expandido exponencialmente desde Norteamérica y Europa al resto del mundo, en claras muestras de un proceso de globalización. A pesar de sus fines puramente científicos, la EBM inevitablemente se vio extendida a otros campos relacionados, como la gestión de los servicios de salud, el campo de la economía de la salud, las normativas y leyes sanitarias, la industria de las aseguradoras e incluso se filtró en los tribunales para salvaguardar a los médicos de las reivindicaciones de negligencia (Marini, 2016).

Las pretensiones totalitarias de este paradigma, liderado en sus comienzos en los años setenta por David Sackett de la Universidad de McMaster, Ontario, no tardaron en recibir críticas asiduas a sus pretensiones de validez irrefutable (Juarez, 2012). Estas críticas partían del hecho de que este paradigma excluía la experiencia profesional del médico y la experiencia padecida del paciente a un nivel nada relevante en la jerarquía de decisiones clínicas. En un primer momento, antes de ser revisados sus supuestos metodológicos, la MBE consideraba a las narrativas -que también ofrecen evidencias y especialmente evidencias del sufrimiento- como algo anecdótico, confrontando desde entonces evidencia con experiencia (Juarez, 2012). Su apuesta por una práctica más

apegada a las evidencias científicas, derivadas de los ensayos clínicos y metanálisis, denotaba una radicalización del positivismo en la medicina (Juarez, 2012). Además, en nombre de la generalización de los resultados que se sacrificaba la individualidad de cada paciente en favor de poblaciones y subgrupos de pacientes (Marini, 2016).

La MBE se convertía así en la ortodoxia de la investigación biomédica, manteniendo su poder e influencias especialmente en los dominios de publicaciones y editoriales de las principales revistas científicas del mundo (Marini, 2016). Juárez (2015) incluso llega a hablar de sacralización y dogma al referirse a como fue asumido este paradigma en la comunidad médica. En fin, se criticaba a la MBE por haber hecho de la práctica clínica cotidiana un accionar deshumanizado, despersonalizado, y desubjetivado (Juárez, 2012). Ante esta realidad se puede concebir a la medicina narrativa como un modelo contestatario y alternativo al de la MBE, que aparece precisamente en respuesta a una demanda por recuperar la experiencia subjetiva del paciente en las prácticas médicas cotidianas (Greenhalgh & Hurwitz, 1999).

La respuesta consistiría en que el acercamiento narrativo de la práctica clínica obtiene algo muy apreciado por la medicina contemporánea como es la evidencia, sin embargo, en este caso, se trata de una “evidencia más allá de los ensayos clínicos” (Kalitzkus & Matthiessen, 2009, pág. 80), una evidencia diferente no apegada a la certeza sino a la incertidumbre, ya que “(...) a diferencia de las evidencias provenientes de ensayos y mediciones, no hay evidencias de lo que es o no es relevante en una narrativa particular.” (Juárez, 2012, pág. 42).

Esto, que para algunos puede ser un estorbo, para otros, mediante la utilización del arsenal de estas dos evidencias, las de la MBE y de la medicina narrativa, puede mejorarse mucho la práctica profesional, especialmente si se deja a un lado la referencia peyorativa que la MBE tiene de las evidencias “suaves” de las narrativas, en contraposición con las evidencias “duras” que este paradigma supuestamente ofrece (Juarez, 2012).

De esta forma se ha intentado revalorizar las narrativas de la enfermedad, ya que, precisamente allí, se encuentran aspectos muchos olvidados de la experiencia de la persona enferma, tales como la angustia, la esperanza, la desesperación y el dolor moral (Greenhalgh & Hurwitz, 1998). Es así que en la actualidad, las propuestas de algunos

investigadores se enfocan en intentar complementar ambos paradigmas (Zannini, 2009) (Alves Silva, Charon, & Wyer, 2011) (Peláez Ballestas, 2013), tratando de crear un modelo que conjugue la MBE con la medicina narrativa. Este modelo se ha venido a llamar *Narrative Evidence Based Medicine (NEMB)* (Charon, Wyer, & Group, 2008) y ha adquirido un gran renombre en los últimos años. A esto apunta el futuro de la medicina narrativa, a ser un puente entre estas dos culturas (Marini, 2016).

3. La evolución y consolidación de la medicina narrativa en los distintos contextos geográficos

3.1.Revisión genealógica de la literatura sobre la medicina narrativa

Antes de hablar del futuro de la medicina narrativa, sería oportuno hacer una aproximación genealógica de los autores, las obras principales y publicaciones importantes ⁴⁵ que marcaron el inicio del movimiento de la medicina narrativa, y que van marcando también su presente. En el año 1987, el médico de familia y bioeticista Howard Brody publicaba su libro *Stories of Sickness* (2003) con el que se inauguraba un renovado interés por las narrativas en los contextos médicos-sanitarios. Aunque este iba a ser un aporte mayoritariamente al campo de bioética y a su método decisional, también iba a tratar ciertas cuestiones relacionadas con las narraciones en la práctica clínica, considerando a la relación médico-paciente como una narrativa más.

En 1991, la narratóloga Katryn Montgomery Hunter publica su libro *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge* (1991) en el cual descubre que la práctica clínica es inherentemente una práctica narrativa. Este libro también es fundamental para comprender cómo el conocimiento médico se estructura narrativamente. Por mucho, el aporte de esta estudiosa de la literatura es sin duda una

⁴⁵ Se hará un enunciado aquí solamente de los libros destacados, aun sabiendo que las publicaciones sobre el tema de la medicina narrativa no se agotan con este material. Existen evidentemente una serie de publicaciones en otros formatos que también son importantes y que no se explicitan en este apartado.

piedra angular en el movimiento de la medicina narrativa, especialmente en el orden teórico - justificativo.

Otro aporte ubicado dentro de los intereses de la bioética es el volumen editado en 1997 por la filósofa y eticista Hilde Lindemann Nelson, volumen titulado *Stories and Their Limits: Narrative Approaches to Bioethics* (1997) que también denotaba un interés explícito por los mundos narrativos dentro de las prácticas asistenciales sanitarias y por los dilemas bioéticos derivados de aquellas interacciones. Pero es en 1998, año de publicación del libro *Narrative Based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice* (1998), editado por los médicos generalistas Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, cuando se produce el estreno oficial de la medicina narrativa. Esta obra va a marcar el compás de los trabajos posteriores, al menos en el contexto británico que la tendrán por referente indiscutible.

En ese mismo año, pero en el contexto norteamericano, se publica *Healing Dramas and Clinical Plots: The Narrative Structure of Experience* (1998), colección editada por la antropóloga y trabajadora social Cheryl Mattingly, quien también demandaba poner mayor atención a la emergencia de lo narrativo en la teoría y la práctica de la medicina.

Ya en el nuevo milenio, el movimiento se consolida en el ámbito anglosajón, así lo confirman las publicaciones importantes como *Narrative-based Primary Care: A Practical Guide* (2002) y *What Seems to be the Trouble?: Stories in Illness and Healthcare* (2006), ambas del Reino Unido, y cuyos autores son los médicos Jonh Launer y Trisha Greenhalgh respectivamente. En el año 2002, se publica la compilación de trabajos enclavados en el tema de las historias y las narrativas en la ética médica, trabajos que indagan aspectos específicos de una ética narrativa para la práctica clínica. El título de aquel volumen es *Stories Matter: The Role of Narrative in Medical Ethics* (Charon & Montello, 2002) y marca un antes y un después en la concepción de la ética médica.

El naciente dominio de la medicina narrativa iba a ampliarse mucho más, no sólo indagando cuestiones teóricas y prácticas exclusivas de la medicina, sino que se iba a expandir a los espacios interdisciplinarios de las otras profesiones sanitarias y de los profesionales de las ciencias sociales y de las humanidades. Con lo que respecta a los aspectos multiprofesionales en las prácticas narrativas, sobresale el libro del año 2003

Narrative Based Healthcare: Sharing Stories - A Multiprofessional Workbook (Greenhalgh & Collard, 2003). Por otro lado, en el área de la investigación sobre narrativas y salud, es importante destacar la colección *Narrative Research in Health and Illness* (Hurwitz , Greenhalgh , & Skultans, 2004) del año 2004.

El apogeo de todo este revuelo lo produciría una de las mayores expertas en el campo de la medicina narrativa, la médico internista y PhD en Literatura Rita Charon, quien publica en el año 2006 su libro *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness* (2006), siendo esta la publicación emblemática dentro de este nuevo campo. Este ensayo era además el producto de varios años de reflexión sobre los intercambios de la narratología y la medicina, así como de la experiencia acumulada en el Programa de Medicina Narrativa de la Universidad de Columbia en Nueva York⁴⁶.

Esta propuesta formativa también era la primera de estas características en todo el mundo. Ampliando los horizontes de la medicina narrativa hacia todo el sistema sanitario, destaca la publicación del año 2008 *Narrative in Health Care: Healing Patients, Practitioners, Profession, and Community* (Engel, Zarconi, Pethtel , & Missimi , 2008); mientras que, por otro lado, buscando vincular la medicina narrativa con campos que posean algunas afinidades, sobresale la obra *Psychoanalysis and Narrative Medicine* (Rudnytsky & Charon, 2008) del mismo año.

Frente al éxito expansivo de la medicina narrativa, el último lustro no ha sido excepción, durante estos años han visto luz obras importantes para florecimiento de este campo. En este periodo resaltan las iniciativas que pretenden combinar la medicina narrativa con la MBE en cuanto paradigma dominante en el mundo de la medicina contemporánea, es así que en el año 2011 se publica *Integrating Narrative Medicine and Evidence Based Medicine: The Everyday Social Practice of Healing* (Meza & Passerman, 2011).

Mientras que recientemente, en el año 2015, se publica la obra *Narrative Medicine: Bridging the Gap between Evidence-Based Care and Medical Humanities* (2016) de Giulia Marini, trabajo más reciente y aporte del desarrollo italiano de la medicina narrativa. En el título anterior es posible advertir el interés por ligar las humanidades

⁴⁶ Ver: <http://www.narrativemedicine.org/>

médicas con las prácticas narrativas en la medicina, precisamente esto es lo que proponen Ronald Schleifer y Jerry Vannatta en su libro *The Chief Concern of Medicine: The Integration of the Medical Humanities and Narrative Knowledge into Medical Practices* (2013) en el cual establecen de forma definitiva la integración del conocimiento narrativo en la práctica clínica.

Finalmente, en diciembre del año 2016, Rita Charon y su equipo colaborador del Programa de Medicina Narrativa de la Universidad de Columbia, tienen pensado lanzar su último trabajo con respecto a este tema, obra titulada: *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. Tal como puede deducirse de su título, esta publicación marcará la hoja de ruta a seguir en una etapa madura de la medicina narrativa, ofreciendo los principios y las prácticas que han adoptarse gracias a la potestad que les merece el haber desarrollado este campo durante tantos años.

Este recorrido, realizado como una simple mención y enumeración de la bibliografía básica sobre la medicina narrativa, nos ha llevado por los senderos transitados por referentes que a su vez responden a un contexto nacional específico. Algo notorio a este respecto es el hecho de que la mayoría de la literatura mencionada está en inglés, *koiné* de las publicaciones científicas. No es extraño constatar, por tanto, que el volumen recientemente editado, en el año 2015, por Isabel Fernandes del Grupo de trabajo Interdisciplinario en Medicina Narrativa de la Universidad de Lisboa, Portugal, titulado *Creative Dialogues: Narrative and Medicine* (2015), haya sido publicado en inglés. Esto demuestra el predominio de este idioma en la producción del conocimiento y la investigación en el campo de la medicina narrativa, muy aparte de que la obra recién referida provenga del centro de estudios ingleses de esa universidad.

Otro ejemplo de publicación en lengua inglesa es la obra antes mencionada de Giulia Marini, obra que más bien se debe a la producción académica de la medicina narrativa de cuño italiano. Precisamente, es en este país donde se da mayor impulso por estudiar la medicina narrativa en distintos ámbitos, producto de aquello son las múltiples publicaciones en formato de libros, volúmenes, colecciones, recopilaciones, compilaciones, artículos, tesis de maestría y doctorales, ensayos, entre otras, que se

redactan en italiano⁴⁷. Sin lugar a dudas, el despunte que ha tenido la medicina narrativa en Italia es gracias a esta gran cantidad de publicaciones, la mayor producción científica sobre la medicina narrativa después de la anglosajona.

Por otro lado, y como era de suponerse, las publicaciones en español no son nulas, aunque sí muy escasas. Destacan la obra editada en España por Lorenzo Mariano Juárez y Carmen Cipriano *Medicina y Narrativas: De la teoría a la práctica* (2012) que posee un enfoque antropológico – etnográfico de la medicina narrativa, así como la tesis doctoral de la Universidad de Salamanca realizada por Chiara Loveccio: *Ética y medicina narrativa: una perspectiva filosófica* (2009); que, como bien lo señala el título, aporta con una reflexión y un ahondamiento filosófico a la temática. Además, en Argentina sobresale la tesis de maestría de la FLACSO elaborada por Silvia Carrió: *Medicina Narrativa. Relaciones entre lenguaje, pensamiento y práctica profesional médica* (2007).

Esta revisión un tanto somera, enfocada exclusivamente en las publicaciones sobre la medicina narrativa, no puede quedarse ahí, es necesario buscar y resaltar otros aspectos de la generación del conocimiento, en especial si consideramos a este campo como una comunidad centrada en la academia y la práctica profesional. Recapitulemos entonces lo que es la medicina narrativa actualmente y todo lo que implica esta nueva corriente que va tomando fuerza con el transcurrir de los años. Nuevamente me gustaría atenerme a las palabras de Mariano Juárez (2015) quien indica que:

Las pretensiones de este movimiento no eran meramente retóricas ni provocativas, sino que asumían el desafío de un discurso reformista de la práctica clínica [...] desarrollando un programa que incluía la práctica y las áreas y contextos del cuidado, la docencia de los profesionales, la educación sanitaria de la población, el trabajo en la redefinición de los marcos éticos y por supuesto la investigación. (p. 45)

Este conjunto de acciones organizadas es lo que ahora se entiende por medicina

⁴⁷ Para una lista de publicaciones sobre medicina narrativa y temas afines en lengua italiana ver: <http://www.hstory.it/bibliografia-sulla-medicina-narrativa/>
<https://www.viverlatutta.it/modules/narrativemedicine/narramedlist.aspx>
<https://www.omni-web.org/materiale-medicina-narrativa/>

narrativa, un fenómeno que ha despertado el interés de muchos clínicos e investigadores alrededor del mundo. Es, pues, indispensable revisar las acciones desde una óptica global, pero sin desentenderse de las particularidades locales de cada contexto en donde éstas acciones se producen. Es necesario estar al mismo tiempo conscientes de que pueden y de que, de hecho, existen conexiones entre las iniciativas, aunque es claro también de que hay otras, hasta cierto punto, aisladas.

Por comunidad académica entendemos académicos, profesores e instituciones que hacen de promotores de estas iniciativas y a éstas como acciones heterogéneas u homogéneas que responden a unos intereses. En los siguientes apartados, se van a mencionar algunos nombres e instituciones, a parte de las acciones concretas, que son importantes en la medicina narrativa hasta el día de hoy. Sin embargo, se describen en esta revisión solamente las iniciativas más renombradas y las que ofrezcan información de fácil acceso vía internet; lo último, como una limitante, nos lleva a admitir la posibilidad de que existan otras iniciativas en diferentes partes del mundo que no van a ser incluidas aquí.

3.2.Evolución de la medicina narrativa en el contexto anglosajón

Las contribuciones más importantes para la medicina narrativa han sido las del mundo académico anglosajón. Desde los trabajos de Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz en Reino Unido (Greenhalgh & Hurwitz, 1998), la tendencia en ese lugar se ha dirigido hacia la institucionalización de las iniciativas en programas y departamentos de las distintas universidades. Es claro además que el movimiento de la medicina narrativa está relacionado en aquel ambiente con el movimiento de las *Medical Humanities*. Por esa razón, todo aquello que se corresponde con la medicina narrativa, está ligado íntimamente a las universidades británicas, especialmente a los departamentos de humanidades médicas.

Un ejemplo reputado es el *Centre for the Humanities and Health* del King's College de Londres⁴⁸, en donde una de las líneas investigativas *Literatura, Medicina y Ciencia* puede inscribirse dentro de la medicina narrativa como marco general. A parte de esto,

⁴⁸ Ver: <http://www.kcl.ac.uk/artshums/ahri/centres/chh/about/index.aspx>

en la Facultad de Artes y Humanidades del Departamento de Inglés de esta misma universidad se imparte un módulo especial sobre Medicina Narrativa⁴⁹. El centro es un referente a nivel internacional y tiene como director a Brian Hurwitz, una de las figuras que más ha impulsado la investigación sobre los estudios narrativos y sus intersecciones con la práctica clínica a través de las teorías y conceptos de la literatura y las humanidades en el contexto británico.

En cambio, desde el ramal de aportaciones de los Estados Unidos, Rita Charon es su principal exponente y una de las más afamadas y reconocidas expertas en medicina narrativa a nivel mundial, a parte de una de las iniciadoras de esta corriente. Ella y su equipo han construido el Programa de Medicina Narrativa en el *College of Physicians and Surgeons* del *Columbia University Medical Center* en Nueva York⁵⁰ más o menos a inicios del año 2000 (Charon, 2007), y en el cual continúan desarrollando una serie de actividades con especial énfasis en la docencia.

Las acciones que realizan incluyen: enseñar competencia narrativa⁵¹ a estudiantes de medicina de pregrado –como un requerimiento del currículo obligatorio en el primer año-, los cuales también pueden escoger una materia electiva de Medicina Narrativa en el cuarto año; establecer espacios de enseñanza colaborativa con los estudiantes de las diferentes facultades de las ciencias de la salud tales como enfermería, odontología y salud pública; dictar seminarios de medicina narrativa en los departamentos clínicos asistenciales a grupos estudiantiles; y ofertar un Master propio de Medicina Narrativa⁵².

El programa es financiado por el Instituto Nacional de Salud (NIH en inglés) de Norteamérica y por fundaciones privadas, gracias a lo cual se organizan otras diversas actividades, como grupos de escritura, *workshops* y rondas con participantes de varios países. Precisamente, el programa de Columbia y sus *workshops* han atraído la atención de diferentes investigadores, especialistas y facultativos que han participado activamente, estableciendo redes temporales y permanentes de colaboración que a su vez explican la aparición de otras iniciativas, todas derivadas de este trabajo conjunto.

⁴⁹ Ver: <http://www.kcl.ac.uk/artshums/depts/english/modules/level7/7aaem662.aspx>

⁵⁰ Ver: <http://www.narrativemedicine.org/index.html>

⁵¹ “La competencia en narrativas (CN) se define como el grupo de destrezas que se requieren para reconocer, interiorizar e interpretar las historias (*escuchadas o leídas*) provenientes del paciente.” (Peláez Ballestas, 2013, pág. 79).

⁵² Ver: <http://sps.columbia.edu/narrative-medicine>

Como veremos más adelante, lo que sucede en algunos países en el campo de la medicina narrativa se debe fuertemente al influjo del programa de Columbia⁵³.

Para terminar la exposición acerca de este centro, vale indicar que se ha creado un grupo interdisciplinar para la investigación y que se edita y publica la revista *Intima*⁵⁴, publicación con una orientación hacia los procesos de escritura académica, pero sobretodo de escritura creativa, tratándose de varios tópicos relacionados con la medicina narrativa.

Recientemente, en el año 2013, estas dos instituciones, el Centro para las Humanidades y la Salud del del *King's College* de Londres y el Programa de Medicina Narrativa de *Columbia*, aunaron esfuerzos para la creación de la *International Network for Narrative Medicine*, cuyo lanzamiento se hizo a propósito de la primera conferencia de carácter internacional sobre medicina narrativa: *A Narrative Future for Health Care*⁵⁵, evento que se realizó en Londres (Feito, 2013). Para preparar el lanzamiento de esta red internacional de medicina narrativa, los dos organizadores publicaron un artículo en la revista *The Lancet* días antes del inicio del encuentro, explicando la importancia del tema y del congreso. Además, en ese artículo se anunciaba una nueva era del mundo

⁵³ Según un folleto divulgativo de la Universidad de Columbia, las universidades e instituciones con las que este centro tiene asociación y proyectos colaborativos acualmente en marcha en América del Norte y fuera de ella son: "Paris-Descartes Medical School; University of Lisbon; Kings College London; Hospital Italiano de Buenos Aires; Western University in London, Ontario, Canada; Weill/Cornell School of Medicine; Sophie Davis School of Medicine, CUNY, New York, NY; Brooklyn Hospital, Brooklyn NY; Maimonides Hospital in Brooklyn; Memorial Sloane-Kettering in New York; Albert Einstein School of Medicine, Bronx, NY; Ossining Maximum Security State Prison (Sing-Sing), Ossining, NY; Hofstra University Medical School and North Shore Hospital, Manhassat, NY; University of California at San Francisco; University of Southern California; Dartmouth University School of Medicine; University of Central Florida; Baylor College of Medicine; The Bronx County Courthouse; University of Baltimore School of Law. Además, en Estados Unidos otras iniciativas sin relación con el programa de Columbia son: Northwest Narrative Medicine Collaborative; The Ohio State University Humanities Institute."

⁵⁴ Ver: <http://www.theintima.org/>

⁵⁵ Con respecto a los congresos y eventos de carácter internacional sobre la medicina narrativa, y de que este haya sido el primero, no existe consenso, ya que otros eventos previos podrían pasar por precedentes de la conferencia en Londres. En 1996, la Universidad de Auckland, Nueva Zelanda, fue sede de la primera conferencia de la Costa del Pacífico bajo el tema de la medicina basada en la narrativa. En el mismo año, la Universidad de Otago, Nueva Zelanda, llevó a cabo una conferencia sobre las relaciones entre la literatura y la práctica asistencial sanitaria y la educación, evento con el nombre: "La salud en la mano del escritor" (Bleakley, Marshall, & Bromer, 2006). Hurwitz hace referencia a otras dos conferencias previas de carácter internacional, las dos en el Reino Unido: "Narrative Based Medicine: an Interdisciplinary Conference – Research, Teaching and Practice' – a two-day International Meeting, Homerton College, Cambridge UK. BMJ Conferences Sept 2001. Organisers: Brian Hurwitz, Vieda Skultans and Trish Greenhalgh; 'Narrative Research in Health and Illness, a two day International Meeting', School of Oriental and African Studies, BMJ Conferences, Sept 2004. Organisers: Brian Hurwitz, Trish Greenhalgh and Vieda Skultans." (Jones & Tansey, 2015, pág. 56)

sanitario, un futuro narrativo para la medicina (Hurwitz & Charon, 2013).

En la conferencia, en cambio, fue posible revisar críticamente algunos puntos controversiales, conceptuales y metodológicos, así como algunos desafíos y riesgos de la medicina narrativa⁵⁶. La red de colaboración internacional aspira a retomar a mediano y largo plazo las propuestas de grupos de trabajo de alrededor del mundo para facilitar su comunicación. Conjuntamente, aspira ser un nexo con las redes nacionales o regionales de medicina narrativa que se sientan interesadas.

Todos estos esfuerzos han servido para cultivar una identidad propia y una voz con respecto a la medicina narrativa en el medio anglosajón. Después de esa primera conferencia en Londres, los eventos académicos se siguen produciendo con relativa frecuencia, también en Estados Unidos, ejemplo es la conferencia paralela *Narrative Medicine in the 21st Century: A Multi-disciplinary Conference*, realizada en el mismo año 2013 y organizada por el *Wexner Center for the Arts, Film/Video Theater* de la Universidad Estado de Ohio. En esta conferencia participaron Rita Charon y Arthur Frank como ponentes destacados⁵⁷. Además, tanto en Estados Unidos como en Canadá se continúan creando grupos interdisciplinarios, especializados en medicina narrativa y adjuntos a las diferentes universidades.

Las iniciativas son muchas en los últimos años, programas y proyectos para expandir el campo de la medicina narrativa. En lo formativo se integra a la medicina narrativa en los currículos de las escuelas y facultades de medicina, se organizan cada vez más reuniones, conferencias y congresos, se promueven las publicaciones y la investigación para generar nuevo conocimiento, entre otras actividades. En fin, se va consolidando poco a poco un campo tan prometedor como el este.

Sin embargo, el gran alcance de la medicina narrativa en el ámbito anglosajón sólo se corresponde con una parte de la comunidad académica, es decir, aunque sus pretensiones de abarcamiento geográfico son notables, es más que probable que no se cumplan, al menos no del todo. Como puede intuirse, asimismo, al ser la narrativa en el

⁵⁶ Para un reporte crítico de la conferencia ver:

<https://medicalhumanities.wordpress.com/2013/06/26/a-narrative-future-for-healthcare-conference-report-by-deborah-bowman-trisha-greenhalgh-and-jonathon-tomlinson/>

⁵⁷ Ver: <https://classics.osu.edu/events/narrative-medicine-21st-century-multi-disciplinary-conference-april-5-6-2013-and-film-and>

ejercicio de la medicina un fenómeno transnacional y transhistórico, es justo y hasta necesario que se hagan presentes otras iniciativas y propuestas que no necesariamente se alineen con el grupo predilecto de expertos y con los “grandes nombres” en medicina narrativa de Norteamérica y del Reino Unido. Sin embargo, es cierto también que en algún sentido les son deudores por haber procurado el resurgir de las prácticas narrativas en la medicina.

En conclusión, la medicina narrativa se ha consolidado definitivamente en los países anglosajones, espacios que están dando frutos importantes y que denotan una transformación considerable. Pero para dar una idea general del desarrollo de la medicina narrativa, es menester averiguar lo que ocurre en otros contextos del panorama internacional que también han sido significativos.

3.3. La aparición y desarrollo de la medicina narrativa en Europa continental

En lo que concierne a los países europeos, sin duda el principal desarrollo se encuentra en Italia, algo que se destacó anteriormente cuando se hacía referencia a la cantidad de publicaciones sobre medicina narrativa en lengua italiana. La medicina narrativa se ha desarrollado en ese país de forma exponencial en los últimos años, se habla de ella de norte a sur, en todo el territorio. Incluso, es probable que en aquella nación haya mayor difusión y un mayor nivel de formalización institucional⁵⁸ que en el ámbito anglosajón. Algo que también se advierte de la comunidad italiana -no sólo académica- de medicina narrativa es la diversificación de las propuestas, así como una democratización de los actores, lo que se verá más adelante.

El despertar a la medicina narrativa se produce tempranamente aquí en relación con otros lugares y responde de cierta manera a lo que se discutía años atrás en Estados Unidos sobre la necesidad de un cambio paradigmático de la medicina y un modelo

⁵⁸ Un documento colgado por *ISTUD Business School* en su cuenta de SlideShare en el 2015 hace cuenta de las instituciones y centros asistenciales, de formación e investigación en Italia que desarrollan la medicina narrativa. Ver: <http://es.slideshare.net/istud/elenco-centri-che-utilizzano-la-medicina-narrativa-in-italia>

hermenéutico – interpretativo para la clínica. En el año 2005, el antropólogo médico Guido Garielli organiza una conferencia internacional en colaboración con la Universidad de Modena, *L'Azienda Unita' Sanitaria Locale (AUSL) di Reggio Emilia* y el Departamento de Medicina Social de la Facultad de Medicina de Harvard -del cual eran profesores Arthur Kleinman, Byron Good y Mary-Jo Del Vecchio Good- que introducía por primera vez en la escena pública italiana a la medicina narrativa. De esta conferencia, bajo el tema “*Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: un'integrazione possibile?*”, devino el volumen editado con el título homónimo, el mismo que contenía las ponencias presentadas en dicho evento (Giarelli, 2009).

Se comenzaba así a introducir en la discusión académica italiana los temas relacionados con una crítica al modelo biomédico y sus limitaciones, pasando a inquirir los nuevos modos de comprender los procesos de salud/enfermedad/atención desde una perspectiva narrativa.

Otro personaje destacado en la escena italiana de la medicina narrativa es Giorgio Bert, médico apegado a la línea social que tomó parte activa de los movimientos de crítica y ruptura con algunos aspectos esclerotizados de la medicina durante los años setenta, y que desde finales de los años 80 comenzó a profundizar en el estudio de la relación médico-paciente. Bert fue uno de los iniciadores del movimiento de la medicina narrativa en Italia. De hecho, algunas de las primeras publicaciones en este campo le pertenecen, en ellas enfatiza que la medicina narrativa, más que una disciplina o un instrumento, debe ser entendida como parte integral de la práctica clínica, observándose el bagaje del autor en cuestiones comunicativas de la medicina. Otro nombre que resalta es el de Vincenzo Masini, sociólogo y psicólogo que publica una obra maestra sobre medicina narrativa en el año 2005, en la que llama la atención un intento por reunir la medicina narrativa con la sociología de la salud (Masini, 2009).

La pedagoga Lucia Zannini, en su libro del año 2008, es quien explora juntos los campos de la medicina narrativa y las humanidades médicas en lo que ella llama “una nueva perspectiva en la formación de los profesionales sanitarios” (Zannini, 2009). Zannini da especial importancia en sus propuestas a estos aspectos pedagógicos en vez de los puramente clínicos. Por otro lado, dentro de las iniciativas desde el interior de la práctica pediátrica, y desde el movimiento del *Counselling médico*, también se dan algunas actividades tempranas relacionadas con la medicina narrativa. Es así que

l'Associazione Culturale Pediatri publica una serie de cuadernos sobre este tema desde el 2004 al 2006, mientras que la *Società Italiana di Counselling ad Indirizzo Sistemico* promueve, entre otras actividades, el seminario *La medicina basata sulla narrazione*, llevado a cabo en Turín en el 2007 (Gangemi & Zanetto, 2009).

Una propuesta interesante es la del Centro de Salud de la Comunidad de Florencia que desde el año 2004 ha puesto en marcha una investigación sobre la medicina narrativa, demostrando así que es posible integrar la novedad que representa esta corriente dentro de los centros sanitarios asistenciales comunes y no sólo en las instituciones académicas. El proyecto se lleva a cabo en la Unidad Local de Salud o ASL (*Azienda Sanitaria Locale*) e inicia con los primeros cursos de formación en medicina narrativa diseñados para los médicos, enfermeras, personal sanitario y voluntarios del hospital en el periodo 2004-2005. El plan identifica tres áreas de interés: Oncología, Cardiología y Alzheimer, áreas en donde se realiza concomitantemente una investigación cualitativa – proyecto NAME (*Narrative Medicine*)- con metodología biográfico narrativa que recoge las historias de los pacientes entre 2006 y 2008, y cuyos resultados fueron presentados en el Primer Congreso Internacional de Medicina Narrativa del año 2009 en Florencia (Polvani, 2013).

En el año 2010, a este primer proyecto de investigación le siguió el proyecto NAME 2, el cual se extendía a las áreas de Cardiología, Oncología y Terapia Intensiva, buscando estudiar la relación entre los pacientes y los médicos para destacar buenas o malas prácticas en los estilos de comunicación. Esto les permitió finalmente redactar dos decálogos enumerando diez buenas actitudes de los médicos y diez buenas actitudes de los pacientes en la relación clínica. Los resultados completos de esta investigación también fueron presentados en el Segundo Congreso Internacional de Medicina Narrativa del año 2012 en la misma ciudad de Florencia.

Una tercera investigación sobre medicina narrativa se empieza a realizar como parte del establecimiento del *Laboratorio Aziendale di Medicina basata sulla narrazione* en algunos hospitales. Además, el centro de Florencia toma parte en la primera investigación narrativa llevada a cabo por la web, "Viverla Tutta"⁵⁹, en colaboración con el Centro Nacional Italiano de Enfermedades Raras, la Sociedad Europea de

⁵⁹ Ver: <https://www.viverlatutta.it/HomePage.aspx>

Sociología Médica, *Repubblica.it Salute* y Pfizer Italia. Esta investigación pretende recoger las historias de enfermedad de cuidadores y pacientes en primera persona para que sean analizadas con las herramientas conceptuales y metodológicas de la medicina narrativa, de esta manera quieren mejorar continuamente la calidad de la asistencia sanitaria (Polvani, 2013).

Otro proceso atractivo es el desarrollado por la *Fondazione ISTUD* y su área de sanidad y salud, centro de referencia en Italia para la gestión humanista que fue la primera institución en todo el país -y hasta ahora única- en desarrollar una maestría de Medicina Narrativa Aplicada, programa que hasta la fecha lleva la quinta edición. Además, esta fundación desarrolla una serie de proyectos relacionados con la medicina narrativa, los cuales, junto a otras acciones, eventos y noticias de actualidad, son expuestos en su Blog⁶⁰.

No obstante, la primera iniciativa realmente unificada se produce gracias al Centro Nacional de Enfermedades Raras del *Istituto Superiore di Sanità (ISS)* el cual organiza la primera conferencia de carácter nacional “*Medicina narrativa e malattie rare*”, la misma que tuvo lugar en Roma el 26 de junio de 2009. El objetivo del evento fue promover entre los trabajadores de la salud los conocimientos de la medicina narrativa, con especial atención a las enfermedades raras. En el evento además participaron todos los expertos de Italia ya mencionados y se publicó un volumen con la recopilación de las ponencias (2009).

Hasta la fecha se han producido cinco conferencias nacionales más, dos primeras bajo el auspicio del Centro Nacional de Enfermedades Raras y el Instituto Superior de Salud en los años 2010 y 2011, siendo invitados especiales Rita Charon y Brian Hurwitz, en las que se reforzó el interés por la aplicación de la medicina narrativa en las enfermedades raras y crónicas (Gentile, Luzi, Iacono, & Taruscio, 2010; 2011).

Por el contrario, las tres conferencias subsiguientes, organizadas por el Observatorio Italiano de Medicina Narrativa, ampliaron las temáticas hacia otras perspectivas. Por ejemplo, la cuarta conferencia del año 2015, que se tituló: “*Dalle storie le cure: Narrazioni e salute digitale*”, expandía la discusión hacia temas de actualidad como el

⁶⁰ Ver: <http://www.medicinanarrativa.eu/blog>

uso de las nuevas tecnologías y su relación con las narrativas de la enfermedad, mientras que la quinta conferencia del año 2016, con el nombre: “*Le narrazioni nella valutazione e trattamento del dolore*” ahondó en cuestiones específicas del diagnóstico y el tratamiento del dolor mediante la utilización de herramientas narrativas.

A estos sucesos nacionales le siguieron el Primer y Segundo Congreso Internacional de Medicina Narrativa, los cuales se llevaron a cabo en los años 2012 y 2014 respectivamente. Estas citas internacionales retoman, auspiciadas por el Instituto Nacional de Salud, la línea de las enfermedades raras como eje principal, reafirmando que este es el campo más idóneo para poner en práctica la teoría de la medicina narrativa y su propuesta por explotar la subjetividad del enfermo. El resultado final, al igual que en algunos de los congresos anteriores, es un volumen editado por el Instituto Nacional de Salud, un libro de resúmenes de las ponencias del Primer Congreso Internacional (Luzi, Gentile , & Taruscio, 2013)

La plena afirmación de la importancia de la medicina narrativa para la asistencia clínica en el medio italiano no llegaría sino después de la Conferencia de Consenso “*Linee di indirizzo per l’utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative*” (2015), de la cual se obtuvo el documento con el mismo título que funciona en la actualidad como una guía orientativa para el uso de este modelo narrativo en la práctica clínica-asistencial.

El documento tiene una fuerte base empírica, resultado de investigaciones serias en centros diversificados, de una vasta experiencia y de la seguridad fruto de un largo camino recorrido. La conclusión es la que sigue: decisiones sobre la atención clínica más integrales, personalizadas, eficaces y apropiadas se cuentan entre las contribuciones reales de la medicina narrativa cuando se integran con la Medicina Basada en la Evidencia (Conferenza di Consenso. Linee di indirizzo per l’utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative, 2015). Este es el primer documento de estas características en toda Europa, lo que es signo de la vanguardia italiana en la medicina narrativa.

En 2009 también nace la Sociedad Italiana de Medicina Narrativa (SIMN)⁶¹ gracias a la labor del Dr. Antonio Virzi (Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Catania),

⁶¹ Ver: <http://www.medicinanarrativa.it/>

sociedad que tiene como objetivo fundamental divulgar la medicina narrativa por todo el territorio italiano, promoverla por los medios de difusión, como revistas científicas y culturales. Además, ambiciona administrar directamente, o por medio de las instituciones formativas, cursos de formación general a nivel regional, nacional y comunitario; asimismo, desea promover el intercambio de conocimientos y experiencias con empresas que operan dentro de la Comunidad Económica Europea, en las áreas técnica, científica y organizativa, y en colaboración con instituciones, entidades públicas, privadas y asociaciones.

Por último, esta sociedad aspira organizar reuniones, conferencias, seminarios, debates, cursos de actualización y otras formas de actividades científicas y de investigación; también facilitar la publicación de boletines, folletos, libros, actas de congresos y monografías. En efecto, la SIMN tiene una revista trimestral: Medicina Narrativa, que ya cuenta con su primer número publicado y un boletín adicional. Asimismo, ha organizado un primer congreso nacional "*La narrazione anima della medicina*" en el 2015.

Existen empero propuestas que salen de lo ordinario para explorar nuevas formas de comunicación y conexión a través de la web y de las redes sociales. Es por esto que en Italia podemos describir una escena de democratización de la medicina narrativa con la presencia de múltiples voces que han roto, hasta cierto punto, con la formalización institucional. Un proyecto interesante es el de *H. story*⁶², una asociación en línea comunitaria de promoción social nacida en 2008 que diseña herramientas y estrategias de comunicación para ser incluidas en las instituciones de salud, mejorando la dinámica de la relación entre los pacientes y el personal médico, puesto que su principal objetivo es buscar la humanización de la asistencia.

Otro espacio novedoso es el *Osservatorio di Medicina Narrativa Italiano* (OMNI)⁶³ el cual funciona como una plataforma en línea y una red social informal de diversos profesionales de la salud –académicos o no- que estén, por algún motivo, interesados en utilizar la medicina narrativa. Esta plataforma les permite conocer a otras personas que se encuentren aplicando la medicina narrativa en la clínica y la investigación, o les

⁶² Ver: <http://www.hstory.it/chi-siamo/>

⁶³ Ver: <http://medicinanarrativa.network/>

ayuda a evaluar la eficacia de la atención y la mejora en la calidad gracias a unas prácticas narrativas, así como para la formación y la promoción concreta de la centralidad de la persona en la medicina. El objetivo final es permitir el intercambio de experiencias, lo que se facilita gracias a la web de noticias y actualidad de la misma organización⁶⁴.

Digital Narrative Medicine (DNM)⁶⁵ es la primera plataforma digital totalmente diseñada para el desarrollo de proyectos de medicina narrativa. Nace en el 2015 como iniciativa del *Center for Digital Health Humanities*⁶⁶. Su objetivo es facilitar una nueva alianza terapéutica, una coproducción de la historia clínica y una medicina más eficaz, más participativa y menos costosa. Se invita al paciente a acceder a la plataforma, mientras su médico la utiliza de forma individual o como miembro de un centro de atención. Es más, la plataforma puede ser utilizada por las autoridades locales de salud, sociedades científicas, los servicios hospitalarios y cualquier otro profesional de la salud. DNM permite que se produzca un diálogo entre médico y paciente, siendo un diario digital que respeta todas las reglas de privacidad y seguridad de la historia clínica.

La plataforma contribuye a que el paciente o el cuidador puedan compartir su historia con el médico y se propone como una herramienta, web y móvil, que ofrece al paciente la posibilidad de contar su historia, poniendo a la persona en el centro, sus necesidades, sus recursos, al tiempo que facilita la interpretación por el médico. Todos estos espacios alternativos tienen en común el utilizar la tecnología y el medio virtual para su difusión, en esta categoría también se hallan otras páginas web, blogs y redes sociales⁶⁷.

El caso italiano es ejemplo de que es posible integrar la medicina narrativa en casi todos los aspectos de la realidad sanitaria. Para lograr esto, tal como se demuestra en lo expuesto en esta pequeña revisión, es necesario comenzar con un número de expertos y académicos dedicados a este campo que puedan crear una nueva ola de conocimiento y experiencias en la comunidad científica y asistencial local, para luego sí liberar y democratizar las iniciativas a otros sectores más inclusivos. Italia es un caso paradigmático del desarrollo de la medicina narrativa a nivel europeo. Mientras que, en

⁶⁴ Ver: <http://omni-web.org/>

⁶⁵ Ver: <http://digitalnarrativemedicine.com/>

⁶⁶ Ver: <http://www.centerfordigitalhealthhumanities.com/it/medicina-narrativa/>

⁶⁷ Ver por ejemplo: <http://www.raccontarelasalute.it/chi-sono/>; <http://nottidiguardia.it/>.

el resto de Europa, la medicina narrativa se encuentra en fase inicial de despegue.

Portugal representa otro buen ejemplo para los proyectos ambiciosos de medicina narrativa en cualquier universidad o institución europea o de otra parte del mundo. El único proyecto en ese país *Narrative & Medicine: (con)texts and practices across disciplines*⁶⁸ está siendo desarrollado por un grupo de investigadores interdisciplinario del *Centro de Estudos Anglísticos* de la Universidad de Lisboa (CEAUL) quienes empezaron su trabajo en 2009. El proyecto tiene múltiples colaboradores a nivel nacional e internacional. Dentro de los socios nacionales están el Centro de Filosofía de la misma universidad, y el Centro de Historia de la Cultura de la Nueva Universidad de Lisboa, entre otros.

Por otro lado, las instituciones que colaboran con este proyecto portugués desde el extranjero son: el *Centre for the Humanities and Health, King's College* de Londres y el *Laboratoire d'Éthique Médicale, Université Paris Descartes*. Asimismo, es importante subrayar el soporte que ha recibido este proyecto desde el Programa de Medicina Narrativa de la Universidad de Columbia en Nueva York. Es más, Rita Charon, coordinadora de aquel programa, ha venido siendo asesora científica del proyecto del CEAUL.

El objetivo de este proyecto fue desde un principio promover espacios de diálogo e intercambio interdisciplinario y transdisciplinario, no sólo entre los investigadores nacionales y extranjeros de los centros implicados, sino también con todos los involucrados en los procesos de atención socio-sanitaria. Los resultados esperados cuando este fue creado eran:

- 1) Abrir este campo de estudio (medicina narrativa) innovador en Portugal y aspirar a que se desarrolle más allá de los dos años del proyecto;
- 2) Ofertar de forma regular cursos en programas de pregrado y postgrado integrados;
- 3) Crear bases para la investigación bibliográfica (producción científica específica) y en la educación (formación de formadores).

Estas metas se han venido alcanzado a lo largo de estos años y han permitido el afianzamiento de la medicina narrativa en este país.

⁶⁸ Ver: <http://narrativaemedicina.lettras.ulisboa.pt/>

Hasta la fecha, este grupo de estudiosos portugueses de la medicina narrativa ha organizado una conferencia internacional en septiembre de 2010 con nueve ponentes (inter)nacionales, y dos ciclos de conferencias y programas de formación en 2011 -uno dictado por R. Charon- y otros dos en 2012 (Fernandes, Beecher Martins, Reis, & Sanches, 2015). Además, se promovió la primera unidad curricular de post-grado en Medicina Narrativa opcional en el primer semestre de 2012-13, en la Universidad de Lisboa. Este proyecto formativo requirió de la colaboración de la Escuela de Medicina de la Universidad de Lisboa y de la Escuela de Enfermería de Lisboa.

Sin embargo, las conferencias internacionales organizados por el equipo del proyecto fueron los eventos culmen por todas sus implicaciones posteriores. Estas fueron dos: Una primera “*International Conference Narrative and Medicine: Illness and Dialogue*”, de donde salieron algunos trabajos para su publicación -a parte de otros trabajos presentados en instancias distintas- en el volumen *Creative Dialogues: Narrative and Medicine* (2015), y la otra “*International Interdisciplinary Conference Narrative and Medicine: Caring for the Future*” del año 2015.

En Francia, en cambio, la medicina narrativa se ha introducido a penas en el ámbito de la educación médica. En este escenario, la enseñanza de esta se ha inaugurado en la Universidad Descartes de París como una extensión de la enseñanza de Psicología Médica y de las enseñanzas más recientes de Comunicación y Ética Médica. La asignatura de Medicina Narrativa comenzó siendo opcional desde 2009-2010, tiempo después, en 2012-2013, varios estudiantes fueron asignados por sorteo a uno de los siguientes 4 módulos: "Escritura reflexiva", "Lectura de artículos", "Lectura de testimonios" o "Literatura y Medicina", y participaron en una encuesta de satisfacción que era parte de una investigación evaluativa del curso.

La nueva organización en lo formativo que se ofrece en 2013-2014 se basaba en gran medida en los resultados de esta investigación y en las observaciones que recibían los encargados de la asignatura en Moodle (plataforma de aprendizaje en línea utilizada en la Universidad Descartes de París) (2014). Es así que se sigue y se seguirá manteniendo el énfasis en la formación médica a través de la asignatura. Como última acotación es justo decir que el grupo parisino es modelo de una de las tantas colaboraciones entre las instituciones y el Programa de Medicina Narrativa de la Universidad de Columbia, pues, sus iniciadores, también se formaron en New York. Esto explicaría el énfasis en la

formación médica.

En España, en el año 2015, se ha llevado a cabo el primer seminario de trabajo sobre medicina narrativa que como uno de sus objetivos tenía el plantear la posibilidad de realizar un congreso internacional sobre el mismo tema en el año 2016⁶⁹. Este objetivo se va a cumplir finalmente con la realización del “*Congreso Internacional de Narrativas sobre Salud y Enfermedad*” programado para el 11 y 12 de noviembre de 2016 en Tenerife (Islas Canarias, España)⁷⁰. Sin duda, el primer evento de esta envergadura en el mundo hispánico.

3.4.La medicina narrativa en América Latina

Si examinamos los desarrollos del campo de la medicina narrativa en América Latina, podemos ver que los intentos por introducir este tema en los distintos contextos están en fases iniciales. En Brasil, sin embargo, hubo algunas iniciativas tempranas. Existe un interesante trabajo del año 2002 que elabora una revisión y una sustentación teórica de la epistemología narrativa en la medicina, especialmente en el ejercicio clínico del diagnóstico (Cardoso, Camargo Jr., & Llerena Jr., 2002).

En una fecha posterior, Grossman y Cabral de Almeida Cardoso (2006) publican un artículo donde hacen una revisión extensiva de la literatura sobre las narrativas en la medicina, en especial sus contribuciones a la práctica clínica, llegando de igual manera a plantear una nueva epistemología narrativa para la medicina. Mientras que, en los años recientes, gracias a la influencia del proyecto del CEAUL en Lisboa, están dándose cada vez nuevas iniciativas en el contexto brasileño relacionadas a la medicina narrativa.

Existen otras acciones e iniciativas esporádicas en algunos países como en Uruguay, en donde se ha dado una experiencia de un taller de medicina narrativa en el Hospital

⁶⁹ Bajo este amparo, durante el seminario en la Universidad Autónoma de Madrid se hizo la presentación del libro de Fernando Lolas: *Fundamentos para una teoría de la medicina*, una re-edición de esta obra, lo que significa el redescubrimiento de un trabajo que se adelantaba en sugerir una idea de medicina narrativa, podríamos decir un aporte prematuro desde Latinoamérica.

⁷⁰ Ver: <http://www.healthnarratives.org/es/>

Pereira Rossell de Montevideo en el 2013⁷¹. En Argentina, por otro lado, el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) lidera el progreso de la medicina narrativa en ese país. A pesar de que una década atrás hubo algún evento aislado, como la mesa redonda “Medicina basada en la Narrativa” durante una sesión de la Sociedad Argentina de Medicina Antropológica (SAMA) del 2006, no es sino en los años recientes que esta institución hospitalaria y formativa tomó la batuta, ofreciendo una serie de cursos y talleres sobre medicina narrativa.

El Grupo de Medicina Narrativa del Departamento de Pediatría del HIBA organizó en el año 2011 la “Primera Jornada Internacional de Medicina Narrativa”⁷², evento que hasta la fecha se repitió al menos tres veces, con una segunda, tercera y cuarta jornadas en los años 2012, 2014 y 2016 respectivamente, algunos de los cuales contaron con la participación de invitados especiales del Programa de Medicina Narrativa de la Universidad de Columbia. La experiencia de este grupo de trabajo se centra en las historias de enfermedad de los pacientes pediátricos y representa una postura no paternalista de empoderamiento de los pacientes a través de la creatividad y la emocionalidad de los niños, reinventando para la pediatría la posibilidad de que sean los propios pacientes los que cuenten su enfermedad y que esto les ayude a encontrarle sentido (Carrió , y otros, 2007) (Carrió, y otros, 2008).

El caso anterior ilustra perfectamente las influencias de parte de la escuela de Rita Charon en la U. de Columbia en los desarrollos latinoamericanos de la medicina narrativa y, en este caso, específicamente argentinos. De hecho, varios de los miembros del grupo de medicina narrativa del HIBA se hubieron formado en el master de medicina narrativa de esa universidad norteamericana. Otra iniciativa, a parte de esta del HIBA en Argentina, es la de la Universidad de Favaloro, la cual también ha comenzado a dictar un curso de Medicina Narrativa desde el año 2015.

Existe una excepción a esta carencia de experiencias y prácticas sobre medicina narrativa en Latinoamérica, un incipiente Programa de Medicina Narrativa en Colombia que está en curso en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali (PUJ-Cali) desde el año 2010 (Mora Anto, Flórez, & Rovetto, 2015). El programa contempla una asignatura

⁷¹ Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=ZOKbiiDDKJO>;
http://medicinaynarrativa.blogspot.com/2014_02_09_archive.html

⁷² Ver: http://www.fundaciongianantonio.org/16_simposio/jornada.php

obligatoria dentro del plan de estudios de la carrera de medicina, así como también una revista de publicación semestral⁷³.

Es importante señalar además que se están comenzando a dar vínculos y procesos colaborativos de trabajo en red, relacionados a la medicina narrativa, entre las universidades latinoamericanas desde el año 2015, ejemplo de esto es la colaboración que se han comenzado a implementar a partir de la participación de la PUJ-Cali en un Coloquio internacional en la Universidad de Costa Rica. Pero sin lugar a dudas, El *I Coloquio Iberoamericano de Medicina Narrativa*⁷⁴, evento a celebrarse el 4 y 5 de noviembre de 2016 en la ciudad de Cali, se avizora como el punto culmen de la integración de la medicina narrativa que se produce en Iberoamérica, el evento académico del año que marcará un antes y un después, un punto de inflexión importante, especialmente en lo que la medicina narrativa de cuño latinoamericano ha sido y puede llegar a ser.

El objetivo de hacer un repaso de la historia y el recorrido de la medicina narrativa en los distintos contextos geográficos, además de desentrañar el contexto de su origen y actualidad, ha servido para brindar una idea general de lo que significa el movimiento para la medicina contemporánea, el peso real que tiene en los escenarios clínicos y asistenciales, pero también en los ámbitos académicos. Lo esbozado aquí solo es un resumen de lo que bien podría llamarse el “boom” de la medicina narrativa, un entusiasmo desmedido que ha permitido que este movimiento llegue a implementarse en todas las

No se ha mencionado la complejidad de este asunto en su totalidad, especialmente en lo que se refiere al avance empírico que ha tenido en algunas investigaciones, ni al gran desarrollo pedagógico que ha tenido en algunos centros educativos. Por el momento, sólo queda esperar que la medicina narrativa siga desarrollándose para conocer sus verdaderos alcances en la práctica asistencial y en la formación de los profesionales de la salud.

⁷³ Ver: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/medicinanarrativa>

⁷⁴ Ver: <http://www.javerianacali.edu.co/i-coloquio-iberoamericano-de-medicina-narrativa>

4. Definición y enfoques de la medicina narrativa

“lo que no se puede decirse con la voz por ser demasiado verdad; las grandes verdades no suelen decirse hablando. La verdad de lo que pasa en el secreto seno del tiempo, es el silencio de las vidas, y que no puede decirse... pero esto que no puede decirse, es lo que se tiene que escribir”

María Zambrano⁷⁵

Dar una definición puntual de “medicina narrativa” es de una dificultad enorme, esto porque existen múltiples concepciones de lo que significan estos dos vocablos, que tampoco son únicos. Se suele utilizar el nombre de medicina narrativa indistintamente para la designación de este campo, pero coexisten al menos dos términos en disputa, ambos de origen anglosajón.

Por un lado, el término “*Narrative Medicine*” (NM), que fue acuñado por Rita Charon en los Estados Unidos (Charon, 2007), es el más aceptado hoy en día, y deriva del trabajo de la propia Charon durante sus estudios de literatura inglesa, cuando imaginaba una interface entre la teoría narrativa y la medicina. En ese entonces, en calidad de médico practicante, ella se dio cuenta del acierto de esta unión, argumentando que los dos campos pueden suplir, el uno al otro, lo que les falta respectivamente, que pudiera ser la materialidad para la literatura y la creatividad para la medicina (Charon, 2006).

De acuerdo con Charon (1995), la literatura ofrece un conjunto de herramientas teóricas y prácticas que pueden ser usadas por los médicos en la práctica clínica. Además, es importante señalar que el modelo de medicina narrativa de Charon tuvo desde sus inicios, en el centro de sus preocupaciones, a la cuestión formativa, es decir, cómo entrenar a los médicos en lo que esta autora denomina “competencia narrativa” (Charon, 2001; 2006).

Por otro lado, el término “*Narrative Based-Medicine*” (NBM), acuñado por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz en Reino Unido, también denotaba un interés por las narrativas situadas de las obras literarias y los pequeños relatos de los pacientes y su posible aplicación en la clínica. Aunque, comparado con el modelo propuesto por Charon, los fines de este movimiento británico emergente no eran sólo formativos, sino

⁷⁵ M. Zambrano, Por qué se escribe, en Hacia un saber sobre el alma, p. 38.

que se dirigían a buscar una reforma integral de la medicina, atiborrada de cifras vacías y estadísticas muertas, según estos médicos generales que fueron los iniciadores del movimiento. En el fondo, se trataba de una crítica al modelo de la Medicina Basada en Evidencias (Greenhalgh & Hurwitz, 1998).

Con respecto a lo dicho, estas propuestas de ambos lados del atlántico podrían aparentar ser muy dispares, pero si se examina con detención la propuesta de Charon, se puede constatar que su interés en última instancia también era el de mejorar la asistencia a los pacientes, por tanto, siempre tuvo una finalidad práctica (Charon, 2006). Esto les convertía en modelos en algo semejantes, mas no instintivos, puesto que ambos respondían a un contexto histórico-cultural distinto.

Desde la aparición de estos dos términos para designar a este campo de estudio, se ha producido una cantidad considerable de literatura en esta materia, que parece adoptar una u otra etiqueta según cierta predilección no estipulada. Podemos tener una idea tomando los datos del Documento de las Directrices para el uso de Medicina Narrativa del Consenso Italiano (2015), en el cual se hace referencia a una búsqueda en Google (actualizada el 1° de noviembre de 2014) de los documentos relacionados con ambos términos, encontrándose que el 81% de las búsquedas se correspondían con “*Narrative Medicine*”, en contraposición al 18% de los resultados que se correspondían con “*Narrative Based Medicine*”.

La búsqueda también se realizó en varios idiomas: inglés, francés, italiano, alemán y español, obteniéndose porcentajes semejantes de predominio del término “Medicina Narrativa” en todos ellos con excepción del español, en donde se encontró que es más frecuente encontrar páginas con las palabras “Medicina Basada en las narraciones” (87% frente al 12% de las páginas con las palabras “Medicina Narrativa”). Estos los resultados de esta búsqueda en términos porcentuales sugieren una inclinación, mantenida a nivel mundial y en la mayoría de los idiomas, hacia el término “Medicina Narrativa” como definatorio del campo.

Aun con toda esta revisión terminológica, esto no resuelve el problema de ofrecer una definición precisa de la medicina narrativa. Uno de los principales problemas para ofrecer esa definición puntual, tal como lo sugieren un grupo de expertos italianos (Giarelli, Marsico, & Taruscio, 2015), es que las dos palabras que conforman el término

están escindidas por abismo epistemológico casi infranqueable, entre las ciencias naturales con relación a la palabra “medicina” y las ciencias humanas con relación a la palabra “narrativa”.

Según estos expertos, la composición del término es de por sí problemática, ya que reúne dos tradiciones semánticas diferenciadas en la cultura occidental; distanciamiento cuyo origen se remonta hasta la conocida división cartesiana de *res cogitans* y *res extensa* (mente y cuerpo). Por este motivo, una definición que resuelva esta disyunción, producto de este dualismo, necesariamente tiene que tomar en cuenta la unicidad de la naturaleza humana, de la medicina como acción propiamente humana, y de la salud, la enfermedad y la discapacidad como realidades igualmente unificadas. Por tanto, cualquier definición que se ensaye de la medicina narrativa será apropiada sólo en la medida que supere esta dificultad epistemológica, sin caer en la tentación formal de mantener el polémico dualismo (Giarelli, Marsico, & Taruscio, 2015).

Tampoco es la idea definir cada una de las palabras por separado, esto no sería de ningún provecho, aunque si deben tenerse claras las concepciones de cada campo, tanto de la medicina como de lo que es la narrativa. Para el caso de la definición conceptual de la medicina, a pesar de la dificultad que podría representar y que tratamos en un apartado anterior dentro de este capítulo, existe un consenso general de lo que es esta práctica, al menos para aquellos que están por completo imbuidos en la profesión; mientras que la definición de narrativa resulta mucho más complicada, especialmente para los profesionales sanitarios que no están acostumbrados a manejar los conceptos de la narratología.

Esta es la crítica que hacen un grupo de narratólogos estadounidenses (Holmgren, Fuks, Boudreau, & Sparks, 2011) frente a la explosión del interés y la consecuente proliferación de publicaciones sobre las narrativas en la medicina ocurrida en los últimos años. De acuerdo con estos autores, los conceptos derivados de la teoría narrativa, y su aplicación en los trabajos sobre medicina narrativa, no siempre se han manejado rigurosamente.

También cuestionan el uso de la noción de “narrativa”, exclusivamente desde el punto de vista de la teoría literaria, puesto que se estarían ignorando las definiciones de “narratividad” más comunes y de otros campos y disciplinas diferentes a la literatura.

En síntesis, existe una confusión terminológica en cuanto a las narrativas en la medicina (Holmgren, Fuks, Boudreau, & Sparks, 2011).

El mérito de estos académicos, provenientes de los estudios literarios y narratológicos, es haber diseñado una una taxonomía terminológica de este campo y la medicina, es decir, de las diferentes áreas de influencia de las narrativas dentro de la medicina. Presentamos enseguida esta taxonomía (Fi. 4) para así evitar confusiones.

<p>1. Theory</p> <p>1.1. History of narrative in medicine</p> <p>1.2. Fiction & non-fiction</p> <p>1.3. Historiography</p> <p>1.4. Literature and medicine</p> <p>1.4.1. Narrative medicine</p> <p>1.5. Structure and logic of narrative</p> <p>1.5.1. Genres of illness narratives</p> <p>2. Research</p> <p>2.1. Research with narrative</p> <p>2.2. Research on stories/narratives</p> <p>2.3. Research on the narrative phenomenon</p> <p>3. Stories as Discourse</p> <p>3.1. Stories by Patients</p> <p>3.1.1. about own illness experience (auto-pathographies)</p> <p>3.2. Stories by Doctors</p> <p>3.2.1 about doctoring</p> <p>3.2.2. about illness (allo-pathographies)</p> <p>3.2.3. about own illness experience (auto-pathographies)</p> <p>3.3. Stories by Others</p> <p>3.3.1. about medicine</p> <p>3.3.2. incidentally about medicine</p>	<p>4. Stories as Praxis</p> <p>4.1. Clinical contexts</p> <p>4.1.1. Narratives derived from the clinical encounter (i.e. interview)</p> <p>Patient's spoken narrative</p> <p>4.1.1.1. Medical case history</p> <p>4.1.1.2. Parallel Chart</p> <p>4.1.1.3. Co-constructed narrative</p> <p>4.1.1.4. Case presentation</p> <p>4.1.1.5. Other narratives: discharge summaries, case studies, consultations</p> <p>4.1.1.6. Psychoanalytic</p> <p>4.1.2. Narrative therapeutics</p> <p>4.2. Pedagogical contexts</p> <p>4.2.1. Teaching medical students</p> <p>4.2.1.1. Teaching reflection</p> <p>4.2.1.2. Teaching professionalism</p> <p>4.2.1.3. Teaching empathy</p> <p>4.2.1.4. Teaching ethics</p> <p>4.2.1.5. Teaching phronesis</p> <p>4.2.2. Teaching physicians</p> <p>4.2.3. Teaching patients</p> <p>4.3. Narrative ethics</p>
--	--

Figura 4. Narrativa y medicina: una taxonomía

Fuente: tomado íntegramente de Holmgren, L., Fuks, A., Boudreau, D., & Sparks, T. (2011). Terminology and Praxis: Clarifying the Scope of Narrative in Medicine. *Literature and Medicine*, 29(2), 246-273.

Por nuestra parte, adoptamos esta taxonomía como guía porque la consideramos muy completa. Como puede apreciarse, la diversidad de la participación de las narrativas, como teoría y como praxis, en la investigación, en los discursos y los contextos clínicos y pedagógicos, es enorme, por lo que ofrecer una única definición de lo que es la medicina narrativa sería muy complejo.

La medicina narrativa en esta taxonomía es tan sólo una pieza más dentro del rompecabezas taxonómico propuesto. Sin embargo, el objeto de esta tesis ha sido la medicina narrativa, especialmente en la educación médica, razón por la que mantenemos nuestro empeño de ofrecer una definición adecuada de la misma, pero no por eso reductiva.

Otro asunto que es necesario saldar antes de dar una definición adecuada de la medicina narrativa, según el grupo de expertos italianos que hicimos alusión más arriba (Giarelli, Marsico, & Taruscio, 2015), es que existen diferentes aproximaciones teóricas para la construcción conceptual de este campo, desde las cuales se puede elaborar una definición particular siguiendo la línea conceptual que cada teoría maneja.

Esto contribuye aún más a la dificultad de ofrecer una definición unánime de medicina narrativa. No obstante, en un intento clasificatorio, o más bien hermenéutico, el grupo de expertos propone dividir los marcos teóricos al menos en cuatro enfoques sobre la medicina narrativa (Giarelli, Marsico, & Taruscio, 2015), los cuales son:

- Enfoque terapéutico
- Enfoque humanista-narratológico
- Enfoque hermenéutico-fenomenológico
- Enfoque socio-antropológico

En base a estos enfoques, este grupo de expertos (Giarelli, Marsico, & Taruscio, 2015, pp. 25-26) define a la Medicina Basada en Narrativas (término que ellos prefieren) como:

1. Una metodología de intervención clínico-asistencial que considera la narrativa como una herramienta fundamental para la adquisición y la comprensión de la

pluralidad de perspectivas (narraciones, relatos, historias) que intervienen en el evento de la enfermedad. Esta herramienta está dirigida a la detección apropiada de la historia del paciente que, a través de la co-construcción de una posible trama alternativa, permite la definición y realización de una ruta de tratamiento eficaz, adecuada y compartida.

2. Un instrumento de valor epidemiológico que puede dar visibilidad a los derechos violados, a las necesidades excepcionales, y complementar los datos cuantitativos recogidos a través de cuestionarios sobre la accesibilidad a los servicios de salud, la calidad de la atención y la calidad de vida.
3. Un acto político, un momento de conciencia de la realización y reconquista de los derechos, en particular, el derecho a tener una voz que puede promover situaciones de *empoderamiento* y la promoción de una cultura de la participación.
4. Una metodología con un gran valor pedagógico para los médicos y otros profesionales de la salud, también para los pacientes y cuidadores. Promover la Medicina Basada en Narrativas implica la construcción de programas y proyectos educativos que, con la participación activa de los pacientes, familias y asociaciones, puedan tener relevancia social y relevancia en la salud pública.

Esta definición amplísima de la medicina narrativa, propuesta por el grupo de expertos italianos, y sintetizada en esos cuatro puntos, es totalmente acertada. Así lo creemos, pues, involucra muchas dimensiones teóricas y de aplicación de este campo. Sin embargo, como toda síntesis definitoria, que hasta cierto punto puede constituir un reduccionismo intencionado y consciente, deja afuera algo de la riqueza de los cuatro marcos teóricos de los cuales toma sus elementos conceptuales. Por este motivo, en los párrafos que siguen, se describen cada uno de los así llamados cuatro enfoques de la medicina narrativa, que a su vez se sustentan en cuatro escuelas y tradiciones disciplinarias distintas, con sus respectivos marcos teóricos y elementos conceptuales diferenciados.

4.1. El enfoque terapéutico de medicina narrativa

“all cures are partly talking cures. Every patient needs mouth-to-mouth resuscitation, for talk is the kiss of life”

Anatole Broyard, *Intoxicated by My Illness*.

Este enfoque, en términos generales, prioriza el valor psicoterapéutico de las narraciones y las aplicaciones que estas tienen en la práctica clínica. Como una anotación de interés, tenemos que la aplicación terapéutica de los relatos y las historias ha sido bien estudiada en los contextos clínicos de la Oncología, la Neurología, la Psiquiatría y, más recientemente, de los Cuidados Paliativos y el área de las discapacidades.

Por su lado, la psicología, como disciplina aparte de la medicina y sus subespecialidades, ha considerado siempre un enfoque psicoterapéutico específico o un tipo de terapia de entre los muchos enfoques con los que cuenta esta disciplina a la que se conoce como *Terapia Narrativa*. Este enfoque proviene de los trabajos de Michael White y David Epston en los años 90 sobre la base de la Terapia Familiar Sistémica. Además, dicho enfoque también es un abordaje comúnmente utilizado en la Socioterapia.

A pesar la popularidad de los enfoques narrativos y psicoterapéuticos, reflejada en el uso extendido que señalábamos en el párrafo anterior, no existe una clara significación de lo que es, en sí, el enfoque terapéutico de la medicina narrativa, debido principalmente al pluralismo de las concepciones que se tienen del mismo y a que se confunde muchas veces con la Terapia Narrativa, siendo esta, como lo indicábamos, propia de la psicología. Para encontrar una identidad, este enfoque de la medicina narrativa ha de tener que diferenciarse del enfoque psicoterapéutico propiamente dicho.

Sin embargo, al no contar con los elementos suficientes, al enfoque de la medicina narrativa no le queda más que confiar en que sea la Terapia Narrativa la que establezca la línea divisoria. Esto, no obstante, resulta en extremo difícil, puesto que este tipo de terapia comparte una vaguedad con relación a su identidad como enfoque psicoterapéutico. Aun así, existen algunos conceptos que son manejados, valores consensuados y técnicas comúnmente utilizadas que delimitan unas ciertas

características claves para establecer qué es la Terapia Narrativa (Wallis, Burns, & Capdevila, 2011).

Este enfoque psicologista y eminentemente terapéutico de la medicina narrativa, a pesar de contener estos indubitables efectos beneficiosos para la práctica clínica, no se corresponde con el sentido común de lo que se entiende por medicina narrativa en otros ámbitos. En parte porque la medicina narrativa en estos otros contextos no tiene como prioridad alcanzar dicho efecto terapéutico, o al menos no directamente. Por lo que valdría hacer esta distinción entre Terapia Narrativa en sentido estricto y medicina narrativa en cuanto metodología de intervención clínica no necesariamente – aunque si en cierto grado – terapéutica (Giarelli, Marsico, & Taruscio, 2015).

4.2. El enfoque humanista-narratológico de medicina narrativa

“si el objeto de la literatura es la propia condición humana, aquel que la lea y la comprenda se convertirá no en un especialista en análisis literario, sino en un conocedor del ser humano.”

Tzvetan Tódorov

El enfoque humanista-narratológico nace de los intercambios entre la medicina y las humanidades médicas, especialmente entre la literatura, la narratología y la práctica clínica. El médico, a través del estudio de la estructura de un relato, puede, en calidad de autor, ser capaz de prestar atención a eso que se está narrando, en el caso del contexto clínico, al relato de la enfermedad. La teoría narrativa resalta asimismo que el autor requiere de un lector o de un oyente que hace de intérprete y a veces de coautor de la historia, por lo que el orden jerárquico típico de la medicina se invierte, de modo que se propiciaría una colaboración entre el médico y el paciente (Charon, 2001).

Por lo demás, este enfoque conlleva una serie de antecedentes, en relación con la narratividad imbuida en varios aspectos de la práctica clínica tales como la relación médico-paciente, el razonamiento diagnóstico, la ética médica, y otros campos como la educación médica. Pues, “hay muy poco en la práctica de la medicina que no tenga características narrativas, porque la práctica clínica, la enseñanza y la investigación, son

todas, indeleblemente estampadas con la narración, la recepción o la creación de historias” (Charon, 2006: vii).

Es así que emerge la medicina narrativa, un modelo propuesto por Rita Charon gracias al cual, además de prometer conseguir una práctica médica humana y eficaz, es factible generar empatía, reflexión, profesionalismo, y confianza (Charon, 2001). Este modelo surge como respuesta a una serie de achaques relacionados principalmente con una práctica de la medicina deshumanizada y despersonalizada. La propia Charon (2006) hace un diagnóstico de los males del sistema de salud estadounidense y de los problemas de la medicina contemporánea en general.

Al ir aterrizando en los problemas concretos de la educación médica, admite la incongruencia de que, si bien se les pide a los médicos siempre ser empáticos, compasivos, humanos, atentos escuchadores, y poseer todos los valores del profesionalismo, no es coherente que se les demande todo esto cuando no ha habido una educación previa, un entrenamiento, o la adquisición de unas *skills* durante el periodo formativo.

Otro inconveniente es que se ignora que algunas habilidades narrativas pueden ser enseñadas en las escuelas de medicina. Para Charon, el problema principal es que los médicos han dejado de ser verdaderos testigos del sufrimiento, han dejado de honrar y comprender todo lo que atestiguan de sus pacientes. Para solucionar estos problemas es necesario que los estudiantes de medicina sean formados para adquirir una “competencia narrativa” (Charon, 2001; 2006), concepto crucial de este modelo que se define como: “la capacidad para reconocer, asimilar, interpretar y actuar sobre las historias y situaciones difíciles de los demás” (Charon, 2001, p. 1897).

Conjuntamente, en la formación se prioriza todo *conocimiento narrativo*, definido como aquel que se utiliza para comprender el sentido y el significado de un relato o una historia a través de medios cognitivos, afectivos y simbólicos. Este tipo de conocimiento se encuentra en contraposición al conocimiento logo-científico, ya que, al contrario de este; que es generado mediante la observación imparcial y por tanto con la posibilidad de ser generalizable, el narrativo es experiencial, único y conduce a entendimientos locales y particulares (Charon, 2001).

Mediante la lectura (minuciosa) y la escritura (creativa y reflexiva), pero también mediante el contar historias y recibirlas, es posible transformar la actividad clínica. La empatía se yergue como el tema central de toda relación médico – paciente, aunque otros valores también participan: altruismo, compasión, respeto, lealtad, humildad, coraje y honradez. Desarrollar empatía y profesionalismo, como preocupaciones centrales de la educación médica, son los objetivos del modelo de la medicina narrativa propuesto por Charon (Charon, 2001).

Dentro de las varias taxonomías que propone esta autora destaca la de las cuatro brechas que separan a los médicos de los pacientes: la relación con la mortalidad, los contextos de la enfermedad, las creencias sobre la causalidad de la enfermedad, y las emociones de vergüenza, culpa y miedo, todas hacen parte de estas divergencias (Charon, 2006). Charon (2001) también propone que el modelo de la medicina narrativa es útil para examinar e iluminar cuatro situaciones centrales de la medicina: el médico y el paciente (su relación mutua), el médico y el sí mismo (la relación del médico consigo mismo), el médico y los colegas, y los médicos y la sociedad. Lo último demuestra que, a pesar de aparentar ser un modelo de aplicabilidad al contexto de la profesión individual, en realidad contiene ciertas preocupaciones colectivas, especialmente relacionadas con el rol social del médico, y con el aprendizaje de dicho rol en el sentido de generar confianza pública en la medicina.

Pero el mayor aporte conceptual de Charon (2006), según nuestro parecer, es el concepto del *self-telling body*. Este constructo conceptual parte de las teorías de la autobiografía sobre la construcción del “yo” o el “sí mismo” (*self*), con especial énfasis en las corrientes posmodernas que conciben a este proceso no solo a través de la narración, llegando a ser constituido de forma aislada, sino como un proceso relacional y contextualizado, en donde interviene el modelaje social y cultural. Charon también destaca que la construcción del “sí mismo” está inexorablemente modulada por el cuerpo, es así que acude a las teorías antropológicas y feministas que le permiten explicar el privilegio del que goza el cuerpo en la actualidad, al menos a nivel teórico.

Este “correlato objetivo” que es el cuerpo; a manera de fetiche de ciertos teorizadores académicos, a riesgo de caer justamente en la tentación de la teorización etérea, es para los médicos una realidad concreta en la práctica, por lo cual deberían sentirse afortunados según Charon. Sin embargo, Charon admite que los médicos se quedan a

medias en la comprensión del cuerpo, pues olvidan el “sí mismo” que habita en éste. Objetivar el cuerpo en la forma como siempre lo ha hecho el saber médico-anatómico, impide acceder al “sí mismo” que *habita y habla* en el paciente. Por último, Charon hace referencia a las auto-patografías y su contenido de verdad para resaltar la verdad del cuerpo y del relato saturado y eclipsado por preocupaciones corporales.

Charon poco a poco va justificando su apuesta un tanto arriesgada de reunificar el cuerpo, el sí mismo, y la narración, unificación que se produce en un escenario específico: el escenario de la medicina y de la clínica. Para esto describe como las prácticas sociales han permitido que sea el sistema sanitario, los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud no necesariamente adscritos a la psicoterapia, los lugares y personas que antaño funcionaban a modo de confesionarios, confesores y consejeros espirituales.

Esta dispersión y secularización ha supuesto que los médicos sean los confidentes en la vida ordinaria, lo que supondría a su vez que los relatos del paciente, aparte de estar cargados de corporeidad, también estarían envueltos en preocupaciones de la psiquis, una parte constitutiva del “yo” y del sí mismo. Para Charon, el presenciar el *self-telling body* debería ser un honor para los médicos, porque a diferencia de las manifestaciones corporales y del sí mismo académicas o estéticas, el “cuerpo-sí mismo-narración” que *se dice y se muestra* al médico es por simplicidad más auténtico, razón por la cual los médicos también tendrían la tarea de contribuir a su comprensión, pero por sobre todo ser fieles a él, escucharlo, respetarlo y honrar su confianza.

Frente a la imposibilidad de escuchar al “yo” y al sí mismo en el cuerpo que caracteriza a los médicos, Charon propone cambiar el enfoque, lo que tendría una implicación directa en la atención médica rutinaria. Ella propone enseñar la “escucha estereofónica”, una habilidad profesional que es indispensable para escuchar a ambos, al cuerpo y a la persona que lo habita (el sí mismo), habilidad que además involucra escuchar múltiples voces, a veces contradictorias. Incluso, en situaciones donde el cuerpo es el que habla y el paciente no está consciente de lo que dice, el médico es quien nota lo que tiene que decir este cuerpo parlante para crear nuevos significados para el paciente.

El cambio significativo se produce cuando el médico pasa de escuchar al paciente sólo recolectando datos y verificando información a, de una manera creativa e interactiva

con el paciente, revelar todo lo que éste puede decir de su “sí mismo”. En tanto las narrativas de los pacientes vienen junto a relatos de su pasado, preocupaciones, miedos, esperanzas, en fin, podrían considerarse auto-biografías con una subjetividad enorme que no puede ser ignorada, pero que tampoco puede reducirse la escucha a la mera instrumentación. La escucha atenta debe ser un acto intersubjetivo e interpretativo que tenga como fin el bienestar del paciente (Charon, 2006).

Charon (2006) plantea que el modelo de la medicina narrativa es un método concreto de enseñanza para aprender a escuchar al *self-telling body* en la práctica clínica cotidiana, una propuesta que intenta superar el dualismo cuerpo-mente sobre el cual se ha construido el conocimiento y la práctica de la medicina.

La aplicación de este modelo es viable, una muestra de ello es que Charon, en la calidad de médica ella misma, da una serie de ejemplos y casos en los cuales ha podido concretar sus ideas en su propia práctica profesional. El modelo de la medicina narrativa expuesto por Charon puede aparentar ser un modelo psicologista o un retorno a los principios de la Psicología, ya que muchos de los ejemplos que coloca se podrían interpretar de esta forma, pero va más allá al demostrar la urgencia de una nueva atención clínica, y exclusivamente médico-clínica, que tenga en cuenta las complejidades y las demandas actuales de una medicina no sólo científico-técnica, sino también humana.

4.3.El Enfoque hermenéutico - fenomenológico de la medicina narrativa

"Arte y literatura pueden hacer el milagro: pueden superar esa perniciosa peculiaridad del hombre de aprender solamente a través de experiencias personales de tal forma que la experiencia de otras personas pasa a su lado en vano. De persona a persona, durante la corta estadía del individuo sobre la tierra, el arte transfiere el peso completo de la experiencia ajena de toda una vida, con todas sus cargas, sus colores, sus jirones de vida; reencarna una experiencia desconocida y nos permite poseerla como si fuese nuestra."

Aleksandr Solzhenitsyn

(Extracto del discurso al recibir el premio Nobel de Literatura en 1970)

Como un prerrequisito, se mencionan a los autores clave y representantes de estas dos corrientes filosóficas, tanto de la Fenomenología como de la Hermenéutica, de cuyo

pensamiento se derivan las ideas que permiten comprender de forma específica a la medicina narrativa dentro de este enfoque. Nombres de talla como Edmund Husserl, Martin Heidegger, George Gadamer, Paul Ricoeur, Charles Taylor y David Carr, son algunos que se resaltan como indispensables para la construcción teórica del enfoque que ahora nos preocupa (Giarelli, Marsico, & Taruscio, 2015).

El planteamiento principal del enfoque hermenéutico - fenomenológico reside en considerar que el proceso clínico de atención, es decir, la interpretación del relato del paciente a la luz de la taxonomía médica, es un acto hermenéutico: se trata de una acción de traducción e interpretación, desde un lenguaje a otro; se trata, pues, de una labor hermenéutica que tiene por misión realizar la transmisión de información, desde el paciente, al médico, posibilitando así el intercambio entre estos dos interlocutores y el encuentro en el ámbito simbólico de dos roles sociales colocados en posiciones aparentemente inconmensurables.

Como si se tratase de hacer la lectura en clave hermenéutica del encuentro clínico, este se interpreta tal como se haría con un texto, incluso como se haría con una variedad de textos, incluyendo el texto de la experiencia del paciente, el texto narrativo de la historia clínica, el texto del examen físico perceptual del cuerpo del paciente, los textos instrumentales de los resultados de las pruebas diagnósticas y el texto narrativo del plan terapéutico y su implementación. La naturaleza dialógica de estos textos requiere prestar atención a la narración de los procesos de toma de decisiones y al grado de intercambio que conllevan (Giarelli, Marsico, & Taruscio, 2015).

Además, se crítica la supuesta neutralidad objetiva de los datos empíricos y se insiste de nuevo en el reconocimiento de la naturaleza esencialmente interpretativa del proceso clínico. La medicina científica tiende a objetivar las narrativas de la enfermedad como meros datos en bruto que permanecen neutrales, desposeídos de todo significado, cuando, en realidad, entran en juego la fenomenología, que se manifiesta en la experiencia del cuerpo vivido de la persona, radicalmente distinta de las manifestaciones del cuerpo (máquina) que son observadas por el médico, y la carga simbólica.

Frente a esta reducción se impone el enfoque alternativo basado en el concepto de "*phrónesis* clínica", a su vez relacionado con la noción de Charles Taylor de

"evaluación fuerte" o "evaluación radical". Lo que significa que las narrativas de la enfermedad no son simplemente complementos de otros procedimientos en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas que hacen conjuntamente el médico y la persona enferma, sino que se orientan más bien a la capacidad de agencia, a las significaciones que los agentes puedan dar a estos relatos (Stafford Schultz & Flasher, 2011).

Es así que, la comprensión de estos significados y su interpretación (hermenéutica), proporcionan un guía para la acción y para la elección de lo más adecuado de entre las opciones y cursos de acción posibles en las encrucijadas morales y los dilemas éticos a los que se enfrenta el médico. Implica, por lo tanto, una responsabilidad ética de ambos, del paciente y del profesional. Todo esto fundamenta la idea de la decisión clínica como un acto interpretativo basado en las narraciones o, lo que es lo mismo, como una fronesis clínica (Stafford Schultz & Flasher, 2011).

4.4.El enfoque socio-antropológico de la medicina narrativa

“Contamos historias porque, al fin y al cabo, las vidas humanas necesitan y merecen contarse. Esta observación adquiere toda su fuerza cuando evocamos la necesidad de salvar la historia de los vencidos y de los perdedores. Toda la historia del sufrimiento clama venganza y pide narración.”

Paul Ricoeur

A este enfoque nos hemos referido en un apartado anterior de este capítulo cuando hacíamos alusión a los antecedentes de la medicina narrativa y los aportes que había recibido de la antropología y la sociología. En lo que respecta a la antropología médica, señalamos la importancia que habían tenido los trabajos de los antropólogos de Harvard Arthur Kleinman y Byron Good, trabajos que contenían un enfoque simbólico hermenéutico que privilegiaba el relato etnográfico y las narrativas cargadas de significado cultural.

Ambos autores, herederos de Geertz y su interpretación de la cultura como texto, describen a la medicina como sistema cultural, como un conjunto de significados simbólicos, valores y normas de comportamiento que dan forma a la realidad que

llamamos clínica, y en donde se estructuran las experiencias, entre estas las de la enfermedad. En este orden de ideas, Kleinman (1988) establece las tres famosas categorías que distinguen las tres formas de definir “enfermedad”: *illness*, *sickness* y *disease*.

No quisiéramos repetir la distinción entre estas categorías que ya mencionamos antes, pero si resaltar para nuestros fines que, dentro de éstas, la noción de *illness* es la que más se ajusta con una idea de enfermedad como la recoge este enfoque de la medicina narrativa. A este respecto, Good (2003) señala que la enfermedad como *illness* es reconstruida fenomenológicamente en forma de "trama" dentro de una estructura narrativa que tiende a conferirle sentido sobre la base de una red semántica específica. Este elemento constituye el carácter distintivo del enfoque socio-antropológico de la medicina narrativa: la consideración, dentro del escenario sanitario, del rol jugado por el ambiente circundante y por el contexto de la persona enferma.

La enfermedad no viene considerada simplemente como un acontecimiento singular, sino como un fenómeno que acontece dentro de un marco comunitario específico, y que influye sobre el desarrollo de la trama de la historia personal de un sujeto. La medicina narrativa en cuanto práctica clínica tiene la tarea de re-contextualizar la enfermedad dentro del espacio relacional, reconocer la mediación lingüística y simbólica del relato de la persona que comunica el dolor. Espacio que pone en relación la individualidad de una persona con su propia dimensión cultural y comunitaria (Lovecchio, 2009).

5. Aplicaciones de la medicina narrativa en la práctica clínica y otras áreas

5.1. La relación médico – paciente como sustento de la medicina narrativa

Introduciéndonos un poco más en los aspectos únicos y hasta atractivos de la medicina narrativa, podemos decir que el acercamiento narrativo es especialmente funcional para tratar, de una forma diferente, las cuestiones relacionadas con la relación médico-paciente (RMP). Es hartamente estudiado el papel de la comunicación en la RMP y los problemas que devienen de allí, algunos autores argumentan que la principal causa para

el deterioro de esta relación es la falta de una adecuada comprensión mutua; esto porque el paciente ya no se siente escuchado y entendido debido a que el médico ha perdido estas cualidades - de cierta manera la medicina se ha vuelto muda.

Launer (2002) señala algunos aspectos de la práctica clínica basada en la narrativa: la entrevista es en sí misma terapéutica y no sólo una herramienta relacional, y el médico debe ayudar al paciente a llevar a cabo la significación de su historia de la enfermedad. Más allá de sus preconcepciones con respecto a su primera hipótesis diagnóstica, la entrevista debe tener en cuenta el contexto en el que se encuentra, debe estructurarse como un coloquio dirigido a dar respuesta a los concretos problemas de los pacientes.

La comunicación mejora notablemente si se atiende de parte y parte a las narraciones de cada uno de los participantes del encuentro clínico. En última instancia el médico comprenderá y lo mismo hará el paciente, es así como se va construyendo una relación basada en el diálogo, dimensión de vital importancia para la práctica de la medicina en general (Zaner, 1990).

5.2. Aplicación de la medicina narrativa en el juicio diagnóstico: la abducción

La práctica clínica involucra lo que a veces se conoce como “acto” clínico. Ante el estatismo que pudiera transmitir este término, se ha preferido la noción de “proceso” clínico, y que no es más que la secuencia de acciones que el médico efectúa con el fin de asegurar el bien y la salud del paciente. Dentro de este proceso existen distintos momentos que el médico y el paciente construyen en relación y colaboración, dependiendo el uno del otro. El momento que sobresale por su prioridad es sin duda el diagnóstico, elaboración característica del conocimiento médico, si bien existen otros momentos importantes como el tratamiento, el pronóstico, el seguimiento y la educación al paciente, que lo complementan y que convierten al proceso clínico en un continuo.

No obstante, es cierto que aquello que enfrenta al médico suele ser la mayoría de las veces, más no siempre, la enfermedad, por lo que el juicio diagnóstico se instituye como

la instancia de prioridad para el accionar del médico. Durante mucho tiempo se ha buscado esclarecer la forma en cómo piensan los médicos, cómo elaboran el diagnóstico y resuelven el enigma de la enfermedad que aqueja al paciente (Montgomery, 2006). En este análisis entrarían algunas expresiones como “lógica médica”, “método clínico”, “razonamiento médico” y “pensamiento médico”, que no son sinónimos, pero que, en general, con ellas se hace referencia al proceso cognitivo -también afectivo- por medio del cual la información contenida en el caso clínico se sintetiza y ordena de acuerdo con el conocimiento y la experiencia del médico, con objeto de diagnosticar y manejar el problema del paciente.

Pero la enfermedad se manifiesta con lo que se conoce como síntomas y signos, por lo que para el juicio diagnóstico se requiere del conocimiento sobre la sintomatología de las enfermedades y la semiología o semiótica, es decir, el estudio de los índices (signos) que constituyen argumentos para el diagnóstico; este es el conocimiento base que evidentemente debe tener todo médico a la hora de intentar hacer el diagnóstico (Schleifer & Vannatta, 2013).

Una vez este obtiene los síntomas y signos, recogidos en la anamnesis, realiza el examen físico y se apoya en los resultados de algunos estudios complementarios, sólo así puede interpretar toda esa información en el marco del conocimiento que aprendió en la facultad, conocimientos que representan los componentes de las ciencias básicas y clínicas, así como la parte técnica-instrumental. Con todos estos componentes es que el médico está en condiciones de elaborar una hipótesis diagnóstica para resolver el problema.

El juicio clínico ciertamente requiere de este conocimiento formal científico, donde se reúnen elementos cognitivos de naturaleza racional, pero también está cargado de una subjetividad importante, de unas emociones y unas sensibilidades derivadas de lo que se atestigua, casi siempre mucho sufrimiento. Requiere además de la experiencia clínica previa, que no puede considerarse simplemente anecdótica. Estas experiencias son guías para el diagnóstico y funcionan como elementos que adquieren los estudiantes que van construyendo un almacén de referentes tácitos como metáforas, imágenes y narrativas (Bleakley A. , 2015). En otras palabras, no sólo interviene su saber, sino también su sentir, por lo que podríamos calificarlo como el componente estético o artístico del juicio clínico; así, el acto médico se convierte en un acto creativo.

Es claro que en el proceso de diagnóstico médico intervienen múltiples aspectos, que van de lo epistemológico, basado en el conocimiento médico general hasta lo emotivo, que es de índole personal. Desde una perspectiva metodológica, es posible separar para su análisis los aspectos que tienen que ver con el tipo de razonamiento que el médico realiza en el diagnóstico. Aun así, generalmente el proceso de diagnóstico involucra una combinación de varios tipos de razonamiento. Éstos se corrigen mutuamente y contribuyen juntos a establecer las hipótesis que conducen al diagnóstico. Asimismo, el diagnóstico, consecuencia de cualquiera de los procesos de razonamiento, deberá ser comprobado. Tanto en la lógica como en la teoría de la argumentación se distinguen diversos tipos de razonamiento, a saber, deducción, inducción, abducción, falsación, analogía, razonamiento basado en modelos, explicación y confirmación, por nombrar los más frecuentes y más estudiados.

A continuación, describiremos tres tipos de razonamiento, la deducción, la inducción y la abducción, pero nos enfocaremos en esta última por ser la forma más común como procede el razonamiento diagnóstico. Seguimos a Schleifer y Vannatta (2013) que estudian la lógica del diagnóstico basándose en la abducción de Pierce, el silogismo práctico aristotélico y lo correlacionan con el conocimiento narrativo, he aquí que se intentará hacer la conjetura entre los procesos lógicos del diagnóstico y algunas características que la medicina narrativa puede ofrecer para dichos procesos.

Para estos autores, este método del diagnóstico, con todas sus complejidades, suele permanecer inconsciente en los médicos, pues suele convertirse en hábito ganado con la experiencia (Schleifer & Vannatta, 2013). Es por esta razón que sería bueno explicitarlo y valorar su nexo con las narrativas, probablemente de esta forma se justifique por qué las narrativas deben estar presentes en la formación del médico y también participar constantemente en la práctica clínica.

Para comenzar, Schleifer y Vannatta (2013) colocan el siguiente ejemplo para explicar la abducción, añadiendo la acción que se correspondería. En realidad, se trata de una modificación del clásico ejemplo de los frijoles blancos propuesto por el propio Pierce.

Deducción

Regla - Todos los niños de esta clase tienen sarampión.

Caso - Estos niños son de esta clase.

Resultado - Estos niños tienen sarampión.

[Un estado de cosas (tiempo presente)]

Inducción

Caso - Estos niños son de esta clase.

Resultado - Estos niños tienen sarampión.

Regla - Todos los niños de esta clase tienen sarampión.

[Acción: que deberían haber sido puestos en cuarentena (subjuntivo pasado)]

Abducción

Resultado - Estos niños tienen sarampión.

Regla - Todos los niños de esta clase tienen sarampión.

Caso - Estos niños son de esta clase.

[Acción: deben ser puestos en cuarentena (Imperativo)]

La abducción es un proceso lógico que se diferencia de la deducción y la inducción en varios sentidos. Si la deducción es ir desde una *regla general* hacia la definición lógica de un *caso particular*; y la inducción es inferir una *regla* de un *caso*, la abducción, que parte de la constatación de un hecho peculiar (estos niños tienen sarampión), es en cambio la manera en la cual la *regla* se manifiesta como *causa* en una secuencia temporal (Schleifer & Vannatta, 2013).

Para esclarecer un poco mejor estas diferencias, y retomando el ejemplo del sarampión, podemos decir que, a diferencia de la intemporalidad de la deducción, la abducción pide eventos históricos antecedentes y acciones subsecuentes. Además, la abducción tiene un rasgo explicativo, porque conlleva efectos y causas. Esto está implícito en ejemplo del sarampión porque se conoce que es una enfermedad contagiosa. Entonces, podríamos decir que la abducción funciona con una comprensión narrativa (temporal), al contrario de la deducción que lo hace con una comprensión lógica y la inducción con una comprensión empírica. La función principal de la abducción es inventar nuevas

hipótesis con una secuencia temporal/causal. En la abducción, el caso es hipotetizado (Schleifer & Vannatta, 2013).

Es de distinguirse que la construcción de un diagnóstico es principalmente abductiva, en el sentido de que el tren de razonamiento va de los síntomas y signos que presenta un paciente, a las posibles causas de las patologías que se manifiestan a través de ellos. Peirce dice que la lógica de la abducción persigue frecuentemente un “hecho” no factible de observación directa, tal como lo sería un “hecho médico” que no es factible ser observado pero que se conoce es la “causa” de un signo o síntoma en la narración del paciente, entonces la abducción permitiría preguntar por esa causa, la enfermedad que produce esos síntomas.

Peirce también sugiere la naturaleza narrativa de la abducción cuando la distingue de la inducción en función de que la inducción comienza con "objetos" y "hechos", mientras que la abducción lo hace con los "personajes o caracteres " o "características” de los fenómenos (por ejemplo, el atributo del sarampión o, mejor, el atributo de los pequeños puntos rojos en la piel, fiebre y secreción nasal), que tienen que configurarse dentro de las categorías o marcos particulares (Schleifer & Vannatta, 2013).

Por tanto, la abducción, como proceso lógico que siguen los médicos cuando hacen un diagnóstico, tiene también rasgos narrativos que la convierten en una forma de razonamiento de encadenamiento causal y temporal. La comprensión narrativa de este proceso enseña a los médicos que el diagnóstico es una forma de explicación, no un método de clasificación como comúnmente se piensa (Schleifer & Vannatta, 2013). Por otro lado, habría una relación entre el silogismo práctico aristotélico y la abducción de Peirce porque, como sucede en el ejemplo del sarampión, es la determinación del caso la que conduce a una acción, previamente a analizar unas premisas, acción que todo médico debe realizar una vez determinado una situación o un diagnóstico (Schleifer & Vannatta, 2013).

Otro autor que estudia estos procesos de abducción es Humberto Eco, él describe este proceso en términos de la semiótica de Peirce como la transformación de unas "series desconectadas" en "una *secuencia* [textual] coherente" que permite reconocer de lo que se trata el texto porque establece una relación coherente entre los datos textuales desconectados.

Lo último concuerda con el argumento central de Montgomery Hunter en su libro *Doctor's stories* (1991) en donde describe el paralelismo existente entre el diagnóstico médico y la novela policíaca, en tanto los detectives tienen que dar sentido a una serie de pistas aparentemente desconectadas entre sí. Ella llega a decir que el método de Sherlock Holmes

requiere la construcción retrospectiva de una narración hipotética con el fin de averiguar la relación de las pistas entre sí dentro de una cronología aceptable. Dentro de la historia escrita por Arthur Conan Doyle y contada por Watson, la acción termina con Holmes contando la historia que ha construido. La historia de Holmes es un diagnóstico, una reconstrucción narrativa que tiene como objetivo recuperar el tiempo perdido y los hechos no observados... La habilidad de diagnóstico que es el foco de la educación de un médico tiene similitudes sorprendentes. Al igual que la reconstrucción narrativa del crimen de Sherlock Holmes, la versión médica del médico de la historia de un paciente es la encarnación narrativa de una hipótesis diagnóstica, la reconstrucción de lo que ha ido mal.” (pg.24).

El proceso de diagnóstico y el juicio clínico tal como lo sugieren Schleifer y Vannatta (2013), como el proceso utilizado tanto por Sherlock Holmes y Auguste Dupin en las historias de detectives de Arthur Conan Doyle y Edgar Allan Poe, es un proceso de crear hipótesis, probarlas y reflexionar sobre ellas una y otra vez. Además, el diagnóstico tiene una relación particular con la narrativa en la medida en que la narrativa presenta un modo retrospectivo de entendimiento - el razonamiento hacia atrás de la comprensión reflexiva - que puede, de hecho, ser experimentado simplemente leyendo. Para ellos, esto constituye el valor capital de las narrativas en la formación del médico y en la práctica profesional (Schleifer & Vannatta, 2013). Esta sería la justificación más pragmática e instrumental que pueda dársele a la medicina narrativa como un campo que tiene un papel fundamental en la medicina contemporánea.

5.3. Aplicación de la medicina narrativa en la decisión clínica: la ética médica desde la óptica de la ética narrativa

En cuanto a los beneficios de la narrativa, o mejor, la ética narrativa⁷⁶, para la ética médica (Lovecchio, 2009) (Charon & Montello, 2002), es necesario hacer las conjeturas

⁷⁶ La ética narrativa como teoría moral se ha desarrollado desde los estudios literarios. Se ha sugerido que este enfoque narrativo en la ética es idóneo para entender mejor las implicaciones siempre

necesarias para percibir la influencia de la literatura y la crítica literaria sobre la ética. Aquí, un buen relato con todas sus particularidades ofrece, como ninguna otra herramienta, una solución a un dilema ético, permitiendo así un razonamiento moral distinto, porque parte de lo concreto/singular, diferenciándose del razonamiento normativo que prioriza principios morales abstractos (Geisler, 2007) (Jones A. H., 1997). Este sería precisamente el dilema que tendría que afrontar un profesional médico si tuviera que tomar una decisión difícil con respecto a un paciente. Siguiendo el razonamiento que estamos promoviendo, ha de optar favorablemente por las minucias de la conflictividad del caso que le son transmitidas a través de la narración del paciente.

5.4. Otras aplicaciones de la medicina narrativa

Analizando sucintamente otras aplicaciones de la medicina narrativa, se encuentra que ha demostrado ser igualmente aplicable en la bioética, la psiquiatría/salud mental y los cuidados paliativos. Las propuestas desde la psiquiatría parten del hecho de que esta ha sido una de las pocas ramas de la medicina “donde se discute que hablar y escuchar, sea terapéutico” (Carrió, 2007, pág. 15). Algunos autores incluso llegan a proponer una psiquiatría narrativa (Lewis B., 2011). En el área de los cuidados paliativos, la medicina narrativa ha sido una herramienta muy útil bajo la forma de relatos y narraciones que hacen tanto enfermos terminales como familiares e incluso estudiantes, en donde se introducen todos los complejos y dramas del proceso del morir (Holleman, 1991), y se construye la empatía (Stanley & Hurst, 2011).

Finalmente, el campo de la bioética se ha visto enriquecido en sobremanera por la introducción de la teoría narrativa y la Hermenéutica en sus estatutos epistemológicos y metodológicos (Moratalla, 2007) (Pinto Bustamante, 2011). De esta manera, se ha creado un nuevo enfoque en esta disciplina que se ha venido a denominar como bioética narrativa o narrativa bioética (Kottow, 2016). Este enfoque narrativo en la bioética ha ganado adeptos en España y Latinoamérica (Manchola Castillo, 2014), donde se ha trabajado su potencial uso en la enseñanza (De Siqueira, 2012).

situacionales y contextuales de los conflictos morales. Desde la Filosofía, Rorty propuso que la ética debía entenderse lejos de la metafísica y cerca de la metáfora. Insistiendo en la Filosofía como género literario, defendió lo que él llamó el giro narrativo de la ética (Vásquez Rocca, 2005).

Además, la medicina narrativa ha demostrado tener peso en otras áreas un poco más alejadas de las situaciones clínicas individuales, es así que se ha comenzado a sugerir como herramienta en la solución de problemáticas colectivas, como un medio alternativo de epidemiología, de generación de políticas de salud y de solución de otras problemáticas de la Salud Pública. En definitiva, la medicina narrativa se ha convertido en una alternativa para la reforma de los sistemas de salud (Lewis B. , 2011).

6. Medicina narrativa y educación médica

“Un aprendizaje de este tipo no modifica el contenido de nuestra mente, sino el continente mismo: el aparato de percepción más que las cosas percibidas. Lo que nos dan las novelas no es un nuevo saber, sino una nueva capacidad de comunicación con seres diferentes a nosotros; en este sentido, participan más de la moral que de la ciencia. El horizonte último de esta experiencia no es la verdad, sino el amor, forma suprema de relación humana.”

Tzvetan Tódorov

6.1. Aportes pedagógicos de la medicina narrativa desde la escuela de Rita Charon en la Universidad de Columbia

La tesis principal de Charon (2006) y su modelo de la medicina narrativa es que con la capacitación en la lectura y escritura se mejora la efectividad clínica. Mediante el desarrollo de la famosa “competencia narrativa” (Charon, 2001), los médicos y otros profesionales de la salud pueden ser más atentos a los pacientes en todo sentido, desde sintonizar con las experiencias de estos en cuanto a la enfermedad, interpretar y comprender sus historias, hasta lograr una relación mutua basada en el compromiso; pero también, con este entrenamiento, los profesionales pueden ser más reflexivos en su práctica, convirtiéndose, en definitiva, en mejores profesionales.

El constructo conceptual que ha venido desarrollando Charon en su modelo certifica que la competencia narrativa se adquiera con un rigor metodológico que posee al mismo tiempo influencias teóricas que enriquecen aún más dicho constructo.

Conceptos como el *self-telling body* y sus componentes son indispensables en la conformación de los objetivos de este modelo. El cuerpo, el “sí mismo” y el relato, se convalidan en los actos narrativos que intenta estudiar Charon, dos fundamentalmente: el acto de contar y escuchar, que se corresponden con los actos de escritura y lectura; siendo estos últimos, al mismo tiempo, las metodologías didácticas de la medicina narrativa.

Para Charon, los actos narrativos tienen una importancia radical porque, sin poder relatar o ser escuchado, al paciente le es imposible transmitir a otros o a sí mismo qué es lo que le ocurre y tampoco puede comprender qué sentido tiene los eventos de la enfermedad. En este sentido, el cuerpo y sus lenguajes deben ser escuchados por los médicos, así como el *self-telling* que se expresa en los relatos de los pacientes, en sus silencios, en sus metáforas; en síntesis, en una unidad y fragmentación discursiva del *self-telling body* que resulta confusa para el intérprete, en este caso el médico, y que sólo es posible de ser comprendida si se obtiene la competencia narrativa propugnada por el modelo de Charon.

Lo correspondiente al *self-telling body* ya ha sido tratado en un apartado anterior, por lo que nos enfocaremos ahora exclusivamente en el acto de escucha-lectura y la conceptualización del mismo en los contextos clínicos que hace Charon, pero también en el método que propone para desarrollar la competencia narrativa, lo que ella llama su “taladro de lectura” o el método del *close reading*.

6.1.1. *Close reading (lectura atenta)*

Charon (2006) empieza haciendo un paralelismo entre los actos de lectura y los actos de curación o sanación. Cuando una persona cuenta una historia, ya sea articulada de forma escrita o hablada, lo que el lector o el oyente hace con esa historia, cómo la recibe, depende de múltiples factores, entre los cuales destaca su capacidad receptiva. Aquí es donde esta autora introduce elementos de la Crítica Literaria para explicar esta relación entre el narrador y el lector, especialmente cuando equipara lo que sucede en los contextos clínicos, donde el paciente es el narrador que cuenta su historia al médico mientras que este es el lector/oyente e incluso el crítico, añade Charon. Se distancia de

esta forma de las teorías de la comunicación o de las relaciones interpersonales para ubicarse en el plano de lo que ella denomina la “Teoría de la lectura de la clínica” (Charon, 2006, pág. 108).

Esta teoría está a su vez sustentada en la teoría literaria y toda su diversidad de enfoques. Sin embargo, que se pueda hacer una teoría como esta supone para Charon un riesgo de frivolidad si se permanece en el reino de la ficción, por ejemplo. Esto no ocurre debido a que en el mundo real de la clínica se traspasa la teoría inexorablemente a la práctica con consecuencias para médicos y pacientes. En definitiva, “la clínica se convierte literalmente en el laboratorio de los académicos de la Literatura, mientras que las teorías de estos contribuyen al trabajo diario de los clínicos” (2006, pág. 109).

De las teorías de la crítica literaria, Charon (2006) primero se alinea con los teóricos de la recepción porque, sea en una relación textual con un libro o sea en una relación clínica con un paciente, el acto de lectura involucra que el lector/oyente establezca un compromiso con el asunto del libro, con la búsqueda de un significado para el texto (el paciente). Esto revela que el acto de lectura tiene una connotación ética. Charon además admite que las teorías y prácticas de la medicina narrativa, y en especial el acto de lectura, son alimentadas por otros movimientos teóricos a los cuales les da nuevos bríos, rehabilitándolos a pesar de que en la actualidad ya no tengan tanta vigencia.

Entre los anteriores, están los movimientos como el *New Criticism* y el estructuralismo; aunque también aclara que concede apertura a que las teorías posestructuralistas y posmodernistas guíen su trabajo en nuevas direcciones. En todo caso, el acto de lectura ha sido estudiado desde los formalistas rusos hasta las corrientes más contemporáneas del *New Formalism*, pasando por varias tendencias intermedias, entre ellas las aproximaciones psicoanalíticas que Charon y el equipo de la Universidad de Columbia adoptan significativamente.

Con esta variedad de escuelas teóricas que se insertan en los estatutos teóricos-metodológicos de la medicina narrativa, y que por tanto deben ser aprendidas por los que se introducen en la formación en este campo, de ninguna manera se pretende que los estudiantes de medicina u otros profesionales de la salud adquieran una experticia sobre las complejidades propias de dichas teorías y sus trabajos más destacados. Lo que se intenta es que estos estudiantes se den cuenta de que también son lectores y, en

calidad de tales, necesitan ser equipados con una serie de destrezas de lectura. Sólo así podrán descifrar las historias de sus pacientes y que esto les conduzca a la comprensión y a la apreciación de las narrativas de la enfermedad (Charon, 2006).

Para introducir el estudio de los actos de lectura en los contextos clínicos-sanitarios, la premisa que hay que tener en cuenta es que, en el trabajo clínico, la lectura de la enfermedad tiene lugar a nivel de la superficie del cuerpo y su estructura fisiopatológica, mientras que la lectura de lo que el paciente dice tiene lugar en el nivel del significado evidente de las palabras y sus implicaciones clínicas y personales representadas (Charon, 2006). El paralelismo de los actos de lectura con la clínica continúa cuando se menciona que un lector puede implementar cualquier número de acercamientos interpretativos a un texto, tanto como un clínico puede movilizar cualquier número de recursos terapéuticos para un paciente, de lo que se deriva que cada lectura es singular, basada en el acoplamiento de un narrador y un lector.

El primer paso, según Charon, es encontrar quién está contando la historia, es decir, el narrador. El problema está en que, encontrar al narrador, puede ser una tarea confusa y contradictoria, ya que este puede tener una voz o múltiples voces, participar o no en la trama⁷⁷. No obstante, una vez que el lector haya encontrado al narrador, está preparado para lo que Charon (2006) denomina los actos de lectura transformativos.

El proceso de lectura que prefiere seguir Charon, con miras a la transformación, consta de tres etapas: partida, desempeño (*performance*) y cambio. Para ello retoma la metáfora de la lectura como viaje propuesta por algunos teóricos que sostienen que la lectura transforma al lector a través de los procesos cognitivos, imaginativos y críticos; también mediante la fusión con los mundos del narrador y los personajes. Es en este viaje, en este recorrido y en este encuentro que se logra la intersubjetividad entre el autor, el narrador y el lector. Esto quiere decir que para leer un libro se necesita abrirse a otras perspectivas, a otras miradas y puntos de vista (Charon, 2006).

En consecuencia, y en esto estamos de acuerdo con la sentencia de Charon de que “los buenos lectores hacen buenos médicos” (Charon, 2006, pág. 113), lo que significa que

⁷⁷ La Narratología se ha esforzado mucho en el examen del narrador, por lo que existe toda una terminología para designar estos elementos narrativos. Sin embargo, esto no es de interés prioritario en el caso de las narraciones de la clínica.

el lector, en este caso el médico, no necesita tener la terrible experiencia del paciente a fin de lograr una postura clínica a partir del cual pueda actuar empáticamente; es preciso, eso sí, que vea el mundo desde el punto de vista del paciente, que experimente vicariamente lo que le sucede. Lo que es particularmente relevante para la práctica clínica es que el lector sea un instrumento activo en la creación del texto. Según Charon (2006), el mundo del texto no existe hasta que se recoge, se imagina y se configura por el lector individual, por lo que el médico ha de ser un lector comprometido con la historia del paciente.

Charon (2006) se acoge al método bien estudiado por la nueva crítica conocido como *close reading* (lectura atenta) para sustentar su propuesta en la formación de la medicina narrativa. Para justificar esta lectura detallada y pausada hace una atractiva analogía entre la lectura atenta de un texto escrito y la lectura del texto visual que suelen hacer los médicos de una placa de rayos X. Tal como sucede en este ejemplo, el entrenamiento del ojo es necesario para no omitir ningún rasgo que pueda ser determinante a la hora de hacer el diagnóstico.

De la misma forma, pero en el caso de la narrativa del paciente, una lectura atenta de esta historia requiere que se pueda seguir su hilo conductor, que se identifiquen sus metáforas, que se tolere la ambigüedad y la incertidumbre, y que se reconozcan los subtextos tácitos y los contextos. Todo para que, a más de un diagnóstico acertado, se pueda crear una relación terapéutica y de confianza entre el médico y el paciente (Charon, 2001).

El principal producto del equipo de medicina narrativa de la Universidad de Columbia del cual hace parte Charon es la propuesta de un protocolo de lectura que pueda ser utilizado en la formación de los profesionales de la salud, si bien la misma Charon (2006) advierte el riesgo de que con su utilización el acto de lectura se vuelva algo rutinario cuando contrariamente es siempre individual, creativo y singular. Otra crítica es que su protocolo de lectura atenta puede sonar un poco como un retorno al formalismo (Langellier, 2009), perdiéndose otras dimensiones propias del contenido y la complejidad intrínseca de cada texto. En fin, con la conciencia clara de estos riesgos, se podrá hacer uso de este método y obtener el mayor provecho posible.

El protocolo de lectura propuesto consta de cinco pasos y elementos que deben ser determinados por el que quiera descubrir las intrincaciones de un texto: marco, forma, tiempo, trama y deseo. Dentro de la forma, como en todo análisis, se debe procurar determinar el género, la estructura visible, el narrador, las metáforas, la alusión o el análisis de la intertextualidad, y la dicción (Charon, 2006).

En definitiva, lo que se intenta es que los estudiantes obtengan, a través del entrenamiento en la lectura atenta, habilidades para que puedan hacer una *escucha atenta* de la historia del paciente. El método del *close reading* de los textos no pretende otra cosa que hacer de los estudiantes buenos lectores, lectores atentos a las complejidades de los textos, y que esto, trasladado al encuentro clínico, signifique que los estudiantes se conviertan en lectores atentos de las historias de los pacientes. Pero también que puedan hacer el conocimiento de sí mismos por medio del conocimiento de los otros, o de otros sí mismos. El objetivo es que puedan traspasar estas habilidades de la lectura atenta al escenario de la clínica, que puedan convertirse en oyentes atentos de lo que dicen sus pacientes, algo que tiene utilidad clínica pero que sobretodo se instituye como el medio de lograr una relación filial y comprometida con la persona del paciente (Charon, 2006).

6.1.2. Los tres movimientos de la medicina narrativa: atención, representación y afiliación

“...la primera materia donde la capacidad mimética es sometida a una prueba: el cuerpo humano...”

Walter Benjamín

Para poder fundamentar el modelo de la Medicina Narrativa, Charon (2006; 2015) ahonda en su conceptualización e introduce tres movimientos que le permiten describir qué es lo que ocurre cuando se produce la formación bajo las prescripciones de este modelo. Estos tres movimientos son: atención, representación y afiliación (Charon, Hermann, & Devlin, 2016). Con fines de sustentación, esta autora se basa en el marco teórico tripartito de la *Mimesis* de Paul Ricoeur (Ricoeur, 2005), estrategia que le facilita

construir conceptualmente los tres movimientos de su modelo partiendo de una teoría narrativa reconocida como la del filósofo francés.

Ricoeur, en su obra *Tiempo y Narración* (2005), intenta indagar la relación existente entre el tiempo y la narración a través del establecimiento del papel mediador de la construcción de la trama. El hermeneuta francés, desde un comienzo, trata de enlazar las reflexiones lúcidas sobre el tiempo presentes en San Agustín y en Aristóteles, pero tratadas de distinta manera; en una fenomenología del tiempo que concluye en aporías para el natural de Tagaste y en la suscitación del tiempo a través de la elaboración poética para el de Estagira. En esta línea, Ricoeur (2005) toma como referencia el concepto de *Mimesis* de Aristóteles, introducido en la *Poetica*, para extenderlo y establecer lo que él denomina los tres momentos de la *Mimesis*: Mimesis₁, Mimesis₂, y Mimesis₃.

De esta forma, Ricoeur da a entender que la experiencia temporal y su mediación narrativa están ordenadas por las tres operaciones concurrentes que también se conocen como prefiguración, configuración y refiguración (Ricoeur, 2005). Por su parte Charon (2006), en un ejercicio de analogía, traspone en los tres momentos miméticos de Ricoeur a los tres movimientos de la medicina narrativa, de nuevo, a saber: la atención, representación y afiliación.

Ya profundizando en cada uno de los momentos miméticos propuestos por Ricoeur -y en los movimientos de la medicina narrativa que se les corresponden- se puede indicar que la Mimesis₁ es la “pre-comprensión del mundo de la acción” (Ricoeur, 2005, p. 116) que está estrechamente relacionada con la contemplación del accionar humano. En este momento de la *Mimesis* sobresalen la estructura semántica, los símbolos y la temporalidad, es decir, aquello que es inteligible y que hace parte de la experiencia común.

Además, dicho momento posee la potencialidad para que el sentido pueda emerger de allí, siendo esta la instancia a partir de la cual una acción comprensible puede ser configurada. Es sobre esta prefiguración que se levanta la construcción de la trama en el obrar poético configurativo. Charon (2006) equipara esta Mimesis₁ con la atención porque coloca al agente humano ante lo que debe ser contemplado en aras de lo que debe ser representado. Este movimiento es necesario para poder arrancar con el espiral

atención-representación al cual se le dará mucha importancia dentro de la medicina narrativa.

La Mimesis₂ de acuerdo con Ricoeur (2005) se caracteriza por la dinamicidad que se instituye gracias a la función mediadora que cumple la construcción de la trama, entre el antes y el después de la configuración. De hecho, la construcción de la trama o el “entramado” es la operación que extrae de la simple sucesión la configuración. Mimesis₂ se refiere entonces al acto de la composición en sí, la práctica creativa de configurar acontecimientos o estados de cosas en algo representable. En otras palabras, este movimiento es otorgar la forma a lo informe, o mejor, la “síntesis de lo heterogéneo” dentro del marco de la acción temporal (Ricoeur, 2005).

Este momento mimético para Charon (2006) se corresponde con el movimiento análogo de la representación de la medicina narrativa, pues es cuando se estructura formalmente el texto narrativo a partir de la experiencia cruda. Como un epílogo se podría decir que la forma literaria se impone como necesaria e indispensable. Ahora bien, la representación es el momento creativo y de construcción de la trama a través de la escritura, y depende absolutamente de la atención.

Es más, Charon señala que los procesos de atención y representación son recíprocos y colaborativos, sin que pueda darse el uno en ausencia del otro. Para ilustrar esto en el contexto clínico, Charon (2006) utiliza la metáfora del ciclo cardiaco

Mientras estoy sentada en la oficina con un paciente, estoy haciendo dos cosas contradictoria y simultáneamente. Estoy usando mi cerebro de una forma muscular y ordenada – diagnosticando, interpretando, generando hipótesis que sugieran significado, haciendo que las cosas sucedan. Este es el trabajo sistólico de parte del médico-manejando, entramando, guiando acciones. Casi al mismo tiempo, o alternando con este trabajo sistólico, está el trabajo diastólico -relajante, absorbente, que da cabida dentro de mí mismo para una aceptación oceánica de lo que ofrece al paciente. En la posición diastólica espero, presto atención, me lleno con la presencia del paciente. Los movimientos sistólicos y diastólicos del corazón, en conjunto, constituyen la función cardiaca, por los que el corazón *actúa*⁷⁸, y la disfunción de cualquiera es catastrófica. (p. 131-132).

En términos ricoeurianos se podría decir que la Mimesis₁ se corresponde con la fase diastólica de la "atención" mientras que la Mimesis₂ se corresponde con la fase sistólica de la "representación". Charon (2006) asimismo esgrime la díada paciente-médico para

⁷⁸ Énfasis en el original

explicarse, porque sólo en el trabajo conjunto es que se puede lograr lo que se procura en el encuentro clínico. En síntesis, cuando el médico se enfrenta a la acción narrativa de representar un paciente tiene que acudir a la memoria, a la experiencia, a las dimensiones corporales y emocionales que se destacaron durante el vínculo estrecho del encuentro, es sólo así que podrá ser fiel en su representación (Charon, 2006).

Finalmente, la Mimesis₃ según Ricoeur (Ricoeur, 2005) marca la intersección de dos mundos, el mundo del texto y el mundo del oyente o del lector, o lo que es lo mismo, el entrecruzamiento entre el mundo ya configurado y el mundo de la acción efectiva desplegado en una temporalidad específica (Ricoeur, 2005). Esto querría decir que el paso de la Mimesis₂ a la Mimesis₃ ocurre en el acto de lectura, acción que refigura el mundo del lector en condiciones de la trama construida.

Por tal razón, este último movimiento mimético es el que alcanza la plenitud, especialmente por la influencia en el mundo de la acción temporal y su relación con la narración que Ricoeur insiste, hacia el final de su obra, se construye como una identidad narrativa (Ricoeur, 2005). Haciendo alusión a la Mimesis₃, Charon (2006) la equipara con su movimiento de afiliación, para de una vez sugerir que, las acciones clínicas reales como el compromiso terapéutico y la construcción de la comunidad en colegialidad, son efectivamente resultado de los dos movimientos anteriores, la atención y la representación.

Lo que quiere denotar Charon (2006) es que la afiliación es resultado de las prácticas y actos de lectura y escritura que hacen los médicos y otros profesionales sanitarios, y que no se agotan en sí mismos sino que conducen hacia un compromiso y una responsabilidad con aquello que fue atestiguado y representado en los encuentros clínicos cotidianos con los múltiples “otros”, pero en especial con los pacientes (Charon, 2006). Por medio de la espiral de la atención-representación, el médico puede llegar a establecer una relación empática y de confianza, además de actuar en consecuencia, haciendo de la práctica clínica una acción efectiva en sintonía con la idea de consumación de la Mimesis₃.

Caso contrario, si se estancaran los esfuerzos en el espiral de atención-representación, se correría el riesgo de caer en un solipsismo pues ambos movimientos son autorreferenciales (Charon, 2015). En otras palabras, no basta con leer y escribir, sino

que es necesario pasar a la acción concreta con los pacientes y colegas, sea en las circunstancias que sea. Para Charon (2006), es con estas prácticas textuales, que culminan en la afiliación – acción, que se da una auténtica relación intersubjetiva.

Por otro lado, Charon (2015) expone que el espiral de atención-representación, que conduce inexorablemente hacia la afiliación como fin de la medicina narrativa, también tiene la oportunidad de abonar áreas distintas; ella detalla que la afiliación se produce en cuatro esferas diferentes: con los pacientes, con los colegas, con el público y con el sí mismo (autoconocimiento) (Charon, 2015). Estas cuatro afiliaciones obtienen además - a través de unas variables intermediarias e hipotetizadas⁷⁹- otros cuatro frutos globales y definitivos: una práctica clínica reflexiva y efectiva, una mejora en la relación médico-paciente, una colegialidad en el equipo de profesionales de salud, y un progreso de la salud pública gracias al fuerte compromiso adquirido (Charon, 2015).

Todas estas metas, que aparentan ser demasiado ambiciosas, en realidad se podrían resumir en una unificación de la práctica profesional con el sentido de la profesión, superando la división que aislaba a pacientes, colegas, comunidades e incluso que escindía el sí mismo (Charon, 2015). Pero de nuevo, lo prioritario es la afiliación con el paciente, y en esto sigue insistiendo Charon (2016). A este propósito apunta:

El objetivo de este trabajo, en última instancia, es que los alumnos logren un estado de afiliación atenta y empática con un paciente; nacido de sus esfuerzos por representar lo que perciben, buscar las perspectivas necesarias más allá de las propias, registrar lo desconocido, preguntarse acerca de lo misterioso, hacer preguntas sobre lo poco claro, generar hipótesis sobre la situación del paciente y probarlas en la creciente afiliación. Una vez que los estudiantes pueden confiar en su capacidad de representación y luego considerar lo que perciben, tienen a su disposición la herramienta más poderosa y confiable para acceder a las realidades de los pacientes y ofrecerse a sí mismos como socios en el cuidado. (p.347).

En un artículo reciente publicado por Charon y sus colaboradores (Charon, Hermann, & Devlin, 2016) se mencionan otros marcos teóricos útiles para justificar el entrenamiento narrativo de los profesionales sanitarios y cómo este puede resultar beneficioso. En este sentido, estas teorías son complementarias al aporte de Ricoeur a la medicina narrativa antes esbozado. Es así que se sugiere que al menos existen cuatro marcos conceptuales

⁷⁹ Disminuye el burn-out, aumenta el compromiso y el profesionalismo, mejora el funcionamiento de los equipos de salud multiprofesionales aumentando el respeto y la disponibilidad, y disminuyendo el recelo; mejora la adherencia terapéutica de los pacientes, mejora la percepción de los médicos; aumenta la asociación pública con la comunidad.

más para el ensayo explicativo y comprensivo del uso de narrativas en la formación clínica. El primer grupo son las teorías psicológicas / conductuales de la reflexión que se limitan a aspectos cognitivos y que se apoyan en la práctica de la auto-revisión retrospectiva y la autoevaluación crítica. Para este conjunto de teorías, lo relevante es que los empeños culminen con la toma de decisiones sobre cómo cambiar los comportamientos cuando se confronta una situación similar.

El segundo grupo teórico son aquellas teorías pedagógicas del desarrollo del aprendizaje de adultos que enfatizan la importancia del entorno del aprendizaje en miras a la transformación y construcción de habilidades profesionales. El tercer grupo son las teorías ya trazadas sobre el papel humanizante de las humanidades en la educación médica. Como bien se ha delineado, el estudio de las humanidades y artes, en donde destaca la literatura, representa una oportunidad para que los estudiantes accedan, mediante los métodos de estas disciplinas, a la singularidad y complejidad del ser humano y sus experiencias.

Por último, el cuarto grupo de teorías lo completan las teorías estéticas de la creatividad a las que Charon y su grupo se adscriben específicamente. En este grupo sobresalen los enfoques literarios y narrativos de la formación clínica que desarrollan la expresividad de los estudiantes y su imaginación, centrándose en la capacidad creativa de la representación por medio del lenguaje (Charon, Hermann, & Devlin, 2016). De cierta manera, las ideas sobre la *Mimesis* y sus tres momentos también forman parte de las estéticas de la representación.

En los siguientes párrafos se describen con un poco más de detenimiento los tres movimientos de la medicina narrativa y las implicaciones en la educación médica y la práctica clínica.

6.1.2.1. Atención

Charon (2015) empieza definiendo que la atención es el hecho de que una persona este presta, en un estado de disponibilidad, para reconocer y “absorber” la situación de otra; es ese estar en el momento presente. La autora describe un sinnúmero de situaciones de

la atención clínica que se corresponden con la necesidad de prestar atención a los pacientes. Por ejemplo, escuchar sus historias y relatos puede dar a luz un síntoma conjuntamente con el significado atribuido al mismo, un paso crítico en cualquier proceso diagnóstico (Charon, 2015).

Pero antes de seguir reclamando la obvia necesidad de la escucha y la atención, en un esfuerzo por alimentar teóricamente sus ideas, Charon (2006) subsume una serie de campos y disciplinas que han trabajado con el concepto de atención, desde el psicoanálisis y la filosofía (Simone Weil es un ejemplo a destacar, pero también Emmanuel Lévinas con su noción del Rostro, y Gabriel Marcel con su concepción de la presencia y la disponibilidad) hasta movimientos y prácticas tan dispares traídas igualmente a colación; tales como el budismo zen, el sufismo y la meditación trascendental (Charon, 2006).

Un movimiento cercano al que también se adhiere para complementar su idea de la atención plena es el movimiento del *mindfulness* en la práctica clínica (Epstein R. M., 1999), que implica silenciar las distracciones de los pensamientos internos para conectarse íntimamente con los pensamientos y las emociones del paciente, en un estado de consciencia expandido. Por otro lado, en la teoría literaria, el *close reading* de un texto escrito, que representa indagar su estructura en un intento analítico minucioso, es equiparable a la escucha atenta de un relato oral.

Este empeño de la atención significa estar disponible a escuchar lo que el otro interlocutor dice, el lector/oyente enfocado en lo que el narrador cuenta, y en el caso de los entornos clínicos, lo que el paciente narra y que el médico escucha. Esta relación del movimiento de la atención con la escucha es el sustento por el cual la medicina narrativa debe iniciar desde la atención, porque de lo contrario no se podrá alcanzar la aprehensión profunda de la situación del paciente, no se podrá atestiguar verdaderamente su sufrimiento y tampoco descubrirte las oportunidades para disminuirlo (Charon, 2015).

Charon no subestima la escucha atenta, porque no sólo hace que el paciente se sienta escuchado, sino que sobretodo hace que se sienta reconocido. En realidad, la idea más atrayente de esta atención propuesta como disponibilidad y escucha es que el médico, en su papel de oyente, pueda “habitar” en lo que el paciente en calidad de narrador vive, en

lo que expresa, en su situación existencial (Charon, 2015). Otro punto un poco confuso es el de la “suspensión del sí mismo” necesaria para una auténtica atención. No se quiere dar a entender que el médico abandone el juicio clínico, perder este elemento de la aplicación del conocimiento sería desastroso. Lo que se intenta es que se disminuyan las propias preocupaciones del médico para dar cabida a las preocupaciones del paciente, a las que se da prioridad.

Al vaciar el sí mismo, el médico puede ser llenado con el sufrimiento del paciente (Carrió, Medicina Narrativa. Relaciones entre lenguaje, pensamiento y práctica profesional médica, 2007), percibir los deseos y miedos de éste, entregando de esta forma una respuesta terapéutica empática, porque ha comprendido lo que el paciente siente en su carne, actuando además con humildad y generosidad; en definitiva, unirse ambos con el fin de colaborar activamente (Charon, 2006).

El distanciamiento del médico y el paciente, que es favorecido por una falta de escucha o una atención pobre por parte del médico que suele cortar la recitación del paciente, tiene consecuencias nefastas para la relación mutua, pero también para la relación del médico consigo mismo (Charon, 2015).

Según Charon, es por causa de estas realidades que se tienen altos índices de *burn out*, fatiga, desencantamiento y decepción de la profesión, y que muchas veces se manifiestan como angustia de muchos profesionales sanitarios. Lo que se pretende es que tanto el médico como el paciente se reconozcan el uno al otro en la escucha y la recepción, lo que permite al médico saber que tiene que entregar algo valioso, ayudándole a recuperar el sentido de su profesión. Esto sin duda es revolucionario en nuestros ambientes sanitarios contemporáneos (Charon, 2015).

La atención como un movimiento de la medicina narrativa se refiere a la etapa de la formación, la primera, que favorece el ejercicio de la escucha para comprender y responder a una solicitud expresada por el paciente en la narración de la enfermedad. Pero como veíamos, no es sólo una habilidad instrumental sino una disposición de todo el *ser* del médico, de brindar su presencia atenta en el encuentro con el paciente, encontrarse ante su presencia, ante el misterio de esa otra persona. En concreto, esta actitud más que destreza se puede lograr con el método del *close reading*, como método de un entrenamiento específicamente narrativo (Charon, 2006).

6.1.2.2.Representación

Charon (2006) empieza admitiendo la enorme variedad de literatura sobre la teoría y la práctica de la representación. Este tema ha sido abordado por campos tan dispares como la Filosofía, la Psicología Cognitiva, la Estética, los estudios literarios, el Psicoanálisis y las Neurociencias. Pero en lo que coinciden todas estas disciplinas, al menos como un principio básico y que Charon adopta, es que lo que un sujeto percibe tiene que registrarse de alguna manera, ya sea para ser apreciado, conocido o incluso comprendido, aunque sea provisionalmente.

Charon (2016) utiliza otros adjetivos más ajustados al léxico de las ciencias biológicas: aquello que se percibe debe ser captado, absorbido, metabolizado y de nuevo expresado. Por su parte, en la jerga artística y de los procesos creativos, se suele hablar de *lograr* algo, se suele decir de una representación que ha sido “lograda”. No obstante, lo que realmente nos interesa es que estos procesos creativos involucrados en la percepción e imaginación, y luego en la representación de una situación, ya sea "real" o inventada, se producen, entre otros dispositivos, por medio del lenguaje, a través de la escritura por ejemplo (Charon, 2006); esto va a ser justamente lo que cultive y aproveche la medicina narrativa.

La representación, como uno de los movimientos de la medicina narrativa, está estrechamente relacionada con la escritura creativa/reflexiva. Charon y su equipo pueden afirmar, gracias al peso de su experiencia, que los ejercicios de escritura son de un valor tremendo para que el médico pueda representar aquello que ha atestado (Charon, 2006). Teniendo como adalid a Henry James, Charon (2006) sentencia que el esfuerzo narrativo de la escritura dentro de la asistencia sanitaria equivale a representar lo que se ve.

Siguiendo al crítico literario señala que la figura de quien escribe, “al igual que el soñador y el artista – o el médico o la enfermera que escriben sobre un encuentro clínico - no se sienta en su buhardilla, con los ojos cerrados, creando las cosas.” (p.136) sino que, siendo las experiencias intensas y significativas -y el médico impresionable-, lo que se representa es un conjunto heterogéneo de imaginación, recuerdos, sensaciones

que son formadas, construidas y creadas más que simplemente calcadas, a partir estas experiencias. La representación escrita de las experiencias clínicas es entonces un paso crítico dentro de la formación clínica (Charon, 2006).

Este proceso de escritura tiene su técnica, que no es otra que el andamiaje del texto, la construcción de la trama en términos narrativos. Es hacer material lo inmaterial de la experiencia, pudiendo ser así comunicada, compartida con uno mismo y con los otros (Charon, Hermann, & Devlin, 2016). Cuando los profesionales de la salud escriben sobre las experiencias clínicas llegan a descubrir aspectos de la experiencia que, hasta antes de la escritura, no eran evidentes (Charon, 2006).

Sin un medio como la escritura para la representación, estos aspectos de gran valor y de una riqueza ingente son de otra forma inaccesibles en la práctica cotidiana para el médico. Charon (2006) dice a este respecto: “Una vez que estos sucesos que vivimos son representados -no sólo en palabras sino también en un género, con metáforas, tiempo, dicción, situación narrativa, y estructura - pueden ser examinados desde todos los ángulos.” (pg.139).

Además, este proceso de escritura no es una acción solitaria, Charon insiste en que “los actos de representación proceden del sujeto que ve, el objeto visto, las perspectivas y puntos de vista, el "endometrio" estético en el que esta visión fertilizada se anida y el público para quien esta representación está siendo preparada.” (pg.140).

Otra cosa que deja en claro Charon (2015) es que la práctica pedagógica de la medicina narrativa, especialmente del ejercicio de escritura creativa como representación de las experiencias clínicas, no es lo mismo que los grupos de apoyo o las sesiones de ventilación emocional, si bien podrían ser de utilidad en el manejo de las emociones de los estudiantes.

Tampoco son similares a las reuniones de Literatura y Medicina. Se diferencian de las primeras en que las reuniones de medicina narrativa se enfocan en los textos leídos y escritos, no en las quejas o lamentaciones; mientras que de las segundas se distinguen en tanto que, en las clases de Literatura, si bien sobresale el papel de la obra literaria, sea una novela, un poema u otra cualquiera pero siempre ajena a los participantes, y que pueden o no ser comentadas, interpretadas y opinadas, en las clases de medicina narrativa, los textos leídos y escritos son propios de los estudiantes o con características

comunes a estos, por lo que se produce un compromiso con ellos. Estos textos son tratados con rigor y analizados con métodos literarios como el *close reading*. Esta es la regla a la que Charon llama “honrar los textos” (Charon, 2015).

El otro principio que Charon (2015) establece es: “los escritores necesitan lectores”, y aquí intenta reunir los dos movimientos de la medicina narrativa que conforman el espiral atención-representación. Si la atención estaba relacionada con el acto de lectura, la representación lo está con el de escritura. Esto es importante porque, hasta que una percepción no sea capturada en una representación, es evanescente y no está disponible para su consideración (Charon, Hermann, & Devlin, 2016). Charon anota: “en la medicina narrativa estamos convencidos de que no se conseguirá la atención y no funcionará sin el corolario obligatorio de la representación.” (pg.137), dando a entender la necesidad de representar para atender, si bien lo contrario también es menester, es decir, atender para representar, pues la “luz” de la atención en el sujeto es la que permite representar algo (Charon, 2006).

Estas habilidades de representación que son enseñadas, y que les posibilita a los estudiantes aprender a representar sus experiencias, no serían nada sin la lectura atenta de los textos, acción que se produce en una primera etapa. Lo que se escribe en las sesiones de medicina narrativa debe ser escuchado o leído, esto es fundamental según Charon (Charon, 2006). La representación es siempre un diálogo en el que el receptor de la obra aporta una respuesta necesaria al creador de dicha obra, es alguien que le ayuda a definir el sentido. Estas observaciones sobre el papel del receptor posibilitan entender que el estudiante de medicina que escribe se debe primeramente al mismo estudiante que lee (Charon, Hermann, & Devlin, 2016).

Gracias a todo este bagaje, el equipo de trabajo de medicina narrativa de la Universidad de Columbia ha demostrado que los estudiantes de medicina pueden ser cada vez mejores escritores, capaces de una mayor y más compleja capacidad de capturar sus experiencias en un lenguaje que pueda ser transmitido a otros. Este equipo tiene la seguridad de que los estudiantes deben desarrollar capacidades creativas e imaginativas para la representación (Charon, Hermann, & Devlin, 2016).

Con este fin, a los médicos se les autoriza escribir en un lenguaje ordinario sobre lo que observan y experimentan en el cuidado de los pacientes, sucesos acaecidos en muchos y

diferentes escenarios. Otro asunto destacable es que, para el equipo de Charon, la escritura no está desligada del ambiente clínico, por lo que los estudiantes suelen incluir en sus escritos hallazgos del examen físico, dudas diagnósticas, planes y evaluaciones terapéuticas. Al fin y al cabo, la intención es que los estudiantes crezcan y se formen como médicos pero con una capacidad renovada de representación, que pueda ser también creativa y reflexiva (Charon, Hermann, & Devlin, 2016).

Con respecto a esto último, Charon (2006) es muy clara en enfatizar que la escritura siempre ha estado presente en la cotidianidad de la actividad de los médicos y otros profesionales de la salud. En el caso de las formas de escritura propiamente médicas, Charon hace una distinción entre las historias clínicas hospitalarias o expedientes hospitalarios, de carácter público, y las notas o registros de oficina, documentos de las consultas médicas de carácter más bien privado. Esta diferenciación es importante porque ella las dispone como dos formas de escritura médica, dos géneros diferenciados con características únicas. Un análisis superficial de las historias clínicas hospitalarias revela que son textos especiales y con unas características específicas que se han venido cimentando a lo largo de la historia.

Charon da una fecha precisa para el inicio de la costumbre de hacer una historia clínica para cada paciente, ella ubica que esto pudo haber comenzado a suceder en el contexto norteamericano a partir del año 1916, ya que antes no era habitual que los registros sean personales. Es verdad que existen muchos análisis lingüísticos de la historia clínica, pero lo que intenta resaltar Charon son algunos aspectos peculiares que permitan comprender la estructura del texto.

Lo primero que destaca es que las historias clínicas están concebidas en un orden cronológico, y que son dependientes de la temporalidad de los sucesos. También señala que están escritas casi en su totalidad en el tiempo presente gramatical, así como en futuro, siendo que muy pocas veces se acude al pretérito en las formas simples. Lo que si puebla las gramáticas de las historias clínicas de acuerdo con Charon son la voz pasiva o la voz imperativa.

Otro elemento que subraya es la iteratividad de las notas escritas, al menos de algunos datos que son constantemente repetidos y que aseguran la certidumbre sobre ciertos aspectos de las historias y condiciones de los pacientes, principalmente el diagnóstico

que es repetido un sinnúmero de veces. Este rasgo iterativo de las notas probablemente sea una prueba de que cada autor nuevo ha leído a los anteriores, que conoce la historia del paciente, que entiende su situación y que hace suya la interpretación actual (Charon, 2006).

Pero el rasgo más llamativo y a la vez conflictivo de la historia clínica es quizá la deliberación sobre el autor, los múltiples cuestionamientos que devienen de su inestabilidad y pluralidad. Pluralidad puesto que en una historia clínica intervienen un número variable de autores, todos muy diferentes; e inestabilidad porque remite a otros asuntos conflictivos sobre la autoridad y responsabilidad de estos autores. La convención es que la historia clínica está escrita por un *narrador borrado*, es decir, por un autor que silencia su propia voz (Charon, 2006).

Esto tiene una connotación pedagógica en el sentido de que los estudiantes de medicina van aprendiendo a escribir las historias clínicas con un “estilo apropiado” que generalmente involucra que el médico reprima su propia voz, su propio “yo”. Además, cada autor individual escribe como si representara el punto de vista de un conjunto de individuos, haciendo hincapié en el conocimiento colectivo del grupo y escondiendo las acciones individuales y las responsabilidades personales (Charon, 2006).

Para Charon (2006), esto forma parte del “poder retórico” de los escritos médicos, es parte de la forma y contenido de las historias clínicas hospitalarias y de cualquier otra forma de registro médico. Esto da pie a discutir algunos de estos aspectos conflictivos ya prevenidos, en especial, los derivados del uso inadecuado de la retórica por parte de los médicos. Pero antes de cuestionar dicho poder, Charon se pregunta si sabemos lo suficiente sobre las consecuencias clínicas de tal desprendimiento y borramiento autoral como para cuestionar su sabiduría implícita (Charon, 2006).

En definitiva, y más allá de los debates sobre la retórica y el significado que podrían entrar en análisis postestructuralistas más profundos, la preocupación de Charon (2006) se enfoca en los aspectos instrumentales de las representaciones escritas bajo la forma de las historias clínicas hospitalarias que se han sobrestimado, siendo que otros aspectos más reflexivos se han perdido. En otras palabras, no es posible concebir las historias clínicas hospitalarias como medios para la práctica reflexiva en tanto su forma y contenido está dispuesto de un modo pragmático.

En la posición de Charon (2006), el otro género de escritos médicos, los registros privados, serían formas más adecuadas a las intenciones holistas de la práctica profesional, y tendrían algunas características distintas a las historias clínicas hospitalarias que podrían resultar beneficiosas. El primer punto es que, en las notas de los registros privados, al ser de un carácter más intimista, los médicos encontrarían un espacio para poder ser honestos en sus representaciones y colocar algunas incertidumbres con respecto a su labor.

Descuellan apuntes que muestran una atención veraz hacia las preocupaciones de los pacientes, algunos datos biográficos y de relevancia de la vida de estos que confirman la conexión conquistada a fuerza de diálogo sincero. Para demostrar este grupo de supuestos, Charon ofrece el ejemplo de su propio padre quien fuera médico practicante por muchos años y que solía llevar registros como los aquí indicados, archivos que años después serían revisados por su hija también médico como él.

Da la impresión que Charon utiliza ejemplos como este, o los basados en su propia práctica, para justificar la pertinencia de un medio idóneo en la representación cotidiana de los acontecimientos ocurridos con cada paciente como el de los registros médicos privados. Según ella, en estos registros puede haber mayor propensión, que en los expedientes hospitalarios, de que se reflejen los pensamientos y sentimientos individuales y personales del/la médico tratante.

Podría sugerirse que esto sucede porque el autor en estas formas de escritura es fácilmente reconocible, a diferencia de la *heteroglosia* de las historias clínicas hospitalarias que son escritas por varios profesionales de la salud, no sólo médicos, sino también enfermeras, terapistas, trabajadores sociales, etc; que, en definitiva, reducen al mínimo la voz idiosincrásica de cualquier autor.

La principal diferencia que Charon plantea es que las historias clínicas hospitalarias son fragmentarias en la representación del paciente, fragmentación que es útil para el abordaje clínico y terapéutico por especialidades pero que es nefasto para un abordaje integral. Los registros privados por otro lado puede que den cabida a la unidad de cuerpo, mente y espíritu que tanta falta hace a la práctica de la medicina. En conclusión, algunas formas de escritura contribuyen al esfuerzo de comprender las experiencias de

los pacientes y de quien escribe (el médico), mientras que otras corren el riesgo de que, a través de medios formales, se restrinja una visión de unidad (Charon, 2006).

Un último aspecto problemático está relacionado con las auditorías, ya que se ha venido produciendo una injerencia de actores externos en el ámbito clínico. Estos personajes externos hacen de lectores de los expedientes hospitalarios, especialmente debido al valor jurídico que contienen como documentos legales, por lo que el contenido de las historias clínicas lo leen abogados, pero también administradores o representantes de órganos de regulación y de las compañías de seguros.

A esta lectura externa no escapan los registros de las consultas privadas, que se suponían eran escritos y leídos solamente por los mismos médicos (Charon, 2006). Por trabas e inconvenientes como estos es que las formas de representación escrita de la medicina no procuran producir descripciones densas de los pacientes, menguando la riqueza potencial que podrían contener, en alusión a la capacidad reflexiva o creativa de la escritura.

De acuerdo con Charon (2006), es por esta razón que se requiere con urgencia “desarrollar maneras más directas y transparentes de representar todo el espectro de lo que médicos, enfermeras y trabajadores sociales vienen a conocer sobre nuestros pacientes y sobre nosotros mismos.” (p.146).

6.1.2.3. Afiliación

Llegamos así al último movimiento de la medicina narrativa, la afiliación. Claro que no es posible arribar hasta este colofón sin antes haber pasado por la espiral de atención-representación, una espiral que conduce hacia esta afiliación como culminación de todos los esfuerzos de la medicina narrativa. Charon (2015) es muy clara en decretar que los métodos del *close reading* y de la escritura creativa/reflexiva no serían del todo eficientes sin culminar en la afiliación.

En otras palabras, para llegar a buen puerto, la atención y la representación han de estar encaminadas desde un comienzo a conseguir la afiliación. Vemos como los tres

movimientos se complementan y se completan, y cómo los tres son interdependientes sin que sea posible concebir la medicina narrativa en ausencia de cualquiera de ellos.

En términos concretos, Charon (2006) lo describe del siguiente modo:

Encuentro que después de haber escrito tal historia, soy más capaz que si no lo hubiera hecho de notar cosas en las visitas subsecuentes. En virtud de la escritura, me envisto de la situación singular del paciente y es más probable que recuerde lo que ocurrió en las visitas anteriores y que comprenda el significado de las acciones, palabras o sentimientos (p.149).

Charon socava el edificio de la individualidad idealizada del trabajo clínico para erigir las nuevas estructuras en base a la triada de la medicina narrativa. Ya no con cimientos hechos gracias a la arduidad de las acciones por separado, sino en una comunión de todas ellas. La afiliación es sobre todo contacto, pero también comunión, comunicación, compromiso y filiación intersubjetiva, todos sinónimos. La construcción de una comunidad es la meta última de todos los empeños hasta aquí acometidos, este es el comunitarismo de la medicina narrativa. Charon (2015) además es ambiciosa en señalar que la afiliación, o mejor, las afiliaciones, en plural, se producen en cuatro diferentes dimensiones y con cuatro distintos actores, todos parte de la comunidad que se pretende construir.

Primero y más importante la afiliación con los pacientes, y en este caso, los métodos de la medicina narrativa podrían refinarse. Como muestras de aquello tenemos que los médicos podrían compartir sus notas con sus pacientes, mostrándoles lo que han escrito de forma reflexiva sobre ellos, y animándoles a retroalimentar y escribir de vuelta. Después, la afiliación también se produce de forma no menos vital con los colegas (equipo multiprofesional), con la esfera pública y comunitaria, y, finalmente, la afiliación de los médicos consigo mismos.

Es así que podemos ver el gran alcance de la afiliación que no es nada despreciable si comprendemos que verdaderamente es factible tener un grado de responsabilidad en todos estos niveles y en estas múltiples relaciones. El rasgo más distintivo de la afiliación es que conduce a una acción concreta, no quedándose en la nebulosidad teórica. Es más bien una conjunción teórico-práctica que transforma las realidades clínicas.

6.1.3. *Parallel chart (registro paralelo)*

En el capítulo del libro *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness* (2006), correspondiente al *parallel chart*, Charon comienza explicando que su intención es mostrar una “puesta en escena” de lo que normalmente hace cuando utiliza el registro paralelo en las sesiones de medicina narrativa. En este sentido, no trata de ofrecer un abonamiento teórico o de entrar en una discusión teórica – pedagógica, a pesar de que los fines pedagógicos siempre están presentes, sino de describir una herramienta y un método para la enseñanza clínica en un contexto determinado como las prácticas hospitalarias.

El escenario propuesto por Charon es un típico hospital en el cual los estudiantes de medicina llevan a cabo sus prácticas. En el caso virtual que desarrolla, los estudiantes están atravesando su rotación de Medicina Interna, han sido incorporados a un equipo de guardias y se encuentran cumpliendo funciones habituales de acuerdo a su condición de formantes, posición dentro del equipo, y nivel de experiencia. En este supuesto y para las actividades a desarrollar, Charon cumple el rol de preceptor a cuyo cargo se encuentran los estudiantes en mención. Las sesiones que supervisa, durante las cinco semanas que tiene la rotación en total, se dan tres veces a la semana por una hora y media aproximadamente, y versan sobre temas relacionados con las patologías específicas de los pacientes del Departamento de Medicina Interna.

Después reconocer su insatisfacción por la carencia de un método que examine la experiencia (de pacientes relacionada con la enfermedad y de los propios médicos con respecto a su práctica) y todo lo que de allí pudiera devenir, y luego de denunciar que los métodos de enseñanza de la clínica se han venido especializado en transmitir conocimientos reduccionistas y desarrollar habilidades y destrezas técnicas sin dar espacio a otros aspectos más relacionados con la interioridad y la reflexión, Charon revela que, para contrarrestar lo anterior, creó la herramienta pedagógica del registro paralelo en 1993, siéndole de gran ayuda desde entonces. Son por estos motivos que, como añadidura del estudio clínico, Charon también les pide a sus estudiantes escribir

en un lenguaje ordinario *sobre* los pacientes en el registro paralelo, esta es la distintiva del método que desarrolla.

Tratando de ser más específica, Charon señala que les solicita a sus estudiantes escribir por lo menos una vez cada semana, una entrada, la misma frecuencia con la que el pequeño grupo a su cargo hace las sesiones de medicina narrativa durante la rotación. Además, durante las sesiones, los estudiantes deben leer en voz alta lo que han escrito en el registro paralelo frente a sus compañeros, en un compartir de las experiencias. La percepción de Charon (2006) sobre los escritos es generalmente positiva, de igual forma su apreciación es significativamente valiosa debido a la experiencia acumulada por ella; en sus propias palabras:

Desde el principio, los estudiantes han escrito poderosamente sobre su profundo apego a los pacientes, su asombro ante el coraje de estos, su sentido de impotencia frente a la enfermedad, su rabia ante las injusticias, la vergüenza y la humillación que experimentan como estudiantes de medicina, y los recuerdos y asociaciones provocadas por su trabajo. Han encontrado consuelo escuchándose unos a otros en la lectura de los registros paralelos, comentando a menudo que ya no se sienten solos en su tristeza o culpabilidad. (p.156).

Intentando delimitar el proceso de aplicación del registro paralelo, Charon distingue entre las sesiones de medicina narrativa de otros tipos de sesiones con grupos pequeños, tales como los grupos de apoyo; sean estos de autoayuda, de ventilación o de terapia grupal. Ahora bien, esta aclaración es pertinente en el sentido de que permite desconectar el uso de esta herramienta pedagógica, como lo es el registro paralelo; pero también de los métodos de la lectura y la escritura efectuados en los ambientes educativos y clínicos, de otros tipos de recursos que tienen algún tipo de mediación en el dominio emocional. Charon es enfática al indicar que el objetivo del registro paralelo no es tanto conseguir el “bienestar emocional” de los estudiantes, si bien llega a admitir que sí se obtienen ciertos beneficios en esta materia.

Para Charon, y en esto no da concesiones, la finalidad del registro paralelo está estrechamente ligada al desenvolvimiento clínico, en relación a entender mejor las experiencias de pacientes y estudiantes. Lo que está en coherencia con lo que ella, en calidad de tutora clínica, ha sostenido desde un principio, que las prácticas textuales son parte esencial de la formación médica, no tanto por sí mismas, sino porque favorecen a la efectividad del trabajo clínico.

La justificación para tomar distancia de enfoques más emparentados con los dominios emocionales nos proporciona una idea de la importancia que otorga Charon al registro paralelo como herramienta pedagógica y específicamente clínica. De acuerdo con ella, los motivos para tal distanciamiento son más bien prácticos. En primer lugar, quiere alejarse de la idea sesgada y prejuiciosa de que las innovaciones curriculares basadas en las humanidades médicas, como aquellas que tratan de servir a la educación de las emociones, están condenadas al fracaso.

Los adjetivos o las etiquetas que utiliza, asumiendo que son impuestas a tales iniciativas por la cultura médica, de ser “sensibleras” o “suaves”, es revelador del hecho de que ella mismo pertenece a esta cultura. Sin embargo, la demarcación de las posturas psicologicistas es de sobra acertada, pues, que se considere esta herramienta destinada a aquellos estudiantes con alguna patología mental, psiquiátrica, o simplemente a aquellos que tienen problemas para hacer frente a las situaciones difíciles, es de por sí un error y un prejuicio que no beneficia en nada a la formación clínica. Charon es firme al dictaminar que el ejercicio de escritura reflexiva, tal como sucede con el registro paralelo, debería ser un método común y hasta universal en la formación del médico.

La justificación final, y quizá la más obvia porque la propia Charon así lo hace saber, es que ella mismo no se encuentra preparada para manejar grupos terapéuticos por no ser una profesional de la salud mental. Lo que por el contrario hace es actuar en base a su formación clínica y literaria, utilizando los métodos del *close reading* y la escritura creativa/reflexiva.

Otra diferencia que es importante señalar de acuerdo con Charon es que el registro paralelo no es lo mismo que un diario personal. Probablemente la divergencia principal sea que el foco de la escritura no está en examinar la propia vida del estudiante, al menos no en el aspecto más privado e íntimo, pero sí en el relacionado con su experiencia formativa clínica. Con toda seguridad, el foco de la escritura es un paciente en particular, sobre el que recae la experiencia del encuentro que ha tenido cada estudiante. Asimismo, que la actividad se haga pública asegura que existan límites para lo que se pueda decir. Aun así, asumir que el foco es el paciente no significa que se dejen a un lado las experiencias del estudiante en primera persona.

Charon apunta que, al escribir algo así como la biografía de un paciente, esta se llega a entretener con la autobiografía del estudiante, lo que quiere decir que los recuerdos, reminiscencias, sensaciones, asociaciones y disposiciones del estudiante emergen en la escritura. De hecho, Charon llega a mencionar que la lección más duradera que ha obtenido a lo largo de estos años en su trabajo con el registro paralelo es haber evidenciado la manera cómo se expone el “*self*” (sí mismo) del médico, el sí mismo de los estudiantes que ellos reconocen se devela en la escritura de los registros y en la lectura y la escucha de los otros.

El proceso pedagógico aquí descrito, de las sesiones donde se utiliza el registro paralelo, es guiado por algunos principios básicos propuestos por Charon, principios que regulan la puesta en práctica de esta herramienta en cualquier escenario y con cualquier grupo.

- *Honrar el texto*: Con esto Charon no quiere sino re-significar la razón de ser de los textos que son escritos por los estudiantes. Este principio ya fue citado cuando discutíamos la representación como el movimiento que propicia captar percepciones y construir representaciones a partir de las experiencias clínicas. Por ende, la finalidad de los textos será siempre mejorar las habilidades de escritura de los estudiantes de medicina para que puedan representar sus experiencias. Así, en cuanto que actos textuales, los escritos deben ser tratados con métodos igualmente textuales, no con métodos de análisis psicológico o peor aún sin método alguno. Para honrar un texto es preciso que sea leído, y que se lo haga atentamente. El método del *close reading* propuesto por Charon es de utilidad para esto, porque permite identificar la estructura del texto, la forma, la trama, el género, la temporalidad, las metáforas, la situación narrativa, y el deseo que motivó la escritura.
- *Pedir al escritor leer las palabras escritas*: Con este principio Charon solamente quiere advertir de que los textos deben ser leídos en vez de hablar sobre ellos. El escritor debe ser fiel a lo que representó en la escritura porque, como veíamos, lo que se espera obtener de los textos está inmerso en cómo (la forma) se los estructuró.

- *Escuchar el estilo de cada escritor:* Este principio quiere expresar que todos los escritores tienen un estilo y una voz propios. Por lo que se ha de dejar en libertad a que cada escritor demuestre su singularidad en una continuidad de estilo en el tiempo. La lectura deberá ser respetuosa igualmente de dicha particularidad de estilo.
- *Invitar a los oyentes a responder al texto:* Si de algo está convencida Charon es que los escritores necesitan de los lectores. Por demás lógica que pueda parecer esta formulación, lo que se quiere advertir es que los textos deben ser compartidos y leídos con otros para que pueda darse la verdadera alianza intersubjetiva tan propugnada. En consecuencia, los estudiantes, en calidad de escritores, al leer el texto frente a un grupo de compañeros, que vendrían a ser sus oyentes o lectores, acceden a la posibilidad de recibir retroalimentación de estos últimos, quienes les ayudan también a descubrir el sentido y aquello que ellos solos no hubieran podido haber entrevisto. Para Charon, este es un proceso dialógico de descubrimiento. Entonces, si se requiere del papel activo de los lectores y oyentes, es justo que se les estimule a que respondan a los textos leídos en voz alta. Pero también advierte que así como no existe un único estilo en la escritura, tampoco existe una única forma correcta de lectura o una única interpretación adecuada. La escritura y su intencionalidad se aúnan con la lectura y la interpretación para hallar la verdad del texto.
- *Alabar algo acerca de la escritura:* Con este principio Charon trata de ser condescendiente con la supuesta inexperiencia de los estudiantes que ensayan con la escritura. Existen destellos de maestría o incluso escritos que reflejan un manejo habilidoso del lenguaje y esto es lo que se debe destacar. No con grandilocuencia, pero sí reconociendo positivamente los elementos que, para haber sido escritos, hubieron requerido de mucha destreza y compromiso. No obstante, el papel del tutor es el de ser cauto, siendo consciente de la demanda que significa para los estudiantes tener que escribir sobre sus experiencias; lo que además sirve para detectar algunas resistencias a la escritura. Este último principio de elogiar merecidamente algunos aspectos de los escritos de los estudiantes no debe ser confundido con una ausencia de retroalimentación por

parte del tutor. No es adecuado que esto sucediera, que sólo se limitara a alabar y no a examinar el texto. La costumbre de Charon de escribir a mano algunas notas y comentarios en los textos que le entregan sus estudiantes para luego devolvérselos es iluminadora en este sentido, ya que establece un diálogo privado con cada escritor y posibilita la retroalimentación.

En la última parte del capítulo Charon recrea una supuesta sesión de medicina narrativa utilizando el registro paralelo. Para esto toma los escritos de cinco estudiantes y procede a analizar ciertos elementos de la forma y la estructura de los textos.

En estos escritos se puede evidenciar la complejidad de las representaciones que hacen los estudiantes, y a pesar de que Charon intenta ubicar un común denominador, que ella relaciona con un cuestionamiento sobre la muerte, en realidad las temáticas abordadas son múltiples, las situaciones representadas demasiado diversas y los universos creativos inconmensurables, como para determinar un proceso estándar. También varían mucho los estilos, las tramas y los géneros en los que escriben los estudiantes. En la sesión tipo de Charon, los textos son leídos en voz alta frente a los compañeros, esto implica que los estudiantes lean y escuchen, además de que analicen los aspectos formales de lo que han escrito.

Esta “experiencia intertextual” requiere que se formulen y respondan preguntas, así como que se hagan algunos comentarios sobre las similitudes y diferencias de los textos. Al final de la sesión, lo que sucede según la perspectiva de Charon es que se tiene “el sentido de volver al campo de batalla, pero encontrada serenidad, perspectiva y un bendecido retiro reflexivo.” (pg. 173). Es decir, lo que se reflexiona en las sesiones es traspasado a las nuevas situaciones que tienen que enfrentar los estudiantes a futuro, y esta es la riqueza del registro paralelo.

El registro paralelo de Charon entonces constituye una de las herramientas pedagógicas por excelencia de la medicina narrativa, constituye un medio alternativo de escritura, que en los médicos suele limitarse a la elaboración de las historias clínicas. Íntimamente emparentado con lo que sucede en la práctica clínica, el registro paralelo es una forma de escritura creativa y reflexiva, la escritura programada como metodología en la formación clínica. A diferencia de la escritura de la historia clínica, que anula la voz del

autor y que está estructurada según unas convenciones, el registro paralelo da cabida a que el autor vuelque su subjetividad, permitiendo la aparición del “yo”. Este tipo de escritura, realizada en un lenguaje no técnico, está cargado de alusiones personales, imaginativas, metafóricas, espirituales, de significado único para el estudiante y para los pacientes sobre los que escriben.

Ahora bien, los beneficios que se obtienen con el registro paralelo deben ser evaluados empíricamente. Es la misma Charon (2006) quien anuncia que ya se están realizando investigaciones para examinar estos beneficios. Como resultados provisionales señala que el registro paralelo es un medio catártico o terapéutico, fin no buscado primariamente, para comprender las emociones que se derivan de las experiencias clínicas y para comprender mejor a los pacientes sobre los que escriben.

Además, se ha encontrado que los estudiantes que escriben el registro paralelo son más eficientes en conducir las entrevistas clínicas, en realizar procedimientos médicos, y en desarrollar alianzas terapéuticas con los pacientes. También reportan más confianza en su capacidad para atender a los pacientes gravemente enfermos y moribundos y para dar malas noticias. En otras investigaciones que miden el nivel de empatía con escalas validadas se genera evidencia de que los estudiantes que escriben son más propensos, que los que no lo hacen, a mejorar su capacidad de adoptar las perspectivas de los demás. Charon menciona que este es el mayor descubrimiento que han hecho con su equipo, en sus palabras:

Nuestra comprensión provisional de este proceso es que la escritura narrativa clínicamente relevante y el examen disciplinado de esa escritura en grupos mejora las habilidades de los estudiantes en ver desde los puntos de vista de sus pacientes, una capacidad que requiere flexibilidad cognitiva e imaginativa. La capacidad de cambiar la propia perspectiva con el fin de ver los acontecimientos desde los puntos de vista de otros puede ser una habilidad crítica, y en la actualidad ausente, en los profesionales de la salud – y una habilidad que puede ser enseñada. (pg.).

6.2.Evidencias de la medicina narrativa en la educación médica

El equipo de Charon de la Universidad de Columbia ha venido generando una cantidad de evidencia para respaldar sus metodologías de la medicina narrativa en la formación

clínica. En un estudio cualitativo reciente que se realizó con 130 estudiantes de esa universidad organizados en varios *focus groups*, los investigadores encontraron, mediante un análisis de las transcripciones de estos grupos focales y utilizando la teoría fundamentada, que un currículo basado en la medicina narrativa que contiene varios seminarios de humanidades, escritura creativa/reflexiva, y artes, facilita un aprendizaje integral en lo que los autores denominan la *triada sintrópica* o las tres vías hacia el desarrollo profesional: cognitivo-interior-sensorial (Mille, y otros, 2014).

Dicha investigación organizó los resultados en categorías que se corresponden con los conceptos de la medicina narrativa, así, se pudieron relacionar las respuestas de los estudiantes con conceptos como atención, representación y afiliación, pero también con otras categorías que destacan y que podrían complementar estos conceptos, las cuales fueron: el pensamiento crítico, la reflexión, el placer, y la conexión con la medicina y la educación médica (Mille, y otros, 2014).

El modelo propuesto que incita a fomentar las dimensiones del aprendizaje cognitivo, interior y sensorial es de interés para la medicina narrativa debido a que se ha construido en base a las experiencias de los propios estudiantes. Otras investigaciones han hecho uso de las narrativas de enfermedad personales y la escritura reflexiva para evaluar la mejora en la empatía (DasGupta & Charon, 2006), o incluso, mediante los métodos de la medicina narrativa, se ha tratado de enseñar competencia cultural (DasGupta, y otros, 2006). Este conjunto de evidencias para la educación médica han de ser tomados en cuenta como un aporte significativo de parte de este equipo para el campo de la medicina narrativa.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio: cualitativo, descriptivo, interpretativo, evaluativo y colaborativo (colectivo), estudio de caso

En primera instancia es preciso indicar, tomando una postura más bien consciente, que la perspectiva epistemológica que sigue la investigación se enmarca dentro del paradigma cualitativo interpretativo (Vasilachis de Gialdino, 2006), esto debido a que los fenómenos a estudiar poseen un mayor peso hacia las subjetividades e intersubjetividades en el plano de la educación, específicamente de la educación médica, con un marcado interés por lo interpretativo de estos procesos educativos.

Además, el proyecto se enmarca dentro del pensamiento complejo propuesto por Morin (1997) pues “el paradigma de la distinción/conjunción, [contrario al de la disyunción/reducción/unidimensionalización], no contradice ni teórica, ni epistemológica, ni ética, ni políticamente al paradigma cualitativo; todo lo contrario, ambos demandan navegar en los mares de la incertidumbre y la creatividad.” (p.). Las tradiciones teóricas y los supuestos ontológicos - epistemológicos a los que se ciñe la investigación son: la hermenéutica, el constructivismo, y el construccionismo social, así como el campo de los estudios (auto) biográficos y la investigación biográfico-narrativa.

Para escoger la metodología se siguieron como criterios de selección: la finalidad del estudio (Colás Bravo , 1998), idoneidad para responder a la pregunta/problema de investigación y alineamiento con los propósitos y objetivos de la misma. Es justo resaltar con anterioridad que la educación médica ha sido tradicionalmente abordada mediante investigaciones de corte cuantitativo de diseño experimental, aunque es verdad también que, en los años recientes, se ha dado cada vez mayor cabida a investigaciones evaluativas de programas; del mismo modo, se ha comenzado a reconocer la idoneidad de los métodos cualitativos para abordar situaciones complejas derivadas de motivaciones e intenciones humanas en contextos sociales y culturales específicos (Harris, 2003), como lo serían los problemas de la educación médica en una determinada institución.

Antes de la selección de la metodología, es importante señalar que existen algunos intentos por clasificar los tipos de investigación en educación médica, intentos que han dotado a los investigadores con herramientas conceptuales y marcos teóricos para explorar este campo que permanecía en el abandono. Un ejemplo, que ha sido de gran ayuda a nuestros propósitos, es la clasificación propuesta dentro de las guías realizadas por la *AMEE*⁸⁰ (Ringsted, Hodges, & Scherpbier, 2011).

Dentro de esta clasificación, de cierta manera se ha restado importancia a los estudios descriptivos que se asemejan a lo que intenta hacer la investigación que estamos formulando, al considerar que la indagación, en el caso particular de unos programas o centros educativos, no puede entrar en los marcos investigativos académicamente consensuados. Más claro, se asume que estos estudios descriptivos no se corresponden con la rigurosidad propia de una investigación científica.

Sin embargo, en la misma guía se hace la pertinente aclaración de que, en el presente, se están aceptando estos tipos de trabajos siempre y cuando sigan una orientación metodológica hacia la investigación – acción, la investigación basada en diseño o los estudios de caso (Ringsted, Hodges, & Scherpbier, 2011). Estas aclaraciones nos permitieron considerar, dentro de la gama de métodos cualitativos, al estudio de caso como el método más idóneo para nuestras intenciones; pero no en referencia al método sociológico clásico, sino más bien al estudio de caso como diseño de investigación (Vasilachis de Gialdino, 2006), lo que ha permitido también la integración metodológica.

Se adopta la propuesta de investigación cualitativa de aplicación al estudio de casos en educación de Sharan Merriam (1998; 2009). Para esta autora, la metodología de casos tiene carácter de ser particularista, heurística y descriptiva (Merriam S. , 1998). En lo que se refiere a la particularización, se entiende al caso como una unidad o entidad limitada, en el caso educativo, puede tratarse de un grupo de personas, un currículo, o un programa. Esto es de suma importancia ya que esta investigación se centra nada más que en una sección del currículo y del plan de estudios, más certeramente en algunas

⁸⁰ AMEE: An International Association for Medical Education. Esta asociación ha desarrollado un grupo de guías que pueden ser un punto referencial en la educación médica y la investigación en educación médica.

asignaturas y en un programa, donde se desenvuelven los sujetos en calidad de profesores y estudiantes que conforman en sí el caso.

Además, se hace un acercamiento a la propuesta metodológica de Robert Stake (2005), quien propone tres tipos de estudio de casos para la investigación educativa: estudio de caso intrínseco, estudio de caso instrumental y estudio de caso colectivo, siendo los dos últimos los tipos más adecuados para ilustrar el estudio de caso que proponemos, es decir, asumimos que el caso está al servicio de una construcción teórica cuya mira es, hasta cierto punto, la generalización “naturalista” (Stake, 2005).

La adecuación de este enfoque metodológico nos permite abordar un estudio de dos casos, a manera de producción colectiva. Igualmente, siguiendo la ruta de los estudios de caso que sugieren estos dos autores, el objetivo final es la construcción de elementos conceptuales derivados de las humanidades médicas y la medicina narrativa que contribuyan a la educación médica.

Como acápite final a considerar, pero no por eso menos importante; por el contrario, el de mayor relevancia creo yo para comprender esta tesis, se posiciona el aporte epistemológico y metodológico de Jaramillo (2006) derivado de su tesis doctoral en cuanto a la subjetividad en la formación de investigadores dentro de los procesos investigativos en educación. Para este educador colombiano, el método de investigación tradicional no toma partido del sujeto investigador como ser sentí-pensante con una intencionalidad frente al proyecto, no lo ve dentro del contexto, quedando fuera en nombre de la objetividad; cuando el que investiga, de acuerdo con Jaramillo, implica su propia vida junto a otros sujetos sociales.

Esta perspectiva supera el dilema eterno del sujeto cognoscente frente al objeto del conocimiento, conocimiento del ser que hace de la ciencia un saber encarnado según el mismo autor. En consecuencia, la metodología no puede entenderse como una serie de pasos establecidos.

Para Jaramillo, toda la investigación y su metodología es un proceso de *configuración creadora*, en donde se da un peso importante a lo subjetivo, y en donde tienen un papel importante la creatividad, el juego, el amor, el deseo y la enacción (Jaramillo Echeverri, 2006). Esto significa que las problemáticas traspasadas por la subjetividad personal del

investigador-a, son articuladas de tal manera que hacen parte activa de los procesos investigativos, y de las cuales no es posible desprenderse.

Estas consideraciones me han permitido aliviar el peso con relación al impase que me sobrevinía al tratar de diseñar una investigación que de alguna u otra manera no me era indiferente y en la cual sentía la necesidad de hacer partícipe a mi subjetividad. En aras de la claridad, si bien comenzó el interés por la medicina narrativa, las humanidades médicas y sus implicaciones en la educación médica como algo puramente abstracto y externo, como un hallazgo fortuito perteneciente a un dominio que no estaba a mi alcance, paulatinamente me fui dando cuenta de que mi propio proceso formativo – por el que seguía transitando mientras hacía esta tesis – se iba involucrando.

En parte, al asumir que mi educación como médico hubiera podido obtener mucho de la riqueza de la medicina narrativa y las humanidades médicas; y frente a la oportunidad de sugerir, desde un principio, un cambio a las autoridades académicas de la facultad donde fui formado mediante mi trabajo, es que me veo en la necesidad de buscar una alternativa para justificar mi experiencia en primera persona. La propuesta de Jaramillo me permite colocar elementos de mi subjetividad y de mi contexto en la investigación que ahora planteo, esto afecta directamente a la metodología y, en última instancia, a la selección de los casos.

2. Selección de los casos: Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (FM-PUCE) y Carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali (CM-PUJ Cali)

Me gustaría primeramente resaltar la importancia del contexto histórico al que me introduzco. Sin duda, el hecho de que los movimientos de la medicina narrativa y las humanidades médicas hayan alcanzado un renombre y ganado espacio en la medicina y la educación médica a nivel internacional, especialmente en algunos países anglosajones y europeos (Charon, 2013), es de interés también para los ámbitos educativos médicos en Latinoamérica. En nuestra región se está comenzando a tomar conciencia de la necesidad de buscar modos de implementar estos modelos de una forma crítica, y que al

mismo tiempo respondan a las particularidades de las condiciones sociales, culturales, económicas, y hasta pedagógicas de los países latinoamericanos.

Es imperativo, por tanto, comenzar a explorar el trabajo que han realizado las facultades que han venido desarrollando los aportes pedagógicos de la medicina narrativa y las humanidades médicas. Para lograr esto, me introduzco en el medio universitario de América del Sur, en especial en los países vecinos de Colombia y Ecuador; o más detalladamente, en dos universidades y sus facultades de medicina correspondientes.

El caso elegido de la Carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali (CM-PUJ Cali) es paradigmático en el sentido de que allí se ha venido implementando un programa innovador de medicina narrativa desde hace 6 años. Al consistir una especie de excepción de la norma, porque no existe –al menos después de la búsqueda minuciosa realizada⁸¹- un programa similar de medicina narrativa en esta región del mundo, es pertinente explorar su experiencia en el marco de un proceso investigativo hermenéutico.

Una vez seleccionado el caso emblema de la CM-PUJ Cali, el siguiente paso fue encontrar un contrapeso, otro caso que aportase a la complejización y problematización de las temáticas estudiadas. El primer inconveniente fue que, al ser el caso de Cali tan único en lo que respecta a la medicina narrativa, no existía la posibilidad de encontrar un caso semejante o medianamente parecido en este aspecto para la realización de un estudio de caso comparativo, a parte de la singularidad de cada institución de formación médica en lo que tiene que ver con los procesos de enseñanza - aprendizaje. Esta dificultad no fue del todo insuperable, una solución consistió en apoyarse en el otro gran campo teórico y conceptual que maneja esta tesis, las humanidades médicas. Es por esto que preferí hacer un estudio de caso más bien colectivo, ampliando la visión de la medicina narrativa con la de las humanidades médicas.

La alternativa fue ubicar un programa de medicina que contuviera a las humanidades médicas dentro de su currículo. No obstante, esto pudo haber sido un obstáculo porque no en todas las facultades de medicina se reconoce con este término a las Ciencias

⁸¹ De hecho, existe un programa de Medicina Narrativa actualmente en curso en la Universidad de La Sabana de Bogotá, Colombia; sin embargo, al ser tan reciente, y al haber surgido por la cercanía con el programa de Cali en lo que tiene que ver con una cierta reproducción de los modelos pedagógicos, se evitó hacer una comparación entre esas dos universidades.

Sociales, Humanidades o artes que tienen un papel en la formación médica. Sin embargo, con el simple hecho de ser parte de las disciplinas o áreas del saber-hacer antedichas, se dio por saldado este pequeño inconveniente. Aun así, esta consideración no resolvía el hecho de que la comparación no podía hacerse dentro de unos parámetros de similitud, ya que medicina narrativa y humanidades médicas, por definición, son dos campos tan extensos como heterogéneos. La revisión teórica colaboró en la disminución de estas tensiones al tratar de reunir las dos perspectivas, no del todo ajenas, pues, durante la indagación histórica, se pudo revelar que ambos campos tenían orígenes cercanos, ciertas metas comunes, y que podían efectivamente ser reducidos en un solo modelo teórico, al menos en la educación médica.

A pesar de todo esto, no se despejaban del todo las sospechas por la imposibilidad de hacer una comparación de casos que no tuvieran un mínimo de equivalencias, aunque el mínimo estaba asegurado por lo que se explicó anteriormente y se evitó la comparación optándose por la colaboración.

En definitiva, la elección del caso de contrapeso, que no es otro que la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (FM-PUCE), se dio por otros justificativos que ahora expongo en detalle. En principio, esta facultad es la institución en la cual me formé como médico, con la que tengo mayor cercanía y de la cual tengo experiencia en carne propia de los procesos de enseñanza-aprendizaje desenvueltos en el currículo.

En otras palabras, es la facultad que conozco y de la que tengo conocimientos, aprendizajes, memorias, recuerdos, afinidades, cariño, asperezas, resentimientos, esperanzas, pero por sobre todo gratitud, especialmente hacia los profesores. La facultad de la que acabo de egresar y a la cual debo y quiero devolver parte de lo que me ha entregado. Si digo todo esto es para tratar de esclarecer que tomo muy en serio la postura epistémica de Jaramillo (2006) que me invita a volcar mi subjetividad y mi experiencia personal en la creación y configuración de una propuesta investigativa.

Pero volviendo a la justificación para la elección de la FM-PUCE como el caso de estudio, debo decir que hubo un interés implícito por aplicar los conocimientos generados por el trabajo de tesis en la facultad a la que pertenezco. Era mi deseo -y sigue siéndolo- colaborar con el proceso de rediseño curricular por el que actualmente está atravesando la FM-PUCE, especialmente por la cercanía que obtuve con algunos

encargados de dicho proceso, mi directora de tesis y algún otro profesor participante en la misma. Lo que me interesa, por sobre manera, es que el rediseño curricular sea influido por los constructos teóricos, metodológicos y pedagógicos de la medicina narrativa y de las humanidades médicas con los cuales podría aportar este trabajo. Fue así que me propuse tratar de diseñar un estudio de casos colectivo entre las dos facultades, la de Cali, y la de Quito, para que, al final, los aciertos de la CM-PUJ Cali sean adoptados por la FM-PUCE, aunque a sabiendas de que era posible también lo contrario.

Si hubiera continuado con la insistencia de hacer un estudio de caso comparativo, tal como creía estar haciendo, ese ejercicio en algún punto del camino me pareció un “comparar lo incomparable”, ya que no encontraba puntos en común en donde sustentar los análisis, solamente tenía lo básico para iniciar una comparación: la discrepancia más que aparentes entre las dos facultades. Sin embargo, es necesario destacar las características comunes de estas dos universidades hasta donde sea posible, y lo único previsible, ya desde un primer momento, es que se trata de centros de educación superior privados, regentados por la Compañía de Jesús, que cuentan con facultades de medicina relativamente jóvenes y que son reconocidas a nivel local.

La CM-PUJ Cali, con su programa de medicina narrativa, me permitía indagar y profundizar en este campo, pero la ausencia de un programa similar en la FM-PUCE era un obstáculo importante que se generaba. Por otra parte, la FM-PUCE, en el denominado “Eje psicosocial” del currículo, tenía asignaturas que podían pasar por algunas humanidades médicas y que entraban en el terreno de mi interés. La solución providencial vino de la mano con un cambio en mi propia concepción de lo que es hacer una comparación, en especial cuando se tiene dos elementos que son tan diferentes.

Fue así que determiné que los casos y su complejidad intrínseca, las teorías, modelos y disciplinas de los cuales se derivan, tienen que caer necesariamente en las dimensiones de la “inconmensurabilidad”, concepto tomado de la filosofía de la ciencia del que ahora me apropio para la definición de estos dos casos como inconmensurables. Esto no significa que no es factible hacer algún tipo de comparación, muchos conceptos de una teoría unificada son deducibles o no, pero sí comprensibles en la medida de su intertraducibilidad, es decir, en la posibilidad de ser traducidos entre ellos. Estas

maniobras me permitieron ir de una teoría a otra, de un grupo de conceptos y nociones a otro y de una asignatura (disciplina) a otra.

Tal como indiqué previamente, la medicina narrativa y las humanidades médicas son campos relacionados, por lo que hablar de Literatura y de Comunicación, por ejemplo, es permanecer en un apartado común, o igualmente hablar de Estética y Antropología, en donde existe un sustrato semántico que sirve de orientación, sobre todo en lo que tiene que ver con la educación médica.

Lograda ya la selección de los casos a investigar en términos macro, y contextualizados en algunos aspectos básicos, lo que queda es establecer concretamente las unidades de análisis que conforman verdaderamente los casos dentro de las dos facultades. La investigación en ese sentido se enfoca en: por parte de la FM-PUCE, en algunas asignaturas del “Eje psicosocial”, mientras que, por parte de la CM-PUJ Cali, en el programa de medicina narrativa que incluye la revista. Los individuos o grupos con los que se trabajó son los directamente relacionados con estas áreas.

Por último, quisiera mencionar que la selección de la CM-PUJ Cali como caso de estudio, que en un principio parecía haber sido preferido solamente por la conveniencia de ser un programa destacado en un contexto geográfico determinado, y porque había desarrollado una experiencia importante de medicina narrativa en la región, se dio en un proceso progresivo de acercamiento y simpatía.

De un intercambio de correos electrónicos, que mantenía la incertidumbre de saber o no si una visita se consumaría en algún momento, a una apertura completa por parte del equipo de medicina narrativa de esta universidad. De un interés mío puramente teórico a una fascinación y un comprometimiento con lo que allí estaba sucediendo. Mis palabras en una carta enviada al equipo de medicina narrativa de la CM-PUJ Cali un tiempo después de la visita que les hice, denotan todo el proceso vivencial por el que atravesé. En ese entonces escribía:

No dejo de pensar en que realmente pasó, que estuve en Cali, que estuve visitándoles, que pude compartir con ustedes algunas ideas, dudas, anécdotas, descubrimientos, sueños, utopías. Digo que no lo puedo creer aún porque al principio me parecía casi imposible, simple capricho de un académico novato que no tiene sentido de la realidad. Ahora puedo decir que el viaje a Cali me ha dado un nuevo sentido de la realidad y una capacidad de encuentro renovada, más allá de la finalidad del viaje y de lo que pude o no recoger para la tesis. Quiero destacar una palabra que considero es la que más representa toda la experiencia: encuentro. ¡Qué bello!

3. Selección de informantes

Es necesario advertir que al ser esta una investigación cualitativa no se habla de estrategias de muestreo ni de la muestra al referirse a los sujetos que participaron en la investigación. Se prefiere en este caso hablar de informantes, aunque en realidad no sólo ofrecen información, sino que construyen significados. La selección de los informantes fue intencional y por conveniencia en vistas a la construcción teórica.

Además, existieron algunas limitaciones en cuanto al tiempo corto de permanencia en la universidad de Cali que, finalmente, no significó mayor dificultad si se lo toma en cuenta en términos de la sincronía. Esto sí repercutió en el número de informantes para el estudio de este caso. Por otro lado, en el caso de la FM-PUCE, el proceso de investigación fue más diacrónico. Las unidades de análisis son, tal como se han ido sugiriendo a lo largo de este capítulo metodológico, de por sí, entidades muy precisas que responden a una singularidad y una complejidad inherentes, esto no quiere decir que no sean afectados por los contextos sociales. Por esta razón, en los dos casos seleccionados, estas unidades tienen un papel restringido pero importante para los propósitos de la investigación.

Para tratar de equilibrar los análisis, y disminuir en algo la disparidad de los casos, se trató de seleccionar igual número de informantes (Tablas 2 y 3) en cada caso. Así, en la FM-PUCE, dentro del eje curricular “Psico-social”, nos limitamos a tomar en cuenta tres asignaturas que consideramos las más adecuadas a nuestros objetivos: Comunicación, Antropología Médica y Socio-Antropología, además de tomar en consideración a los docentes de cada una. En cuanto a los estudiantes de este caso, el propio investigador fungió como sujeto de investigación.

En la CM-PUJ Cali consideramos que el programa de medicina narrativa, que a su vez se subdivide en una asignatura y en la revista, ambas con el mismo nombre, es la unidad de análisis más adecuada, aquí también participaron un grupo interdisciplinario de tres docentes y un par de estudiantes.

Tabla 2*Informantes de la PUJ-Cali*

Nombre del informante	Asignatura a la que está vinculado	Perfil (profesional)	Otros informantes
Pedro Rovetto	Medicina Narrativa Historia de la Medicina Patología	Médico, especialidad en Patología Clínica y en Medicina Transfusional.	Estudiante 1
Gloria Inés Flórez	Medicina Narrativa Medicina basada en la etiqueta	Trabajadora Social. Especialista en administración del talento humano. Magister en administración de empresas.	Estudiante 2
Florencia Mora Anto	Medicina Narrativa	Licenciada en Ciencias Sociales; licenciada en literatura; especialista en la enseñanza de las ciencias sociales con énfasis en historia de Colombia y Magister en Filosofía.	

Fuente: elaboración propia.**Tabla 3***Informantes de la PUCE*

Nombre del informante	Asignatura a la que está vinculado	Perfil (profesional)	Otros informantes
Alexis Rivas	Antropología Médica	Licenciado en Antropología; Maestro en ciencias sociales con mención en Antropología; PhD (c) en Ecología.	Investigador
José Sola	Socioantropología	Médico, Master en Salud Pública.	
Daniel Maldonado	Comunicación	Licenciado en Comunicación Social con especialidad en desarrollo; diploma superior en docencia universitaria; Magister en literatura infantil y juvenil.	

Fuente: Senescyt y elaboración propia.

Quisiera explicar que, al estar esta investigación en la línea educativa, mi idea fue centrarme en las cuestiones pedagógicas que inciden potencialmente en los procesos de enseñanza-aprendizaje, particularmente desde un enfoque de la medicina narrativa y las humanidades médicas. Del mismo modo, si el objetivo tendía crecidamente hacia lo teórico, pero siempre con relación a la práctica, lo que buscaba era una reflexión que alimente esta praxis educativa.

Es así que mi interés fue centrarme en las interpretaciones y comprensiones que funcionan en un ir y devenir de un *continuum* hermenéutico de los docentes y discentes, profesores y estudiantes. Ellos son los principales actores, aunque, debido a la tendencia general en desestimar el rol docente en la práctica educativa, tomada como una labor mecánica y técnica de planificación más que como una praxis pedagógica curricular reflexiva, la investigación siempre dio preferencia a este grupo y, por tanto, son los profesores a quienes se les ha dado mayormente la palabra.

4. Procedimiento de recolección de datos

La metodología también determinó las estrategias de recolección de los datos. Tanto Merriam (1998) como Stake (2005) reconocen que las tres técnicas más comunes que utilizan los investigadores cualitativos son utilizadas asimismo en la metodología de estudio de caso en educación, a saber: observación, entrevistas y revisión documental. Los datos y la información fueron recolectados en un periodo de 6 meses en las dos facultades, tiempo que se subdividió en preparación para las entrevistas, aplicación de las mismas, y análisis de primera mano.

4.1.Observación

Se utilizó como método a la observación participante, observación interactiva u observación cuestionadora, en donde se asume que el investigador está implicado en las situaciones, forma parte de los equipos, y está obligado a participar en algunas

actividades. Puede que tenga que participar en determinadas tomas de decisiones, pero también corre el riesgo de caer en el círculo ideológico que predomina a su alrededor. No se utilizó algún instrumento cuantificado, formulario de observación o *check list* siguiendo la concepción hermenéutico-interpretativa de la investigación, lo que no quiere decir tampoco que se abandonaron por completo los procesos de observación sistemática.

En la observación se destacan algunos episodios sobresalientes, varios hechos significativos y sus percepciones, y se transcriben algunas narraciones importantes, la mayoría registradas en un diario de campo.

En el caso de la CM-PUJ Cali, previa autorización, la observación se realizó en el aula, en un auditorio y en el campus universitario en general. Mientras que en el caso de la FM-PUCE, la observación fue menor, solamente se hizo en una reunión de rediseño de la carrera a pesar de que en este centro se tuvo mayor facilidad de acceso y una participación igualmente activa.

4.2. Entrevistas

De la misma manera, atendiendo al enfoque paradigmático de una hermenéutica interpretativa de los procesos de enseñanza-aprendizaje y en vista del relativamente poco conocimiento sobre el tema de la medicina narrativa y las humanidades médicas en los contextos estudiados, se realizaron entrevistas no-estructuradas que tenían un objetivo más bien exploratorio. El papel de las interpretaciones, que se iban dando conforme avanzaba la investigación, hizo más fácil la realización de las entrevistas, aunque se llegó a un punto en el cual la información recolectada parecía carecer de una conexión.

Finalmente, se pudo obtener una especie de interconexión de la información mediante la creatividad e improvisación en las preguntas, por lo que ofrecer una guía estructurada se convierte en una tarea todavía aún más difícil. Sin embargo, existe una continuidad en las preguntas realizadas que tienen que ver con la experiencia profesional de los profesores y la experiencia personal de los estudiantes, además hay preguntas que tienen

que ver con algunas solicitudes para contar historias sobre los orígenes de las iniciativas o revisiones de la labor docente en general.

En el caso de la CM-PUJ Cali se realizó una entrevista grupal, más entendida como un grupo de discusión que como un grupo focal, al grupo interdisciplinario de los tres profesores encargados del programa (asignatura y revista) de medicina narrativa: un médico, una trabajadora social y una escritora-profesora de humanidades que fueron tomados por informantes-innovadores clave. Esta decisión se tomó con el conocimiento de que las técnicas grupales aparecen como más apropiadas para capturar realidades sociales complejas y co-construidas.

La entrevista grupal se basó entonces en la dinámica social que se ejerce en su interior y en las descripciones sociales del relato que se construye colectivamente, esto acorde a las interrelaciones experimentadas y a las intersubjetividades en juego. La sesión se hizo a manera de diálogo o conversación informal y si se quiere socrática, en donde el entrevistador, en este caso yo mismo, tuvo una interacción e intervención importante. La entrevista quedó grabada de forma digital. Además, se realizaron dos entrevistas individuales a dos estudiantes que estaban cursando en ese momento la asignatura de Medicina Narrativa.

En el caso de la FM-PUCE, las entrevistas fueron individuales a los tres docentes implicados en las asignaturas mencionadas más arriba, un antropólogo social, un médico dedicado a temas de antropología médica y un comunicador con un Master en literatura. Las entrevistas se planificaron con antelación vía correo electrónico y se concretaron en las fechas acordadas. Las entrevistas se hicieron con el consentimiento pleno por parte de los entrevistados previo a una charla informativa de los objetivos de la investigación y previo a la resolución de sus inquietudes, quedando de igual forma grabadas digitalmente. Todas las entrevistas tienen una duración promedio de 45 min con una variación máxima de 15 min en cualquier sentido.

5. Procesamiento de los datos

Las entrevistas fueron transcritas con la ayuda del software Dragon Naturally Speakin 12.1 de Nuance al programa de Windows office Microsoft Word 2010.

6. Análisis e interpretación de los datos

El análisis comenzó a la par de la recolección de la información, este análisis simultáneo permitió destacar algunas primeras impresiones e ideas, hacer algunos comentarios y observaciones al respecto, que a su vez permitieron ir modificando el transcurso posterior de la recolección de los datos. Es fundamental mencionar que los datos, especialmente los derivados de entrevistas, fueron tomados como narrativas, esto para explicar cómo se procedió a su análisis.

6.1. Análisis de observaciones y entrevistas

Para el análisis inductivo de los datos se siguió el proceso diseñado para la generación teórica. Se adoptó la propuesta de Merriam (1998) para quien es necesario dar sentido a los datos, lo que significa “la consolidación, la reducción, y la interpretación de lo que se ha dicho y lo que el investigador tiene visto y leído, este es el proceso de construcción de significados” (Merriam S. , 1998, pág. 178), en otras palabras, aplicar el constructivismo a la interpretación de los datos (Merriam S. B., 2009).

No obstante, algo muy importante por señalar en este apartado de análisis, en especial aquello concerniente a asegurar la comprensión del lector, es la participación de la voz y la interpretación del propio investigador, en este caso yo mismo. Para esto me baso en la reflexión de Alan Bleakley expresada en su artículo: *Stories as data, data as stories: making sense of narrative inquiry in clinical education* (Bleakley A. , 2005) en donde determina que las historias construidas son al mismo tiempo los datos en cualquier investigación narrativa.

Para este autor, existen dos tipos de metodologías en la investigación narrativa, cada una con sus tipos de análisis de los datos correspondientes. Por un lado, están los métodos que analizan la estructura de los relatos y que derivan en clasificaciones. Aquí se requiere que el investigador adopte una mentalidad analítica que consiste en generar categorías derivadas inductivamente de los datos en bruto, y la posterior aplicación de

tales categorías de nuevo a las narrativas para su explicación. Este enfoque de análisis de los datos se denomina analítico-categorial. El segundo enfoque a considerar cuenta con los métodos que buscan una comprensión más holística e integradora de las narrativas, ya sea entrando empáticamente en una narración dada, o creando una historia como producto de la investigación.

Como sea que fuera, esta es una forma de capturar elementos que de otra manera se perderían en un análisis estructural. Este segundo enfoque requiere de un investigador que haya desarrollado la famosa *competencia narrativa* (Charon, 2006), entendida en este caso como el conocimiento aplicado de recursos literarios como la retórica y otros varios tropos en la investigación. Este enfoque se conoce como sintético.

Mientras que el enfoque analítico-categorial busca objetivar las narraciones, el enfoque sintético intenta entrar en una comprensión profunda de las mismas; mientras el primero es orientado cognitivamente, el segundo es orientado afectiva y emocionalmente (Bleakley A. , 2005).

El argumento final de Bleakley (2005) es que los métodos analíticos tienden a perder la historia concreta y su impacto emocional, sustituyéndolas por categorías abstractas, que pueden reclamar valor explicativo, pero que a menudo permanecen con valor meramente descriptivo. Pero profundizando un poco en los métodos sintéticos, Bleakley (2005) admite que hay dos acercamientos: el de las narrativas de la enfermedad o patografías; y la "*socialrealist memoir*". El primer acercamiento es interpretado, con un acompañamiento del investigador, mientras que el otro abandona el aparato de la investigación habitual, donde el autor ofrece un enfoque coherente, auto-referencial, y de una ficción-social realista que goza del pleno uso de la licencia narrativa (Bleakley A. , 2005).

Bleakley afirma que la educación médica ha aceptado las metodologías analíticas como parte del arsenal de los métodos cualitativos provenientes de las Humanidades y las Ciencias Sociales, pero ha excluido a al enfoque de síntesis. Si bien Bleaklye (2005) hace referencia a la investigación narrativa en la educación clínica específicamente, creo que su crítica puede traspasarse a la educación médica en general.

Para concluir, debo admitir que el proceso de acercamiento a los datos de esta investigación se hizo tomándolos como historias y a estas historias como datos, y, por

tanto, haciendo uso de la retórica. Lo que significa que el resultado final de la misma fue la construcción conjunta de historias y narrativas. Además, para el análisis se tomó en cuenta el enfoque sintético y no el analítico-categorial, como para equilibrar la balanza. Esto quiere decir que no se construyeron categorías de análisis como habría de esperarse en la mayoría de investigaciones cualitativas. Espero que esto no sea causal para su desmerecimiento.

Dentro del enfoque de síntesis he optado por combinar los dos acercamientos. Está claro que no ha sido mi intención hacer patografías o indagar experiencias de enfermedad, pero si he querido rastrear y generar historias de experiencias educativas y formativas llenas de sentido que podrían tenerse como equivalentes. Y, finalmente, será de vital importancia las pocas veces que he de introducir mis memorias autobiográficas, ubicadas en parte en este género la memoria social-realista del cual habla Bleakley. En el fondo, espero que sean parte de un documento testimonial más amplio que requiere de una imaginación moral por parte del lector.

6.2.Triangulación

La diversidad de métodos permitió una posterior triangulación, la misma que se hizo con el marco teórico y entre docentes y discentes. De esta manera también se aseguró la autenticidad y la confiabilidad de los datos, aumentándose la validez de la investigación.

7. Papel del investigador

Debido a que la investigación se apega al paradigma constructivista, se resuelve el papel del investigador como reflexivo, participativo, deliberativo, co-constructivo; en fin, activo y no meramente como de actor pasivo. Por otro lado, en consonancia con la propuesta de Jaramillo (2006) por buscar modos de incluir la subjetividad del que investiga, especialmente en las investigaciones sobre temas educativos, considero mi propia experiencia formativa en la FM-PUCE como elemento único, auténtica experiencia vivida en la cual se han de sustentar muchas avenencias con los otros

sujetos, a manera de una “intersubjetividad creadora”. La otra pilastra sobre la cual se yergue este trabajo, la hermenéutica, me permite hacer una revisión de dicha experiencia en la facultad aunada a las interpretaciones que se derivan de mi contacto con el mundo de la CM-PUJ Cali.

Tal como indica la chilena Teresa Ríos (2005) en su visión de la hermenéutica reflexiva como metodología de investigación cualitativa educacional, toda hermenéutica es, en primera instancia, “la posibilidad de mediar la comprensión del hombre [y la mujer] en tanto hablante, entendiendo que en tanto hablante lleva en sí su propia comprensión” (p.53); y si “el que narra su historia, al mismo tiempo se comprende a sí mismo, puesto que en ese acto se apropia de su vida.” (p.55), entonces mi historia de vida, en lo que tiene que ver con mi formación como médico, es de suma importancia para esta investigación. Esto quiere decir que muchas de mis propias narrativas, historias suscitadas en un marco temporal, son consideradas unidades de análisis.

Por ende, también, mi rol en la recolección de datos no se limitó simplemente a ser entrevistador, sino que consistió en un diálogo permanente en la configuración compartida del mundo, coagente en el círculo hermenéutico de comprensión. El objetivo también fue lograr una colaboración con el proceso de reforma curricular de la FM-PUCE, aportando con la carga subjetiva y experiencial como estudiante en relación con los docentes.

Mi estrategia no quiere justificar una intromisión subjetiva banal en los procesos metodológicos, y de ninguna manera es mi pretensión distorsionar la seriedad de los resultados. La meta última de toda esta investigación es humanizar o más bien re-humanizar la medicina y la educación médica, por lo que el argumento que pongo para ello es re-humanizar primero el “objeto” de esta investigación, previamente deshumanizado, tal como lo señala Boaventura de Sousa Santos en su libro *Crítica de la razón indolente* (2003):

Esta deshumanización del objeto fue crucial para consolidar una concepción del conocimiento instrumental y reguladora, cuya forma de saber era la conquista del caos por el orden. Desde el punto de vista del conocimiento emancipador, la distinción entre sujeto y objeto es un punto de partida y nunca un punto de llegada. Se corresponde con el momento de la ignorancia, o colonialismo, que consiste, nada más y nada menos, en la incapacidad de establecer relación con el otro, a no ser transformándolo en un objeto. El saber en tanto que solidaridad trata de sustituir el objeto-para-el-sujeto por la reciprocidad entre sujetos. (p.92)

Aquí, este autor, eminencia del pensamiento decolonial, propone superar el dualismo sujeto/objeto construido por la ciencia moderna, y asumir que el conocimiento-emancipación y el saber solidario son siempre conocimiento de carácter autobiográfico, es decir, todo conocimiento es autoconocimiento (Santos, 2003). Esto es lo que intento hacer al entretelar sutilmente las subjetividades, y, al mismo tiempo, al permitir la subjetivación propia en la trama de este trabajo de tesis.

8. Limitaciones metodológicas

El alcance del estudio es limitado ya que no pretende introducirse en etapas de implementación y evaluación curricular, ajustándose solamente a contribuir con el diseño o, en este caso, con el rediseño curricular de la FM-PUCE. Las limitaciones de tipo metodológicas se refieren a que, a pesar de que la investigación ofrece un marco conceptual y probablemente una teoría para el currículo y para la didáctica, las cuestiones prácticas de su aplicación y los problemas derivados de ésta no fueron tomados en cuenta.

Se sugiere, por tanto, que en una etapa posterior se realice una investigación haciendo uso de la nueva metodología en investigación educativa, la investigación basada en el diseño, que permitirá explorar la pertinencia de la medicina narrativa en la FM-PUCE. Pero para lograr un cambio significativo y real de la educación médica y la práctica docente en su totalidad, se sugiere que se proceda con una investigación-acción como metodología y como proceso de transformación educativa. La investigación aquí propuesta podría funcionar como una primera fase para la continuación de una investigación – acción participativa.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

1. Forma de presentación de los resultados

Un obstáculo al que me enfrento está relacionado con la forma de presentar los resultados de esta investigación. Especialmente cuando en los estudios cualitativos no existe una fórmula compartida para estructurar esta parte del informe final del trabajo investigativo. Sin embargo, y a pesar de esto, sí que existe un cierto consenso de que debe hacerse en forma de una narrativa coherente. En este apartado construyo una narrativa, relatada a veces en tercera persona, otras en segunda y a veces también en primera, intercalando estas voces según la necesidad.

Además, intento hacer un balance entre la descripción, el análisis y la interpretación que permita una lectura fluida e informativa. Entre párrafo y párrafo se incluyen extractos de entrevistas de los sujetos participantes en el estudio, así como algunas notas o anécdotas derivadas de la observación.

A la estructura de cómo se presentan los resultados la divido en dos, un apartado para cada caso, tanto para el de la Carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali (CM-PUJ Cali) como para el de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (FM-PUCE). Lo hago así ya que es importante agotar toda la complejidad de cada caso, como si fuera un estudio único y holístico, para que las últimas instancias sirvan en el análisis generador unificado de una teoría. Cada apartado es la presentación, contextualización, descripción, análisis e interpretación en sí de cada caso. En la medida de lo posible, se intenta que este reporte sea, como dice Merriam (2009), “ricamente descriptivo”, pues, esto se hace “con el fin de permitir al lector la experiencia vicaria de haber estado allí.” (p.258).

Es curioso que, al tener esta tesis de medicina una connotación dirigida hacia las humanidades, la literatura y la narrativa; es más, uno de los marcos teóricos referenciales es precisamente la medicina narrativa, la secuela de lo realizado la escriba de una forma literario-narrativa, como mostrando un poco de coherencia. Esto no

contradice de ninguna manera algún tipo concebido de investigación en educación médica. Alan Bleakley defiende este tipo de investigaciones cuando hace un llamado por recuperar las narrativas en la investigación clínica en donde los datos son las historias y las historias son los datos (Bleakley A. , 2005).

Sigo las líneas de pensamiento de este autor como lo he venido haciendo a lo largo de esta tesis, coincidiendo una vez más con él al asumir que las dos posturas metodológicas, analítica y de síntesis de los estudios narrativos, y la tensión entre ellas, pueden ser productivas para generar conocimiento sensible y empático. Lo que sigue es una narración sobre educación médica que espera hacer *pensar con las historias en la educación médica*.

Al lector de estas líneas le prevengo que aquí van a presentarse algunos resultados de una búsqueda constante por hacer de la medicina, y de la educación médica, algo más humano, más cercano a esa humanidad compartida por todos que muchas veces es dejada a un lado, suprimida en nombre de una falsa imagen proyectada, y todavía más penoso, muchas veces reprimida. Una humanización que no quiere despertar sentimientos de piedad o provocar sentimentalismos, sino que, por el contrario, quiere demostrar que la medicina se humaniza cuando entra en contacto íntimo con esa humanidad tan magnánima que sería muy difícil condensar todo lo que implica, no por nada el saber sobre lo humano se ha diversificado en formas inimaginables.

La educación médica no puede permanecer ciega a estos saberes si pretende entrar en relación con dicha humanidad, una relación que no instrumentalice los saberes, sino que los haga propios, los encarne en la cotidianidad, en el día a día, dentro de la vida (humana) del médico en relación. Por todo esto, la formación integral representa una esperanza, y es por esto también que expongo a continuación una propuesta educativa médica que intenta alcanzar la (humana) integralidad.

2. El caso de la Carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana Cali (CM-PUJ Cali)

2.1.Contextualización

La Pontificia Universidad Javeriana de Cali se funda en el año 1970 y recién en el año 2009 se crea su Facultad de Ciencias de la Salud, y dentro de ésta, la Carrera de Medicina. Desde un principio se ha resaltado con orgullo la herencia ganada por esta carrera y, en general, por toda la universidad gracias a los muchos años de historia de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, pues la universidad vallecaucana surge primero como una extensión y luego como seccional del pasado enclave académico jesuita-neogranadino y actual centro universitario de gran prestigio. Una universidad de este estilo en el suroccidente colombiano representa un beneficio para esta región, o al menos este sería el argumento lógico, en especial sobre el beneficio que representaría el crear una carrera de medicina atendiendo siempre a unas necesidades específicas. Pero la joven facultad apenas ha comenzado a esbozar la tela de la historia con sus primeros haberes y productos.

La primera cohorte de médicos javerianos de Cali acaba de graduarse en este año 2016, aquellos jóvenes que habían comenzado sus estudios a inicios de 2010, y los que seguirán saliendo, son la marca de un proceso que se fue construyendo con tradición e innovación, experiencia y novedad; pero sobretodo con raigambre, tal vez ignaciano, tal vez caleño, quizá ni lo uno ni lo otro, sino uno múltiple, de un camino único y rico en vida, que no ha sido del todo ignorado, que no se ha desperdiciado con el paso implacable del tiempo que acalla lo instantáneo, el momento, o algo más duradero pero igual de efímero: la etapa, el periodo, “los tiempos aquellos”.

Si por un avatar de esto que nos toca vivir en la formación universitaria, y aún más a los que estudiamos medicina, una parte de esa experiencia pudiera haberse rescatado para no olvidar, habría sido bueno que quedase escrito, inmortalizado. En la CM-PUJ Cali, sean conscientes de ello o no, han diseñado un mecanismo, más artístico que máquina, para registrar un pequeñísimo extracto de esta historia vital de los médicos en formación, y lo han llamado “Medicina Narrativa”; como con miedo y expectativa, de no saber qué mismo es lo que significan esas dos palabras. Al final, ellos mismos han venido creando el significado, como hacemos todos con todo.

Este relato es sobre lo que han venido haciendo un grupo de profesores y los abundantes estudiantes en Cali, los que han inaugurado en Colombia la medicina narrativa. Este relato es sobre lo que ellos, los profesores, comprenden de su papel de formar médicos desde la medicina narrativa, y cómo los estudiantes interpretan lo que ésta les ha dado. Pero también escribo sobre lo que yo, el estudiante de medicina que no había escuchado decir de estas palabras (medicina narrativa) sino hace no más de un año, he comprendido en los encuentros, lo que he incorporado a mi ser y, espero, a mi hacer humano-profesional, y que ahora intento comunicar.

Temo no haber sido lo suficientemente claro en el párrafo anterior, por lo que voy a ofrecer algunos hechos concretos. Como se insinuó un poco antes, la carrera de medicina de la CM-PUJ Cali iniciaba en el año 2010. Su currículo y su programa académico fueron diseñados por créditos, ateniéndose a la normativa universitaria y cuyo número se divide de la siguiente forma: Núcleo de Formación Fundamental con 214 créditos; Énfasis con 30 créditos; Electivas con 30 créditos; Opción Complementaria con 26 créditos, siendo que todas las asignaturas encajan en una de estas denominaciones.

El plan de estudios en su forma de mapa del currículo o malla curricular (Ver anexo 1) destaca por su organización. Además, el currículo tiene unas características especiales, llama la atención lo que se denomina “énfasis del programa”, que son tres sub-áreas en las cuales los estudiantes pueden profundizar curricularmente para egresar con unos conocimientos y unas destrezas extras derivadas de las disciplinas a las que pertenecen los énfasis. Estos énfasis son: Ciencias Básicas, Ciencias Clínicas y Salud Pública. Las opciones complementarias son asignaturas de otras unidades académicas de la universidad que pueden ser tomadas por los estudiantes de medicina. Destacan asimismo las asignaturas de Humanidades I y Humanidades II, de primer y segundo semestre respectivamente, que están a cargo de una unidad académica no perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud, sino a cargo del Departamento de Humanidades.

Lo anterior es importante porque será de estas asignaturas humanísticas de donde emerja el programa de medicina narrativa, como ya veremos. Por el momento, habría que profundizar en este aspecto, porque este departamento es una instancia substancial en el funcionamiento de toda la universidad y su visión educativa. Tal como lo estipula el Proyecto Educativo Institucional (Pontificia Universidad Javeriana Cali - Consejo

Directivo Universitario, 1992), el cual “comprende las directrices concretas para el ejercicio de las funciones universitarias que desarrolla la *Comunidad Educativa* en el marco de la *Formación Integral* de sus miembros y en la perspectiva de la *Interdisciplinariedad*”, las Humanidades son fundamentales para la construcción de un humanismo abarcador, que permita la formación de profesionales integrales en un contexto mundial complejo.

Si bien aquí las Humanidades son asumidas como parte de la formación integral dentro de una visión cristiana y jesuítica, el fin también está relacionado con buscar la interdisciplinariedad, la multidisciplinariedad y la transdisciplinariedad en la formación de cada estudiante. El Departamento de Humanidades se define así:

Es una unidad académica que, mediante el ejercicio de la investigación, la docencia y el servicio, busca el cultivo y desarrollo de las humanidades como área de conocimiento global e incluyente que integra disciplinas y saberes relacionados con la construcción de sentido de humanidad, en diferentes ámbitos de la vida personal, social y cultural, apuntalados en la fundamentación y justificación teórico conceptual de la filosofía, la teología, las artes y la historia. (Pontificia Universidad Javeriana Cali - Departamento de Humanidades, 2016).

Y sus objetivos son (Pontificia Universidad Javeriana Cali - Departamento de Humanidades, 2016):

- Construir comunidad académica mediante el cultivo y desarrollo de las humanidades como área de conocimiento.
- Contribuir significativamente a la formación integral a través del desarrollo de saberes, competencias y actitudes propias del ámbito de las humanidades.
- Ofrecer propuestas humanísticas de reflexión, formación, y acción que respondan a las necesidades del entorno, a partir de los desarrollos investigativos, el diálogo académico, la experiencia y la práctica docente.

En consonancia con el proyecto institucional, este departamento es el encargado de diseñar e impartir un grupo de asignaturas en todas las unidades académicas de la universidad, a saber: asignaturas del núcleo fundamental de las carreras y asignaturas institucionales.

Dentro del último grupo están las asignaturas de Humanidades I y II que también son parte del plan de estudios de la Carrera de Medicina, y que por otra parte tienen

temáticas muy amplias y manejan contenidos muy variados, desde la Literatura y Sociedad; Escritura creativa; pasando por la Semiótica del cine, Arte y sociedad, Filosofía, ética y política; Teología; Estética; Antropología Cultural; hasta Epistemología de la ciencia; Historia y Filosofía de la ciencia, por nombrar sólo algunas. Esta apuesta por una formación integral desde la perspectiva de las Humanidades, que es contagiada a toda la comunidad universitaria, es un antecedente importante a la hora de comprender el surgimiento de la medicina narrativa en la CM-PUJ Cali. Es en este contexto en el que se van dando las iniciativas interdisciplinarias como esta.

2.2.Mirada genealógica de la medicina narrativa en la CM-PUJ Cali

Comienzo ahora el relato propio de la medicina narrativa en la CM-PUJ Cali, y empiezo introduciendo a los personajes clave, que por su puesto son la razón de ser de lo que voy a relatar. Sobre todo, tengo que decir que con mis palabras de ningún modo se agota el universo de los que hacen medicina narrativa en este lugar, siendo constantemente renovadas las vivencias y permaneciendo en continuo desarrollo; en síntesis, voy a contar una historia sin final.

Y digo los personajes porque vale la pena ubicar los nombres y un bosquejo de sus vidas, sea al menos un título o un cargo a modo de preámbulo, o sea simplemente lo que pude apreciar de cada uno al visitarlos en Cali. Los profesores son los personajes a retratar, los que dan sentido a todo esto, al igual que sus estudiantes, pero por ahora nos queda retratarlos a ellos que son pocos.

El Dr. Pedro Rovetto, médico patólogo clínico, especialista en Medicina Transfusional, aficionado por la Historia y Filosofía de la medicina y educador de muchas generaciones de médicos en Cali, es sin duda clave en el proceso. Creo que lo que es más apto destacar de él para los propósitos esgrimidos, poniendo a un lado el resto de su biografía, es su interés encarecido por formar a los médicos según el ideal de “médico culto”, a semejanza de lo que quería hacer hace un poco más de un siglo Sir William Osler. Y claro, este ideal no es una utopía en sentido estricto si se encarna en la vida real, como en el médico ejemplar que fue el mismo Osler. El Dr. Rovetto, creo yo, ya es

imagen señera, pero latina, del mítico médico canadiense. Por algo será que es columnista de algunos periódicos de opinión digitales⁸². Este maestro es docente de varias asignaturas de la carrera, entre ellas: Historia de la Medicina y, como no podía ser de otra manera, Medicina Narrativa.

Gloria Inés Flórez es trabajadora social de formación con una especialización en Administración del Talento Humano, está vinculada con la facultad ya varios años en calidad de Secretaria Académica y docente. Sin duda, su aporte desde el trabajo social resulta novedoso en una escuela de medicina y para la medicina narrativa propiamente dicha; al fin y al cabo, trabajadores sociales y médicos en la actualidad trabajan codo a codo en hospitales y centros asistenciales, es bueno entonces que se digan una palabra y compartan mutuamente en la etapa formativa.

Finalmente, tenemos a la polifacética profesora Florencia Mora Anto, Licenciada en Ciencias Sociales; Licenciada en Literatura; Especialista en la Enseñanza de las Ciencias Sociales con énfasis en historia de Colombia; Magíster en Filosofía; y, encima de todo, pero, sobre todo, artista. Ella fue una temporada profesora de Humanidades I en la Carrera de Medicina, enseñaba a los estudiantes escritura creativa, y fue gracias a su trabajo en la estimulación de la creatividad de los estudiantes que surgió la medicina narrativa como se verá enseguida.

Pero dejo que sea el Dr. Rovetto quien que nos cuente sobre cómo mismo fue que nació esto de la medicina narrativa en la CM-PUJ Cali:

Una tarde, a esta hora, estábamos trabajando en una casita, allá donde está la facultad y yo estaba pasando notas, y Florencia igual; y Florencia comentó que tenía un material muy bueno de lo que habían escrito los estudiantes de Humanidades I. Ella en ese entonces daba esa materia, que era básicamente una materia de escritura para los estudiantes que entraban a medicina. Yo le dije que era muy importante que los estudiantes escribieran bien y que yo estaba muy entusiasmado con el enfoque de medicina narrativa. Entonces Florencia y Gloria se sorprendieron y yo les expliqué que era toda una perspectiva que había crecido en varias facultades, específicamente en *Columbia* con Rita Charon, en donde al médico se le estimulaba para que narrara y oyera narraciones y que nosotros podíamos desarrollar eso acá. Florencia dijo que los textos que tenía ella era muy buenos y recuerdo que Gloria dijo: “no pues, hagamos un álbum que sirva para el futuro de los muchachos, de recordar lo que ellos vivieron en la facultad”. Entonces, con esas ideas fue que comenzó todo, de tener un álbum de recuerdos, incluyendo fotos, de recoger textos que los estudiantes ya habían escrito con Florencia en sus clases de le Literatura, y con la idea mía de estimular que los médicos

⁸² www.kienyke.com; <http://www.las2orillas.co/author/pedro/>

apreciaran y valoraran las narraciones. (Testimonio, Pedro Rovetto, Cali, marzo de 2016)

La remembranza del Dr Rovetto corresponde al año 2010, cuando comenzaban los estudios de la primera promoción de la carrera, y remiten a la primera fase del proceso que consistió en crear este álbum, posteriormente convertido en revista. Inmediatamente, los tres profesores conforman el comité editorial de la revista y en 2011 se le asigna el ISSN para la versión impresa. En enero de ese año se editó el primer número de la flamante revista “Medicina Narrativa”⁸³. En ella se encontraban los escritos de esos primeros estudiantes, novatos en el mundo de la medicina, pero llenos de una sensibilidad que les permitió plasmar en los textos sus vivencias pasadas, sus deseos, anhelos y esperanzas con respecto a la nueva etapa que estaban empezando. Quedaba así configurado el modo de publicación de la revista que contiene dos números por cada volumen anual y una frecuencia de publicación semestral. Esta revista al día de hoy (noviembre 2016) cuenta con once ediciones.

2.3.La colaboración docente y algunas dificultades

De lo anterior se puede fácilmente inducir ciertas cosas, en primer lugar, la gratuidad con la que se producen las iniciativas y el azar de las circunstancias, siempre en el plano de las relaciones cordiales, pero también en el plano de la conjunción y no de la imposición de intereses. Es en el diálogo, en la conversación, pero también en los anhelos profundos, desconocidos (en este caso para mí), que se dan los verdaderos intercambios entre estos docentes. Esto a pesar de pertenecer a campos profesionales distintos, en virtud de lo cual se deduce también que los empeños no se deben exclusivamente a un entendimiento unívoco, a una sola perspectiva de la realidad y del mundo, sino que se extienden en un deseo abarcador.

Si el centro es la educación médica, los distintos saberes han de estar orbitando, las disciplinas, las ciencias, las humanidades y las artes están llamadas a colaborar en la

⁸³ Ver: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/medicinanarrativa>.

formación integral del médico. A este proceder de los tres profesores aquí presentados, dentro de una teoría general de la enseñanza médica, podemos llamarlo el “encuentro y diálogo colaborativo, interdisciplinario y multiprofesional de los profesores en la educación médica”.

Con esto no estamos diciendo nada nuevo, el hecho de que la enseñanza requiera una diversidad en la preparación de los docentes es más que reconocido, se produce *de facto* en los sistemas educativos organizados. Parecería que en el contexto de una facultad de medicina, con el avance en la aceptación de la necesidad de formar a los médicos en la integralidad profesional, ética, social y humanista, y con los requerimientos de profesionales de distintas ramas del saber para que sean profesores, en especial aquellos cuya presencia es acostumbrada en el claustro docente, por ejemplo, psicólogos, comunicadores, antropólogos, sociólogos, filósofos, éticistas, entre otros varios, la situación de la CM-PUJ Cali en verdad no constituye ninguna rareza.

Lo que sí representa una dificultad, al menos al interior de las instituciones de enseñanza de la medicina, es la auténtica colaboración entre profesores de diferentes orígenes profesionales, cosa que no parece ocurrir en esta facultad. Aun cuando se tenga asegurado el factor multiprofesional y se intente un acercamiento interdisciplinario, el diálogo y la colaboración sólo nacen de la experiencia compartida, del encuentro que significa encontrar motivaciones compartidas como lo demuestran estos docentes.

Esto es definitivamente lo que pasó en el caso de los tres docentes de la CM-PUJ Cali, reunidos en un interés común al que comenzaron a llamar medicina narrativa. Dice al respecto el Dr. Rovetto:

“Somos tres personas de orígenes distintos, de orígenes profesionales distintos y nos hemos encontrado aquí. Esto ya de por sí muestra la utilidad y la virtud de la narrativa médica: encontrar perspectivas distintas.” (Testimonio, Pedro Rovetto, Cali, marzo de 2016).

En este caso particular, la iniciativa inicial de crear la revista de medicina narrativa, que posteriormente se convertirá en asignatura, se descubre como ejemplo de interacción positiva y agente en la finalidad de la consecución de una meta determinada por parte de tres profesores de recorridos distintos, cuyas experiencias previas y subsiguientes se reúnen para crecer mutuamente. Así lo refiere la profesora Florencia, haciendo alusión a

lo que ella empezaba a comprender sobre qué era la medicina narrativa y sobre la posibilidad de trabajar esta temática en equipo:

Yo que recién había salido de un programa de Literatura de la Universidad del Valle, jamás me habían hablado de medicina narrativa como género, como subgénero; había recibido todo tipo de narrativas, pero nada de narrativa médica. Entonces es curioso porque la primera impresión que tuve; y un poco por este imaginario que uno tiene con los médicos, de verlos como seres exquisitos, como seres extraordinarios que respeto mucho, yo decía: es que eso es muy inalcanzable. Pero poco a poco, con la experiencia, me fui dando cuenta que estaba realmente cerca desde la posibilidad de sentirla y de vivirla experiencialmente, porque hay una cosa maravillosa y es que los tres hemos crecido con la experiencia. Y la otra cosa maravillosa es que los estudiantes nos han escuchado a los tres porque las tres visiones han sido una armonía fundamental en el curso, son tres maneras de leer las narraciones. (Testimonio Florencia Mora, Cali, marzo de 2016)

Este nivel de imbricación de los docentes, a pesar de no pertenecer a un mismo gremio, se da efectivamente en la experiencia de la práctica cotidiana. La mayor riqueza de todo esto es esa oportunidad que se les brinda a los estudiantes de que escuchen, pero aún más, de que dialoguen, con y desde otras perspectivas, desde otras comprensiones de la medicina, la salud y la enfermedad. Como decía el Dr. Rovetto: “esto ya de por sí muestra la utilidad y la virtud de la narrativa médica”.

Habíamos dicho que la genuina colaboración en las facultades de medicina es difícil entre iguales, entre profesores, más aún si son de áreas profesionales no relacionadas en su formación, aunque es todavía mayor la incompreensión entre niveles jerárquicos. El Dr. Rovetto intuye esto cuando señala que las iniciativas colaborativas e interdisciplinarias, como la suya de medicina narrativa, no son entendidas por las autoridades académicas y, además, adelanta una pista para entender esta realidad al decir que la comprensión de lo que es la medicina es un asunto álgido para la construcción de un proyecto educativo de estas características.

Porque una medicina que involucra la narrativa sólo es posible desde una visión de la ambivalencia disciplinaria.

Pero eso crea un problema real, las autoridades de la facultad, las autoridades académicas de la universidad a veces no entienden esto. Si nosotros no lo entendíamos teóricamente y tuvimos que aprenderlo con la experiencia, pues, presentar esto frente a un Consejo de Facultad o un Consejo Académico es difícil, porque la gente está muy

lejos de esa visión de la medicina. Y esto no es un problema de las universidades, es un problema de nuestra cultura actual, vemos a la medicina como un oficio de cuadrar cuerpos, de buscar equilibrios corporales, no como un introducirse en el sufrimiento del otro para ayudarlo a superarlo de una forma o de otra. Entonces es difícil llegar a un consejo y tener que defender este punto de vista, porque, repito, las autoridades académicas no lo entienden. (Testimonio, Pedro Rovetto, Cali, marzo de 2016)

Lo que tendríamos que preguntarnos de acuerdo con el Dr. Rovetto es cuáles son los fines de la medicina, porque, sólo mediante un entendimiento desde la complejidad del sufrimiento humano y de las respuestas necesarias para afrontarlo, es que se puede buscar alternativas como esta, que reconoce nuestra experiencia de vida, que involucra la enfermedad y el sufrimiento a través de la biografía y la narrativa.

2.4.Consolidación curricular de la medicina narrativa

Una vez sorteados los obstáculos antes descritos, se dieron algunos hitos importantes en lo que respecta a la medicina narrativa en la CM-PUJ Cali. La predisposición y el emprendimiento de estos docentes hicieron posible que de las ideas de la revista se pase al diseño de una asignatura, que en el segundo periodo del año 2011 estaba ya implementándose. En un primer momento, la creación de la asignatura se produjo concibiéndola como una materia electiva.

Esto significaba que cualquier estudiante de otra unidad académica, que no fuese de la Facultad de Ciencias de la Salud, podía tomar los créditos de medicina narrativa, algo que efectivamente comenzó a ocurrir. Permaneció como electiva por dos años hasta que se obtuvo un logro curricular destacable: la asignatura dejó de ser electiva y entró definitivamente en el plan de estudios de la Carrera de Medicina, haciendo parte del Departamento de Clínicas Médicas en el organigrama de la facultad, y del énfasis del mismo nombre en el currículo.

Este hecho produjo un fenómeno peculiar, al ser la asignatura de medicina narrativa parte integral de uno de los énfasis de la Carrera de Medicina, el de Clínicas Médicas; énfasis que además sigue la gran mayoría de los estudiantes de esta carrera, son estos mismos estudiantes de medicina los que han venido saturando durante los últimos años

los cupos disponibles de la asignatura, lo que quiere decir que ya no se cuenta con un aforo diverso en términos de los educandos.

Como se fue dando el progreso de la asignatura es una muestra de las disputas curriculares que no se alcanzan a vislumbrar por completo en esta pequeña reseña evolutiva. Habría que decir que el experimento de la asignatura de medicina narrativa se introdujo, como era de esperarse, bajo la expectativa de ser considerada una asignatura electiva, en razón de que no constituía un núcleo fundamental de la formación, tal como lo establece la división del currículo de la CM-PUJ Cali.

Sin pretensiones de serlo tampoco, esto no explica del todo por qué hubo quedado relegada a la electividad en un principio, aunque podría ser más que nada por su condición experimental. Sin embargo, valdría la pena dibujar la jerarquía implícita del currículo de esta carrera para poder comprender mejor esta marginalización inicial, en donde las asignaturas del núcleo fundamental y las de los énfasis son las que tienen el mayor peso, tanto en la carga horaria como en la importancia que se les otorga en todo sentido.

Esto significa que el salto realizado por esta asignatura, de una periferia a una posición de relativa importancia dentro del currículo, de ser electiva a ser obligatoria para el énfasis de Clínicas Médicas, es valorado como positivo, un logro de dimensiones no suficientemente perceptibles. Para conocer dichas dimensiones y el alcance de la asignatura, va a ser indispensable la reflexión sobre sus contribuciones pedagógicas a la educación médica, asuntos que serán tratados de aquí en adelante.

A continuación, por lo pronto una cronología de los sucesos más destacados en la historia de la medicina narrativa en la CM-PUJ Cali (Fig. 5).

1970	Fundación de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali (PUJ-Cali).
2009	Creación de la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Carrera de Medicina.
2010	Primeras ideas para la creación de un álbum que contenga los textos de los estudiantes de primer semestre escritos en la asignatura de Humanidades I.
2011	Creación de la revista Medicina Narrativa, formación del comité editorial y asignación del ISSN para la versión impresa. Publicación del primer número de la revista con los escritos de las asignaturas de Humanidades I y II. Diseño de la nueva asignatura de Medicina Narrativa.
2012-2013	La asignatura se imparte como electiva para el programa de la Carrera de Medicina y para otras unidades académicas.
2014	Consolidación curricular de la asignatura Medicina Narrativa, entra a formar parte del Énfasis Clínico.
2016	Graduación de la primera cohorte de médicos de la Carrera de Medicina de la PUJ-Cali. Publicación de un número especial de la revista Medicina Narrativa por la décima edición y el fin de la carrera de los primeros médicos javerianos de Cali.

Figura 5. Cronología de los sucesos más destacados en la historia de la medicina narrativa en la CM-PUJ Cali.

Fuente: Elaboración propia.

2.5. Contribuciones de la medicina narrativa a la educación médica

Una vez hecha esta revisión histórica, lo más apropiado es profundizar en algunas facetas de la medicina narrativa que se han ido construyendo en la CM-PUJ Cali, otras formas de comprenderla, relacionadas particularmente con la educación médica, con la formación de un grupo de estudiantes de medicina en este centro universitario. Lo que al fin y al cabo condiciona las ideas a este ámbito concreto, permitiendo la atención en

este foco de la pedagogía. De igual manera, es por esto que nuestra intención es evitar dar respuestas desde una erudición no anclada, lo hacemos en cambio desde una experiencia vivida, en una geografía, en un contexto específico, en una comunidad universitaria determinada.

Los condicionamientos afectan asimismo lo que resulte a causa de nuestras historias, nuestro pasado, nuestro bagaje, nuestra formación, nuestras formas de ver el mundo. Esto es especialmente cierto para los profesores de la asignatura de Medicina Narrativa, y de esta forma, con esta cosmovisión, es cómo lo transmiten a sus estudiantes. El objetivo final de los tres profesores, como se verá, es re-humanizar a los estudiantes de medicina. Al menos así lo anota una estudiante cuando habla sobre ellos:

Creo que los profes: Dr. Rovetto, Dra. Gloria y la profesora Florencia buscaron en su afinidad por el escribir, inculcárnosla a nosotros. Uno lo siente como alumno, que los profes están buscando, como desde lo que ellos saben hacer, inculcarnos no solamente ser excelentes anatómicos, fisiólogos, patólogos, excelentes profesionales, sino excelentes seres humanos. (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

Son estos motivos los que nos hacen partir desde los profesores hacia los estudiantes y luego volver a los profesores. Cumpliendo de este modo ese ir y venir argumentativo característico de un diálogo socrático.

El tamizaje para buscar las ideas no se hace exclusivamente desde el conocimiento de la Medicina, la Literatura, el Trabajo Social, la Pedagogía, áreas del saber que dichos profesores manejan, se hace también mediante una creatividad que les es propia a los innovadores educativos. Se mantienen las identidades, las personalidades, los rasgos y los intereses de estos profesores, a pesar de su trabajo conjunto y colaborativo. Así es como se presentan las contribuciones de la medicina narrativa a la educación médica. Las opiniones y creencias de cada profesor están tan respaldadas en su propia vida que no ameritan mayor contrastación. Por tal razón, son tomadas las categorías, subcategorías y tipologías directamente de sus reflexiones y se matizan con las reflexiones de sus estudiantes expresadas en las entrevistas y en los escritos de la revista, que obviamente respaldan sus vivencias porque las traslucen como ningún otro medio.

2.5.1. *La Medicina narrativa como instrumento clínico*

Seguramente sería oportuno comenzar analizando las contribuciones de la medicina narrativa a la educación médica por algo que sea de relevancia, quiero decir, contestar a los que siguen escépticos sobre el tema. Probablemente sea preciso comenzar por aquí debido a las objeciones que resuenan con mayor intensidad contra iniciativas interdisciplinarias en la formación en medicina, contra iniciativas que combinan la medicina con las Humanidades, o como en este caso, la medicina con la Literatura; o incluso a veces, y sin distinción, contra las humanidades y las artes en general, vacilaciones que nacen por una incapacidad de ver por fuera de los límites establecidos para cada disciplina, y porque existen sospechas de que estas combinaciones no tengan peso real en la formación del médico.

Más allá de las pocamente examinadas posturas que ven a este intento de formación integral como un mero pasatiempo o una distracción del estudio de la importante ciencia médica, la aceptación de estos enfoques alternativos en la educación médica pasa por tener un acercamiento epistemológico especial con respecto a la medicina, la enfermedad y la salud. Las injerencias de la teoría narrativa dentro de la medicina han creado un nuevo campo de conocimiento narrativo que ha resultado en concepciones distintas de estos fenómenos (Charon, 2006).

Desde una postura más bien histórica, de una epistemología y una historia de la ciencia, la medicina se ha estudiado ampliamente bajo la etiqueta de Historia de la Medicina. Acertadas han sido las exploraciones en cuanto a los paradigmas dominantes, *ad honorem* al concepto de Kuhn, en los diferentes momentos de la historia médica. En el escenario colombiano resalta la escuela de Historia de la Medicina de Emilio Quevedo, la cual ha indagado estos desarrollos desde el contexto local, pero siempre en paralelo con los grandes paradigmas y las ideas médicas imperantes en determinada época (Quevedo , 1990). El Dr. Rovetto, al haber colaborado con esta escuela (el mismo tiene un libro de las ideas médicas en perspectiva histórica), hace parte de este modelo de acercamiento epistemológico a la medicina a través de los hechos de un cierto análisis historiográfico.

Era importante resaltar esto ya que el conocimiento que lleva a la comprensión de la salud-enfermedad y de paso, de la medicina en perspectiva de la medicina narrativa, no parte de la historia fáctica, sino de la historia personal-comunitaria de las narrativas. A estos nuevos horizontes epistemológicos conduce pensar la medicina desde la teoría narrativa (Charon, 2006). En una interpretación que brota desde lo experiencial, desde la labor del médico en el día a día, podemos soslayar ciertas sugerencias para responder la pregunta de qué es la enfermedad desde la perspectiva de la medicina narrativa. Dice el Dr. Rovetto:

Mi punto de vista en el fondo es que, debido a los sistemas actuales de historia clínica, de exámenes, de imágenes, los médicos hemos perdido la capacidad de ver la evolución del paciente como una historia, como una historia personal. Llenamos formatos, llenamos formularios y perdemos la perspectiva. Y para terminar, para mí, porque esto lo he pensado mucho y lo sigo pensando, la enfermedad es una narración. Y eso es lo que yo les hago trabajar a los estudiantes en el primer módulo [...] No es una cosa, un objeto, un ente, un demonio, un enemigo, es una narración. Alguien llega, se sienta, narra lo que le ha pasado y el médico luego hace otra narración. (Testimonio, Pedro Rovetto, Cali, marzo de 2016)

Lejos de las discusiones especulativas de lo que es la salud; que, por otro lado, deben mantenerse latentes en la discusión, pues el fin, que es el bienestar del paciente, se ha de tener constantemente en la mira, considerar la enfermedad como una narración permite un acercamiento característico al acto médico y al proceso de atención (Schleifer & Vannatta, 2013).

Tal vez la sentencia: la enfermedad es una narración aparenta ser muy conflictiva, por lo que lo opuesto, aunque no en términos universales, en cuanto que la narración desarrolla una trama singular, podría ser: esta narración expresa la enfermedad del/de la que lo narra; esta es, desde mi punto de vista, una definición más adecuada. No obstante, esto no modifica el sentido de considerar la evolución de la enfermedad de un paciente como una historia particular de ese paciente, mejor dicho, considerar la enfermedad como una narración en cada paciente, mediante un razonamiento narrativo/metafórico en un marco temporal.

Esto no podía ser interpretado más claramente que por una estudiante de la asignatura de Medicina Narrativa, quien señala la particularidad de cada historia en cada paciente expresada en su narración, y siendo ella misma la que utiliza metáforas y una descripción muy rica para ejemplificar un caso específico de una enfermedad.

La enfermedad es una narración porque se vive en cada persona de diferente manera y, finalmente, la enfermedad es como un niño. O sea, es un niño porque la sientes y después te comienza a molestar como si el niño empezara a llorar. Y hasta que tú no le pones cuidado, ella no se quita. Entonces siempre ir al médico a las personas pues como que les cuesta un poquito de trabajo, por miedo o por lo que sea; pero cualquier día el dolor es tan intenso que toman la decisión de ir. Después de tener valor para llegar adonde el médico, llegan y le cuentan muchas cosas, no te dicen: “vea doctor, tengo dolor de cabeza” sino que te dicen: “vea doctor, lo que pasa es que yo, el miércoles de la semana pasada, cuando iba a levantar a mis hijos para ir al colegio, sentí un dolor de cabeza muy intenso y me tocó volverme a acostar en la cama, y me tocó decirle a mi esposo que fuera y levantara a mis hijos.”. Y, pues, empiezan a contarte todo lo que involucró tener dolor de cabeza. [...] Y, en definitiva, esa enfermedad va tener un final, y ese final va ser la curación o la muerte. El paciente puede decir al final: “en ese proceso involucré a mi médico y entonces mi médico puede escribir mil y una historias de mi vida porque en cada visita yo le dije muchas cosas.”. (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

Esta introducción en clave de análisis de la función de los elementos narrativos concernientes propiamente a la enfermedad en la práctica de la medicina, es necesaria para nuestra comprensión de la medicina narrativa como un cuerpo de conocimientos que aportan a ciertos aspectos de la educación médica, y en específico de la educación clínica. A continuación, se sugieren algunas contribuciones derivadas del estudio de este caso de la CM-PUJ Cali y su asignatura de Medicina Narrativa.

2.5.1.1. Entrenar el juicio diagnóstico abductivo y narrativo

Esta contribución de la medicina narrativa está limitada exclusivamente al ámbito de la clínica (la entrevista clínica). Es por esto que aquí aducimos mayoritariamente al carácter instrumental de las narraciones. Aun cuando el conocimiento derivado de esta teoría narrativa y su injerencia en los fenómenos salud-enfermedad pueda ser considerado una *episteme* radical de cómo conocer en medicina, es nuestro interés momentáneo sólo su función en el quehacer del médico, su tarea de diagnosticar, el acto médico por antonomasia. Este es un enfoque pragmático al cual se adhiere el Dr. Rovetto:

“A mí no me molesta que me digan pragmático, porque yo soy pragmático en el buen sentido de la palabra. Para mí la verdad es lo útil para el paciente y las otras verdades son muy inciertas la medicina.” (Testimonio, Pedro Rovetto, Cali, marzo de 2016).

Este pragmatismo es necesario para que el médico vea a la enfermedad como una narración, como una historia incompleta que debe ser reconstruida (diagnóstico) y solucionada (tratamiento), siempre con esa meta. Mientras el diagnóstico requiera de habilidades y destrezas, y del aparato mental que estructura un juicio clínico cualquiera para llegar a la “verdad”, el médico procederá siempre con un “método”. El proceso diagnóstico no requiere en exclusivo del conocimiento base sobre las enfermedades y los síntomas, requiere además de dicho método con el cual formar hipótesis.

De esta manera es que entra la abducción y el pensamiento narrativo detectivesco como referentes de todo juicio diagnóstico, siendo esto factible de ser enseñando (Schleifer & Vannatta, 2013).

Este es el interés del Dr. Rovetto en cuanto a la contribución de las narraciones al diagnóstico clínico.

En el primer módulo yo estaba interesado en la medicina narrativa como instrumento clínico y algo que trataba de meterle a los muchachos y de discutir con ellos era como se descubre la verdad a través de una narración, y eso me llevaba a Sherlock Holmes, que mucha gente escrito sobre la importancia de este tipo de pensamiento en la medicina; y a Humberto Eco; y a la abducción; y a la conjetura; y a la adivinación. Entonces ese es un enfoque bastante filosófico y epistemológico, yo creo que algunos estudiantes se dormían, pero es válido, es un primer enfoque como se acerca uno a la verdad. (Testimonio, Pedro Rovetto, Cali, marzo de 2016)

Y así lo confirma el aprendizaje y la comprensión de una estudiante suya, haciendo referencia a ese primer módulo de la asignatura ella anota:

Empezamos viendo porqué la enfermedad es una narración y ese fue nuestro primer tema. La interacción entre el médico y el paciente, el paciente que llega contándole al médico lo que sucede y el médico interpretando, buscando la manera de buscar más información para llegar a darle el nombre a la enfermedad. Entonces empezamos hablando de cómo la enfermedad es una narración que se hace de manera oral; cómo comienza la persona narrándote lo que sucede con su vida, y te lo cuenta como una historia realmente, quién es, de dónde viene, qué le pasa, desde hace cuánto, todo eso que te cuenta es una historia. Y también cómo el médico, es decir todos nosotros - digamos que el representante insigne aquí es Sherlock Holmes- tiene que estar con la intuición, utilizando sus conocimientos previos, escuchando esa narración para darle una interpretación. Entonces, empezamos hablando de eso, de cómo todo lo que gira alrededor del ejercicio médico es una narración constante de lo que sucede alrededor del paciente. (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

Esta dimensión de la medicina narrativa favorable a la clínica es defendida a capa y espada por este médico escritor, el profesor Dr. Rovetto, y esto demuestra la contribución de lo propiamente médico a este campo interdisciplinario. Gracias también

a que este tipo de médico que intenta formar el profesor Dr. Rovetto tolera de buena manera la participación de las narrativas en su oficio. Pues sólo un médico de estas características, que ha practicado su arte toda una vida, es capaz de decir en qué consiste la medicina y porqué esta medicina necesita de lo narrativo. Porque

saber oír narraciones y saber narrar, es un instrumento clínico basado epistemológicamente en la idea de que la enfermedad es una narración, y la verdad es que la medicina es una decisión y para tomar esa decisión necesitas una narración de lo que ocurrió. [...] es una decisión que se toma sobre la vida de una persona. Ése es mi fondo más fondo filosófico de porqué trabajo en esto. (Testimonio, Pedro Rovetto, Cali, marzo de 2016)

Este fondo se conecta con la idea de la medicina como *phronesis*, como esa sabiduría práctica de saber y actuar según la justa medida en bien del enfermo. Pero dejando a un lado lo filosófico, y retomando el acercamiento pragmático de la medicina narrativa que nos interesa por ahora en la formación de los médicos, podemos ir develando algunas otras contribuciones de este enfoque narrativo para la clínica.

El ejercicio de la clínica y los procesos diagnósticos requieren de otras destrezas que podrían ser aportadas por la lectura y la escritura de textos (Charon, 2006), actividades frecuentes en la asignatura de medicina narrativa. Esto se conectaría perfectamente con lo que señalaba el Dr. Rovetto en cuanto a que *saber oír* y *saber narrar* son instrumentos clínicos. Son dos competencias básicas que debe desarrollar todo médico para su trabajo diagnóstico y clínico. Con los sinónimos de la escucha atenta y la perspicacia narrativa, serán ahora analizados al detalle.

2.5.1.2. Predisponer a la escucha atenta

Saber escuchar atentamente a los pacientes aparentaría ser una cualidad innata al médico, aunque esta postura se pone en tela de duda en nuestros días por la percepción de que, cada vez más, los médicos están perdiendo esa capacidad de ser escuchadores. Y esto es preocupante porque, sin entrar en los debates sobre las formas cómo se hace medicina en la actualidad; con toda la tecnología diagnóstica de imágenes y laboratorio que ha vuelto una práctica insentido la escucha al paciente, esta costumbre mal habida

está filtrándose en las escuelas y facultades de medicina, en donde ya no se enseña que el relato del paciente es fundamental a la hora de hacer el diagnóstico.

Sobre todo, esta apreciación se vuelve de relevancia si nos acogemos a las estadísticas que sugieren que sigue siendo el relato del paciente, recogido en la anamnesis, el que da el mayor porcentaje de información a la hora de emitir el diagnóstico.

Lo opuesto sucede en la CM-PUJ Cali, gracias en parte al enfoque de la asignatura de Medicina Narrativa que enseña a los estudiantes a ver la enfermedad como una narración, como un texto que de ser leído detenidamente. Este, como bien lo señalamos, es el interés del Dr. Rovetto, profesor de esta signatura. Pero el texto, o la historia que debe ser interpretada por el médico en la consulta se expresa de forma oral, he aquí la importancia de la escucha.

El relato que hace una estudiante durante la entrevista al ser cuestionada sobre la relación de la medicina narrativa con la escucha es revelador para comprender esta importancia extrema del saber escuchar lo que el paciente cuenta. Ella comienza diciendo:

Te conté sobre la paciente que se gastó como 40 minutos contándonos sobre su vida y eso que nosotros solamente le habíamos hecho la pregunta de con quién vive. La señora no pudo limitarse a decir yo vivo con mis dos hijas, sino que tuvo la necesidad de contarnos toda su vida, y en serio se gastó por ahí como 45 minutos sólo hablándonos de su vida, que era bastante trágica. [...] contándonos que era desplazada de la violencia, que su esposo la había abandonado y que sus hijas no la querían, en fin, nos echó una historia larguísima. [...] Pero si yo, como estudiante, simplemente me voy al hecho de que, si, pues, estoy estudiando semiología y solamente me interesan los signos y los síntomas, y hacer solamente la enfermedad actual. Pues eso yo lo hago en 10 minutos y listo, me voy. [...] [Pero la escucha atenta] puede servir incluso para el manejo de la paciente. Por ejemplo, la señora era bastante gordita, estaba pasada de kilos, y se había sometido a una cirugía bariátrica, pero nunca nadie le había preguntado si ella era muy ansiosa. Seguramente, si yo fuera su médico, y ella me hubiera contado que era una persona muy ansiosa, muy probablemente, con todo lo que eso le desencadenaba, yo le hubiera podido remitir a psiquiatría. Y, seguramente, psiquiatría ya hubiera podido resolver su ansiedad. Entonces ella hubiera dejado de comer tanto y no hubiera tenido la necesidad de someterse a la cirugía bariátrica, que además le generó muchos problemas. [...] La historia de vida de la gente, de alguna manera, puede ser determinante de las enfermedades y por eso es importante escucharles. (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

Puede verse muy claro el mérito que la estudiante otorga a la escucha de esta paciente para su manejo, lo que no hubiera podido hacer sino se disponía con paciencia a

escuchar toda su historia, por demás muy larga y trágica. Ya generalizando, la utilidad de la escucha se establece cuando menciona hacia el final que escuchar la historia de vida de los pacientes puede ser determinante en las enfermedades y su manejo terapéutico.

Durante la descripción de la experiencia con esta paciente es evidente que sugiere algunos datos biográficos que quizá estén relacionados o no con la comorbilidad psiquiátrica que la paciente presenta, pero esto igual hay que resaltarlo. Esta es una de las contribuciones del entrenamiento en medicina narrativa para la clínica, el recoger, mediante la escucha atenta, la biografía del paciente, para después registrarla en la historia clínica. Esto pueda que sea determinante para el manejo terapéutico de la enfermedad en perspectiva diacrónica. El aporte de la medicina narrativa a la semiología pudiera ser el ayudar a comprender las repercusiones biográficas de la enfermedad.

Con esto no se niega otras dimensiones de la escucha en beneficio de la relación médico- paciente, la confianza que genera en el paciente el sentirse escuchado, incluso la dimensión terapéutica que puede tener la simple escucha. Todo esto es manifestado por la misma estudiante en relación a la historia de la misma paciente. Ella señala:

(...) sé que si esa señora me está diciendo eso es porque no está bien y porque necesita que alguien la escuche; así yo no le vaya a resolver su problema, con el hecho de que yo le haya escuchado, seguramente para ella eso es suficiente en ese momento. Entonces, lo que uno hace es sentarse esos 45 minutos, la escucha, hasta cuando ella termina de hablar. (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

Podemos ver que la valoración que hace la estudiante de la escucha no se enfoca en determinar su eficacia terapéutica en el sentido tradicional, pues asegura que es posible que no vaya a resolver el problema de esta paciente. No obstante, la estudiante no por eso niega el sufrimiento de esta persona y capta enseguida la necesidad que tiene de contar *su historia*, lo que le está pasando. Pero entonces, al aceptar esto estaríamos saliéndonos un poco de las aptitudes prácticas en las cuales nos hemos venido fijando a lo largo de este apartado.

Ahora es cuando tenemos que admitir que el espacio de la relación médico-paciente se constituye en la interface entre lo pragmático y lo ético. La relación clínica, como es bien conocido, no puede limitarse sólo a lo técnico, varios aspectos humanos son

indispensables también. Es por esto que, antes de abordar los temas de la empatía y la imaginación moral/simpatética/narrativa como contribuciones de la medicina narrativa a la educación médica, analizaremos lo que tiene que ver con la perspicacia narrativa.

2.5.1.3. Generar perspicacia narrativa

La definición de perspicacia como la facultad para percatarse de cosas que pasan inadvertidas a los demás o la aptitud para percatarse de las cosas, aunque no estén patentes o claras (1), es de por sí algo de utilidad para el médico diagnosticador. Efectivamente, la agudeza en el diagnóstico es lo que se trata de alcanzar cada vez con mayor asiduidad.

Por otro lado, que esta perspicacia sea narrativa significa que, al escuchar historias, leerlas o tener que narrarlas, el médico en formación se va percatando de cosas sustanciales, puede que, para el diagnóstico, pero también de la relación con el paciente y para su práctica profesional en general. Este concepto de perspicacia narrativa en la educación médica posiblemente no tenga precedentes, o quizá nunca antes haya sido explicitado, sería un descubrimiento que se produce cuando se introduce las narrativas en la formación del médico.

Dicha perspicacia narrativa se iría moldeando mientras el estudiante de medicina lee una obra literaria y con el ejercicio de que éste escriba sus experiencias con los pacientes. Probablemente esta sea la sabiduría escondida detrás de los varios años de convergencia entre la Literatura y la Medicina, perspicacia narrativa que siempre habrían tenido los grandes médicos y literatos, Chéjov por ejemplo. Esto se conectaría con la minuciosa descripción narrativa necesaria para encontrar la verdad en el diagnóstico clínico, destreza a la que hacíamos alusión cuando juzgábamos de ayuda las obras literarias detectivescas como la de Sherlock Holmes, que por cierto fue escrita por otro gran médico escritor como Arthur Conan Doyle.

Para nuestra sorpresa, la perspicacia narrativa del médico es explicada por una estudiante entrevistada que da mucho valor en su comentario a los detalles, elementos

indispensables de esta cualidad. Ella menciona, a propósito de los ejercicios de escritura en la asignatura de Medicina Narrativa, que

el hecho de escribir y que otra persona te lea implica que tú tienes que describirle los detalles. Yo para poder entender la narración tengo que preguntar. Entonces te vuelves más atento a los detalles o al menos es eso lo que me sucede personalmente. Sí, porque como todo el tiempo tienes que estar escribiendo detalladamente algo, porque se supone que quieres que le llegue el mensaje a la persona que lo está leyendo, cuando lo vives ya se vuelve un ejercicio. Entonces te vuelves mucho más detallista cuando alguien te está hablando de lo que le sucede. Porque entre más información tengas más completa va a ser la narración de su historia y más herramientas vas a tener para encontrar qué realmente le sucede, qué puedes hacer, ser mucho más asertivo. Digamos que es un ejercicio que hace que tu mente vea el panorama mucho más grande, o al menos es lo que yo percibo. (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

Notoriamente puede leerse el riesgo que esta estudiante toma cuando hace el salto gigantesco de la escritura detallada a la práctica de la medicina con igual cuidado por los detalles, esto hace que el médico se convierta en un verdadero detective. La escritura con perspicacia narrativa sería como una preparación para la vida profesional. En el mismo sentido, la escritura en base a las experiencias pasadas permitiría una reflexión para mejorar a futuro la práctica. Todo esto está en consonancia con el método del *close reading* y la escritura en el *parallel chart* que promueve Rita Charon (Charon, 2006). Es así como continúa la estudiante tratando de justificar este punto de la perspicacia

porque cuando estás escribiendo, estás contando que te pasó y dices: entonces el señor estaba sentado y lo vi como acongojado. Y te quedas como sorprendido y dices: pero cuando yo lo tuve enfrente no percibí que el señor estaba acongojado, no me di cuenta; y te sigues diciendo: ¿por qué no me estoy dando cuenta de todo esto? si sí lo vi pero en ese momento no lo percibí. Entonces, a veces, es una retroalimentación escribir lo que te sucedió, así te haya sucedido hace muchos años, y pensar cómo estaba vestido esa persona, cómo era el pelo, de qué color tenía los ojos, y te dices de nuevo: yo no le vi los ojos. Te hace darte cuenta de detalles que si viste pero que en el momento no los notaste bien. Entonces eso te hace pensar que la próxima vez vas estar más pendiente. (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

De nuevo aquí se evidencia el retorno a la experiencia que se produce mientras se recuerda lo que se vivió, se ve la puesta en marcha de la memoria que involucra todo acto de escritura reflexiva, memoria que puede ir muchos años atrás en el tiempo, aunque en el caso de los estudiantes de pregrado de medicina no haya que retroceder tanto. A esto nos referimos cuando hablamos de *reflexividad* en la práctica profesional, tomar las experiencias pasadas, reflexionar sobre ellas y utilizar los resultados de dichas reflexiones en la práctica profesional presente o futura. La otra definición de perspicacia

(narrativa) como ingenio y entendimiento que penetra lo obvio hace que esta habilidad sea compatible con el “saber narrar” con agudeza, algo que la estudiante aludida ratifica.

2.5.2. La medicina narrativa y su participación en la relación médico-paciente

Ahora podemos asegurar que la escucha y la perspicacia narrativa son los cimientos de la relación médico-paciente. Ambas son necesarias en esta instancia relacional, aunque sus propósitos estén dirigidos mayoritariamente a las cuestiones pragmáticas del juicio clínico. Antes bien, estas habilidades acogen dimensiones éticas de la relación, la escucha al permitir la preocupación por lo que el otro dice, honrando sus palabras, y la perspicacia narrativa al permitir desarrollar la imaginación moral narrativamente. Esta imaginación narrativa (Nussbaum, 2005), capacidad que ha sido alabada en los últimos años, si bien es conocida desde la antigüedad, es la semilla que se requiere para que brote y florezca la empatía que tanto bien hace al médico y al paciente en su mutua relación.

A continuación, vamos a profundizar un poco en estas dos categorías, la imaginación narrativa y la empatía, tratando de describir porqué son sus contribuciones de la asignatura de Medicina Narrativa de la CM –PUJ Cali a la educación médica.

2.5.2.1. Ejercitar la imaginación narrativa

La imaginación es una facultad de la mente más bien relacionada con la fantasía. La tesis central es que las obras literarias, principalmente las novelas, son formas funcionales para ejercitar la imaginación, proceso que permite cavilar cómo se sentiría estar en la posición del otro, tomar distancia de la vida particular para colocarse en las situaciones que viven los personajes, puesto que las historias revelan los móviles de sus acciones y las consecuencias de estas. En la medicina y la relación clínica ese

absolutamente otro es el paciente, el que padece, muchas veces con el sufrimiento corporal, el dolor de la carne. Ante la imposibilidad de sentir con precisión lo que el otro –en este caso el paciente- está sintiendo, lo que el otro vive, el auxilio de la literatura es fundamental para la educación médica. Esto ya es sabido desde hace mucho y no representa mayor novedad, pues los programas de Literatura en los currículos médicos no hacen sino seguir creciendo.

Frente a la posibilidad de que esto haya podido ocurrir en la CM-PUJ Cali, que la asignatura de medicina narrativa se haya concebido originalmente como un programa de literatura y medicina clásico, parece ser que precisamente fue este el caso. Sin embargo, parece ser también que el programa no ha permanecido estático, al menos así lo asegura el Dr. Rovetto cuando indica:

Es algo que hemos aprendido, porque yo recuerdo que, en los primeros planes, los primeros borradores hablaban de familiarizar a los muchachos con médicos escritores que habían escrito sobre enfermedades. Eso es Literatura y Medicina, y es muy válido. Pero hemos descubierto un sentido más profundo del hecho de narrar, y narrar no es simplemente una cuestión de cultura literaria. (Testimonio, Pedro Rovetto, Cali, marzo de 2016)

Pero, aunque se haya podido descubrir este sentido más profundo del cual habla el Dr. Rovetto, el cual se ha venido formulando y que se seguirá revelando progresivamente, el rezago de estimular a los estudiantes a leer autores médicos y no médicos que han escrito sobre la enfermedad, la medicina, la salud, así como otros tópicos relacionados, sigue manteniéndose. Tanto en el plan del curso como en las actividades del aula se han preservado las lecturas. Con el fin de demostrar esto, luego se citarán cuáles son algunos de los recursos didácticos y obras utilizadas en las clases. Lo importante por lo pronto es saber que la lectura sigue siendo parte de las actividades de la asignatura de Medicina Narrativa, esto asegura de algún modo que se ejercite la imaginación narrativa.

Es verdad que no se indagó demasiado este atributo de la imaginación narrativa en los estudiantes relacionado con la lectura, si bien una estudiante, durante la entrevista, sugirió que el sustrato para que se diera la imaginación narrativa también se da en el ejercicio de la escritura. Esta estudiante indica:

Nos han pedido narrar en base a nuestras experiencias qué entendemos sobre la relación médico-paciente. Por lo menos mi escrito está desde la percepción del paciente y no porque yo fuera el paciente, sino porque, al contrario, yo era quien entendía y es mi percepción de lo que, seguramente, para esa persona fue la experiencia de ir al médico. Es como colocarte en los zapatos de alguien más, es como lo que siempre dicen sobre

que el médico tiene que ser empático, entonces yo lo que hice fue narrar desde la percepción de esa persona [...] como cuando lo estamos contando como pacientes y te preguntas si así lo viví yo ¿cómo lo habrá vivido la persona que yo atendí? (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

En esas palabras se alcanza a adivinar un intento por imaginar desde la postura contraria a la del médico, la perspectiva totalmente opuesta, es decir desde la percepción del paciente. Esta inversión, al menos en el terreno de lo imaginario, es un primer paso para la comprensión humana fundante, que a posterior permita una relación horizontal, no de condiciones, ya que estas son insalvables por la enfermedad de uno y la salud del otro, pero sí de cordialidad. Una relación de empatía, del médico para con el paciente, no de conmiseración que conduzca a la inacción, sino de entendimiento que lleve a buscar con mayor compromiso el bien del enfermo. A por la empatía vamos una vez que se aclare un último aspecto de la imaginación narrativa dentro de la práctica de la escritura que hacen los estudiantes en esta asignatura.

La imaginación narrativa es una cualidad que los médicos tienen que desarrollar paulatinamente, para la cual la lectura de la ficción ha de ser la suficiente. Y a pesar de que como investigador no pude evidenciar este aspecto de la lectura de forma directa, quizá porque requiere de tiempo constatar las lecturas, en los procesos de la escritura creativa y rememorativa sí que destacaba la función imaginativa, al menos de forma indirecta. A este decir una estudiante comenta:

Más que imaginarse o inventarse, es describir lo que te ha pasado. Y si no eres médico todavía, pues escribes de cuando fuiste paciente o cuando fuiste familiar. Porque yo me lo puedo imaginar y escribirlo, y me hago una *super* novela. Pero cuando escribes algo que te sucede, te encuentras como humano, como persona; encuentras actitudes o percepciones, las cuales no habías notado previamente. (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

En este comentario parecería que la estudiante está negando el valor y la riqueza de la imaginación. Pero lo cierto es que en la escritura también es posible ejercitar una imaginación narrativa. Imaginar es, en algún sentido, proyectar hacia el pasado y hacia el futuro, y presentificarlo; cuando se insiste en el pasado, por más que los hechos fueran reales, traerlos de nuevo a la mente y plasmarlos permite recrear algunas cosas, una increación que no será del todo originaria.

Por eso es que, si bien en el comentario de esta estudiante no se favorece la ficción y la fantasía en el relato narrado del médico, encontrar al interior ese “otro” en sí mismo; el encontrar esas percepciones no notadas, es algo tan humano como imaginar al “otro” como absolutamente otro, requisito previo a tratar de concebir lo que el paciente, tan ajeno al médico, pueda estar sintiendo. Por ahí debe estar el sentido de la empatía que ahora vamos a explorar.

2.5.2.2.Predisponer para la empatía y prevenir la insensibilidad

La cuestión de la empatía, por de más problemática, es uno de los aspectos más difíciles de tratar como contribución de la medicina narrativa a la educación médica. Decimos que la empatía es problemática porque de ella no se tiene ninguna certeza. Ni su definición es clara, ni su comprensión universal. A veces se la considera con conceptos reduccionistas que no tienen en cuenta su complejidad, para rematar, la esencia del acto no es bien entendida.

Yendo más lejos, quizás recurrir a viejas nociones como piedad, compasión y misericordia, todas más antiguas que empatía, sea lo mejor para no confundir las palabras, tampoco habría confundir la empatía con la simpatía que tiene un sentido diferente; o quizás haya que remontarse a los nuevos conocimientos de la Psicología o a los descubrimientos la Neurociencia, con las neuronas espejo, para resolver el enigma. Pero más allá de esclarecer estas confusiones y sumergirse en un estudio histórico y analítico profundo, lo correcto sería limitarse al contexto que nos interesa, que no es otro que la educación médica en esta facultad específica.

Para este acometido aceptamos la definición provisoria de que la empatía es la capacidad de comprender los sentimientos y emociones, intentando experimentar de forma objetiva lo que siente otro individuo. Se hace la distinción entre la empatía afectiva o emocional, que consiste en la capacidad de sentir y responder con una emoción apropiada a la situación del otro, y la empatía cognitiva, que es la capacidad de comprender el estado mental del otro (Hojat M. , 2012).

En ningún campo profesional se habla tanto de la empatía como en las profesiones sanitarias, se dice con frecuencia que el médico debe ser empático, que debe tener empatía con el paciente. Se promulga que en la relación médico – paciente siempre ha de estar presente la empatía, como la condición *sine qua non* es impensable que el médico pueda ofrecer un trato humano al paciente, para que éste se sienta comprendido y dispuesto a recuperarse, y también para beneficio y satisfacción del médico.

Esto último ha sido comprobado incluso empíricamente y, por esta razón, es tan preocupante el dato, igualmente demostrado en estudios empíricos, de que la empatía de los estudiantes de medicina va disminuyendo conforme avanza su formación. Esta “realidad” no resultaría extraña teniendo en cuenta que la medicina, y sus aparatos cultural y pedagógico, están diseñados para desensibilizar al estudiante (Bleakley A. , 2015), dicen que en beneficio de la objetividad y profesionalidad en el trato con el enfermo.

Del acompañamiento y ahínco por disminuir el sufrimiento del paciente, la medicina ha pasado a priorizar la resolución del problema de la enfermedad, y buscar a todo precio su curación, olvidando el rostro humano del que la padece. Y a pesar de que esto sea mucho más complejo, la “realidad” es la realidad, y es fácil de constatar en los servicios asistenciales en donde andan los practicantes, externos e internos, cada vez más atareados, a veces presenciando malos ejemplos de tratos insensibles y apáticos, pero siempre con menos oportunidad de tener empatía (Hojat, y otros, 2009).

Renunciar a la sensibilidad no parece una opción sensata, de hecho, parecería imposible, más bien sería una cuestión de supresión de las percepciones sensibles y emocionales, algo a lo que la educación médica ya se ha venido acostumbrando. Parece ser que esto es similar a la costumbre cada vez más escasa de “tocar al paciente” en el examen físico. Con esta incapacidad para la empatía, en cambio, se estaría perdiendo ocasiones para “ser tocados por los pacientes”, ser movidos por su sufrimiento.

Esta introducción dilatada sobre la empatía, su función en la relación médico-paciente, y el riesgo que corre en la educación médica frente a la habitual insensibilidad producida en los estudiantes, era necesaria para comprender el espectro de males a los que debe encarar cualquier iniciativa educativa que pretenda revertir esta situación.

En la asignatura de medicina narrativa de la CM-PUJ Cali tuvieron la cautela de generar empatía, primeramente, previniendo el deterioro de la sensibilidad. Así lo manifiesta la profesora Gloria:

Yo les suelo decir miren: si usted está frente a una tragedia, frente a un hecho doloroso y no siente nada, es porque usted está muy roto por dentro. O sea, está tan roto que genera un mecanismo de bloqueo tan profundo que ya el otro no le toca, y ustedes jóvenes decidieron una profesión en la que el sufrimiento es lo cotidiano, también la alegría y también la esperanza, pero pensar que quien ejerce medicina no encuentra sufrimiento, pues, eso no es medicina. Y más en este sistema, con la desigualdad. Pero ese ser humano roto que ya se vuelve frío frente al dolor necesita que alguien le ayude hacer conciencia de que está roto ¿y cómo hace conciencia de que está roto? Este es un instrumento. (Testimonio, Gloria Inés Flórez, Cali, marzo de 2016)

No es tanto la prevención de insensibilidad lo que preocupa a esta docente, le preocupa más el hacer conciencia de esta insensibilidad supuesta, pues la pone en modo de condicional: “si usted no siente nada”. Esto supondría que algunos estudiantes de medicina, nunca es bueno generalizar, son como ese ser humano “frío” frente al sufrimiento del otro; que estarían “rotos por dentro”; que tendrían este “mecanismo de bloqueo profundo” de la sensibilidad; y que no se dejarían -y aquí retomamos lo que decíamos - “tocar” por ese otro. Para subsanar estos desarreglos, la profesora propone considerar a la medicina narrativa como instrumento.

A esta hipótesis, de que los estudiantes de medicina son así y que tienen estas malas disposiciones interiores, la desarma el sentir de una estudiante entrevistada, eso sí destacando el instrumento que ella utiliza, la escritura. Es así como el condicional se anula gracias a que la escritura demuestra que los estudiantes de medicina efectivamente sienten todo lo que les sucede. Esta estudiante lo afirma del siguiente modo:

El hecho de poder escribirlo, y que alguien más lo lea, (hace) que de alguna forma se den cuenta de eso que vive el médico, que no es que sea una persona dura, o que nosotros los estudiantes perdamos los sentimientos, o que seamos insensibles. (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

Entonces, la postura de la profesora Gloria no deja de ser más que un intento de ejemplificación hacía el extremo, poniendo ese escenario fatal en términos de la sensibilidad. Por lo que tampoco es cuestionable, ya que revela que ciertamente la escritura permite hacer conciencia, pero de la sensibilidad de la vivencia, en positivo, a sabiendas de que lo contrario, de que, si alguno de sus estudiantes probablemente

perdiese la capacidad de “sentir” el sufrimiento del paciente, la escritura cumpliría la misma función de crear conciencia.

Es tal la importancia de la escritura para generar empatía, o conciencia de su ausencia - como la lectura (y también la escritura) para generar imaginación narrativa-, que habría que esclarecer ciertos procesos que permiten estos resultados beneficiosos para la relación médico-paciente. Una estudiante entrevistada nos ayuda a aclarar el panorama de cómo el escribir, actividad de la asignatura de Medicina Narrativa, puede conectarse con la empatía en el momento real de la relación con el paciente, ella comenta:

Yo creo que la medicina narrativa te ayuda bastante en la práctica porque una cosa es cuando tú lo vives, simplemente lo viviste, pero cuando tú te sientas a escribirlo, tienes que devolverte a lo que pasó y eso te genera una reflexión. Yo pienso que esa reflexión de alguna manera te ayuda a tener más empatía con la gente porque te permite ponerte más en el lugar del otro. A parte, cuando reflexionas, eres más humilde ante el otro, porque eres más sensible a su dolor. [...] la medicina narrativa te permite tener más empatía por la gente, te permite sentir más el sufrimiento del otro y yo creo que eso es una cosa que una vez tú lo desarrollas, después no lo olvidas, que va contigo para toda la vida. (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

En este comentario se expresa que la escritura no es un hecho aislado, sino que se puede advertir que está concadenada con la vida, con la práctica profesional y en relación con los pacientes; se puede ver que la escritura permite volver sobre la experiencia vivida, lo que inexorablemente genera una reflexión. Se puede concluir que la escritura es entonces un instrumento para una práctica reflexiva.

Para la estudiante que hace este comentario, es en esta reflexión en donde se asienta la empatía, no porque se produce en exclusivo al momento de escribir, sino porque la sensibilización que genera dicha reflexión impregna la actividad a futuro, durante “toda la vida” según la misma estudiante; lo que quiere decir que, en el próximo encuentro con el paciente, ya se estaría sensibilizado previamente para poder actuar con empatía y humildad.

En suma, es posible argumentar también que la empatía no es algo que se crea espontáneamente, es necesario un mecanismo de generación para procurarla. Primero es necesario un sustrato o material base, en este caso la experiencia vivida; un proceso de elaboración consiente, en este caso la reflexión; un medio de expresión, que podría ser la escritura; y, finalmente, una actitud, la humildad. En consecuencia, la empatía es un atributo complejo que no puede dejarse al azar, tiene que ser cultivada y cuidada,

elaborada de una forma metódica. Si se descuida, como suele hacerse cuando no se procura la reflexión sobre las experiencias vividas que son patrimonio de todos los que estudian medicina, se corre el riesgo de producir insensibilidad y deterioro de la empatía.

Creo que es el momento oportuno para introducir un pasaje de la revista de Medicina Narrativa, texto que, en tanto encierra la singularidad del mundo de su autora, una estudiante de primer semestre de la CM-PUJ Cali, es muestra de la elaboración compleja que se requiere para lograr la empatía. El pasaje, que es la mayor parte del escrito, dice así:

El dolor de mi abuela había comenzado en un diente, recorría la mandíbula y llegaba hasta la glándula parótida. Doris, mi abuela paterna, vive en Guacari, uno de los pueblos del Valle que queda cerca de Puga. Tuvo siete hijos, seis mujeres y un varón. Ya sabrá el lector quien es el varón. Con tantos hijos es inhabitable hablar de los 15 nietos, entre ellos yo. Somos una familia muy unida y eso se notó el domingo 3 de octubre en la sección de urgencias de un reconocido hospital de Cali.

Como es habitual, ese día mis padres, mis dos hermanas y yo madrugamos a nuestra Iglesia “Misión Paz” a las Naciones, ubicada en Las Vallas al norte de Cali. Regresamos a casa temprano y recibimos un mensaje de Guacari. La muela vieja de mi abuela estaba empeorando y el dolor en la mandíbula era insoportable. En la casa se encontraba mi tía Lourdes quien conmovida no dudó en llevársela cuanto antes. El mensaje era precisamente ese, que iban camino a Cali, para ir a urgencias con la abuela.

Habían llegado a las tres de la tarde, Dorita acababa de pasar la dura prueba del cuarto de priorización y estaba próxima será entendida por el médico general. Un familiar había conseguido que fuera vista también por el doctor maxilofacial; esa era la idea de venir a Cali así que todo marchaba según el plan. A las 3:30 más o menos, llegamos al hospital, papá, mamá, mis dos hermanas y yo. En la entrada de urgencias nos encontramos con mi tía Liliana un poco preocupada. Nos contaba que Dorita había sido vista por un practicante que le mandó a tomarse una pasta para el dolor. Me pareció increíble que no fuera atendida debidamente, no la vio ni el médico general y el maxilofacial jamás apareció. La verdad es que me sentí frustrada, no sólo por tratarse de mi abuela, sino también al contrastar la atención que uno puede esperar de un hospital público colombiano y de una clínica privada altamente reconocida, como en la que estábamos con mi abuela.

Pensé que, como futura médica o médica en formación, no habría dejado ir a una paciente muy entrada de edad, llorando a moco tendido, como dicen, y con su cara hinchada. Había que verla para dimensionar su dolor. El caso es que entramos ya molestos a esa sala de espera típica de urgencias, un poco oscura... o será que la mente la vuelve así de sólo pensar en el sufrimiento que pasa por allá. A la entrada había una camilla, los asientos, y detrás de los asientos del cuarto de priorización. Al lado había una máquina de comestibles, otra de refrescos y una de café; de cara a los asientos, las “taquillas de admisión”. A un lado, la puerta que dividía a los enfermos importantes de los no tan importantes que esperaban sentados en las sillas.

Mi familia estaba cerca de las máquinas. Una prima fue a un supermercado cercano a comprar agua y medias para mi abuela que sentía frío. Adriana, otra prima, me contaba

con lágrimas que después de hablar internamente, mi abuela estaba siendo valorada por el médico general, y que, si él lo consideraba, sería hospitalizada o vista de inmediato por un neurólogo. Minutos más tarde llegaron otros familiares. No miento cuando digo que por la abuela había 11 personas esperando su evolución, sin contarme yo.

Deseaba como nunca tener todos los conocimientos que quiero para ser doctor, entrar y ayudar a mi abuela como también a los pacientes “importantes” ya los “no tan importantes”. Quería decirle al practicante que fuera más atento; al maxilofacial y neurólogo, que nos hicieran los de rogar. Pero apenas estoy en primer semestre. No sé nada en comparación a un practicante y ni siquiera tengo claro en qué me voy especializar. En ese instante no valía lo que estaba viendo en la Universidad. No me dejarían tocar a alguien porque ya me sepa toda la vía glucolítica y conozca más o menos bien la célula, ni porque el otro día tendría que exponer sobre medicina barroca en historia. Ni por saberme las proteínas de replicación, transcripción y traducción de ADN y tampoco por conocer diseños epidemiológicos, entender bioestadística, escribir buenas crónicas en Humanidades, leer a Oliver Sacks en comunicación o ser una reciente fan de Dr. House. Estaba perdido. Lo que me hacía médica, no era suficiente ese día.

Cuando llegó mi prima con las medias, entro a ver a la abuela y salió con la noticia de que sería hospitalizada. A todos nos alivió la noticia pues significaba que saldría de allí estando mejor. Papá entró a despedirse de la abuela en nombre de todos y salimos de la clínica a las cinco de la tarde. No seguí auto frustrándome con el pensamiento y solo pensé como última reflexión: cuando sea una médica voy a dar todo de mí para ayudar a los pacientes. No hay que ser insensible para lograr la objetividad; es necesario ser sensible para tener empatía.

Al otro día, antes de entrar a Lógica Matemática, mi celular sonó. Era mi mamá, avisándome que la abuela tenía un absceso en la parótida. Me dijo que el absceso sería drenado y controlado por un otorrinolaringólogo... (*Continua*) (Cárdenas González, 2011)

Era necesario tomar y colocar este escrito extenso para comprender todas las circunstancias que permiten la reflexión sobre la empatía, y que plasma de forma muy estilizada en su narración esta estudiante. Porque a pesar de la conclusión aparente a la que llega, que es idéntica a lo que hemos venido insistiendo, principalmente sobre rescatar la dimensión sensible y la sensibilidad de los estudiantes para poder adquirir la empatía, no es consciente de todo lo que vivió, experimentó, sintió, pensó, recordó, reflexionó, imaginó y fantaseó, para poder llegar a ella.

En este escrito se descubre realmente la empatía, no como un concepto abstracto, sino como una experiencia vital. Lo primero que tendríamos que resaltar es que se trata de una historia familiar, que ensalza la unidad familiar y que afecta a la familia. Aquí va a ser importante la personalización del relato, porque nos permite deducir la intimidad-familiaridad que representa la relación con el que está sufriendo el dolor, en este caso la abuela. Esto de por sí es de utilidad para contravenir algún argumento en contra de la

empatía que dice que esta es imposible en la medicina porque las relaciones entre médicos y pacientes se producen como nexos puramente profesionales, lo que supondría que no habría una verdadera identificación con el paciente, pues no se construyen lazos duraderos como con los familiares y amigos. Considerar al paciente como un familiar, al menos en una proyección a futuro como lo hace esta estudiante, en analogía a un familiar, podría ser un ejercicio provechoso para la empatía, y también respaldaría el enfoque familiar de la asignatura de medicina narrativa que se discutirá después.

Por otro lado, la frustración que dice haber sentido la estudiante se deriva de la constatación de un centro privado poco eficiente, y la comparación con el supuesto de que los centros del sistema de salud público son aún peor. Lo que nos hace pensar que las preocupaciones por una justicia social – sanitaria, que se asoman tímidamente en su reflexión, harían parte de la elaboración de la reflexión sobre la empatía. Además, más o menos por la mitad del texto, la estudiante hace una reflexión sobre su condición de estudiante que nos resulta de interés. Se puede ver su deseo por “tocar” a los pacientes, pero también su decepción al evidenciar que los practicantes mayores y los médicos no se permiten “ser tocados” por el dolor de esta paciente, su abuela.

Todo esto recoge los problemas que comentábamos sobre la disminución de la empatía a lo largo de la formación médica (Neumann, y otros, 2011), y no hace más que comprobarlos. Se cumple el mal ejemplo de los referentes, médicos y estudiantes mayores, la idealización y sensibilidad de ella como estudiante de primer semestre y sus intenciones de mantenerse de esta forma, sensible ante los otros.

Asimismo, sobresale la angustia por considerar que los conocimientos que estaba adquiriendo durante aquel primer semestre no le eran de utilidad práctica en ese momento. Incluso cuestiona la actividad de escritura que hace en la materia de Humanidades –actividad que posteriormente asumirá la asignatura de Medicina Narrativa-, sin darse cuenta de que, es precisamente este espacio, el que le ha permitido hacer toda esta reflexión, recoger sus recuerdos, sus sentires, sus experiencias; poner en marcha su imaginación para descubrir que ella quiere ser una médica empática y sensible. Con esto encontramos una justificación última de porqué la medicina narrativa y la escritura creativa son instrumentos para crear y permitir la empatía en los estudiantes de medicina.

Con respecto al texto expuesto se podría objetar que fue escrito por una estudiante de primer semestre que aún no tiene contacto real con los pacientes, como ella mismo lo admite. Por lo que dicha estudiante se encontraría en un estado sensible basal que no ha sido afectado todavía por la formación. Lo que se esperaría, pues, es una declinación de su empatía y una desensibilización, de acuerdo a las prácticas habituales que se llevan a cabo en la educación médica. Sin embargo, la asignatura de medicina narrativa aparentaría ser la excepción, un caso raro, en el sentido de que permite que la sensibilidad de los estudiantes aflore a través de la escritura. Raro porque, como bien señalábamos, en la formación del médico no se ha acostumbrado a dejar que estas dimensiones sensibles y emocionales de los estudiantes salgan a la luz, prefiriendo una especie de distanciamiento y neutralidad.

Sin duda algunos profesores tienen parte de la culpa, sin embargo, no son plenamente conscientes de la insensibilidad que podrían estar causando a los estudiantes. Este no es el caso de los profesores de la asignatura de medicina narrativa de la CM-PUJ Cali, una de sus estudiantes defiende el estímulo que ellos le dan para que se pregunte constantemente sobre su sentir. Ella dice a propósito de estos profesores:

“Te preguntan constantemente que te genera el otro, cuando lo ves triste, cuando le ves llorar, cuando el familiar te pregunta que qué hacer, te cuestionan ¿usted cómo se siente frente a esa otra persona?” (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016).

Hemos destacado la sensibilidad y la dimensión sensible de los estudiantes no con intenciones de sobrestimarla, pero si para hacer un poco de justicia frente al olvido al que ha sido sometida históricamente en la educación médica. Ponemos lo que sucede en la asignatura de medicina narrativa de la CM-PUJ Cali como ejemplo paradigmático de exaltación merecida de la sensibilidad como instancia y descubrimiento infalible para mejorar la empatía de los estudiantes.

Pero dicha sensibilidad no sólo se limita a enriquecer al campo de la empatía, de por sí un efecto muy valioso, sino que se enlazará, como se verá más adelante, con las otras dimensiones de la medicina narrativa que funcionan como contribuciones a la educación médica. Por tanto, la sensibilidad puede desempeñar el papel de núcleo de donde salgan las otras dimensiones benéficas de la medicina narrativa.

2.5.3. La medicina narrativa como expresión catártica

Esta es quizá la menos esperada de las contribuciones de la medicina narrativa a la educación médica. La justificación para la creación de la asignatura en principio no buscaba ningún efecto catártico, no se explicaría entonces de antemano, y es aún menos probable, que dicha intensión haya estado presente desde el diseño de la asignatura. Es así que no es posible asegurar qué tanto se previó este efecto. Contrariamente a lo que podría pensarse –bueno, probablemente sí de acuerdo a los argumentos previamente delineados–, la formación de las emociones es una ausente de rigor en la educación médica; por ende, siquiera que se mencione el tema, o que se ventilen sutilmente las emociones y los sentimientos de los estudiantes, es ya algo rescatable, aunque muy inusual en los espacios formativos de las facultades de medicina.

Otra vez nos enlazamos con el hilo conductor de que la insensibilidad es un efecto negativo de la educación médica (Bleakley A. , 2015). Pero de nuevo, por más meritorio que pueda parecer este descubrimiento, no es una acción fortuita, es más bien un sentido y un sentir profundos enraizados en una tierra fértil. Para mejor comprender, pero continuando con las metáforas, todo este resurgir de lo afectivo/emocional se produce en un contexto (la tierra), y gracias a la labor de un trabajador (sembrador), en este caso, trabajadora social, la profesora Gloria Inés Flórez.

Va a ser importante un dato que ella mismo señala durante la entrevista grupal, y que tiene que ver con que se había adscrito a la terapia narrativa del trabajador social australiano Michael White. De cierta manera, su propuesta es una adaptación de este enfoque psicoterapéutico (Wallis, Burns, & Capdevila, 2011).

Yo, que soy trabajadora social de formación, encontraba que a través de la escritura hay grandes procesos de terapia y de catarsis. Con el tiempo me topé con un trabajador social australiano que plantea la terapia narrativa como proceso terapéutico, en donde toda la terapia narrativa se construye a través de textos que el paciente va escribiendo alrededor de su proceso de acompañamiento terapéutico. (Testimonio, Gloria Inés Flórez, Cali, marzo de 2016)

Pero a esto habría que matizarlo con los influjos de la espiritualidad ignaciana, a lo que también tendría que añadirse el marco institucional de la propia universidad. La

profesora Gloria va a ser quien reafirme este referente ignaciano, porque la tradición de examinarse y de escribir

es muy de la tradición jesuítica, a través de ejercicios espirituales. Entonces (esto se da) dentro de un marco de una universidad jesuítica, en el marco de un proceso de sensibilidad del ser humano. [...] Ese es un modo de ser y proceder desde lo ignaciano, un modo de ser y proceder que parte de la humanidad y que parte de la dignidad del otro, pero con conciencia de la propia dignidad. (Testimonio, Gloria Inés Flórez, Cali, marzo de 2016)

Retomando las metáforas podríamos decir que la profesora Gloria es la *cultivadora* del mundo interior de los estudiantes, porque en esto consiste el verdadero descubrimiento que hacen en la CM-PUJ Cali, en haber accedido a este espacio poco conocido de la interioridad, de la conciencia; el *insight* al que, oh sorpresa, también pueden acceder los estudiantes de medicina. La profesora Gloria considera la dialéctica de la exterioridad y la interioridad como un juego de miradas, hacia adentro y hacia afuera, como sabiendo que el que narra y el que cuida al mismo tiempo tiene que recurrir casi siempre a estos dos polos, así también lo hace el médico en formación.

La mirada de aquí para allá, yo como médico en formación viendo que hay un paciente que padece; y yo como ser humano frente a. Porque es bueno destacar la mirada del enfermo y del cuidador pero ¿y la del médico? Entonces qué pasa con el médico, los sentimientos del médico, sus emociones, sus impotencias. Entonces es una doble mirada porque no solamente es, claro, hay que tener una narrativa con el paciente, hay que saber escuchar la narración, hay que solucionar un problema, eso es bellísimo y no se hace en todas las facultades de medicina. Pero aún menos se pone atención a ese ser humano expuesto a, ese ser humano que trabaja desde sus propias falencias, desde sus propias necesidades, desde su propia fragilidad, y que se tiene que exponer a la fragilidad de otros, al dolor, a la tragedia. (Testimonio, Gloria Inés Flórez, Cali, marzo de 2016)

Es lo mismo que nota el Dr. Rovetto sobre el trabajo de su compañera, pero esta vez en términos de la verdad propia del médico y ya no la verdad que busca en el paciente. Un ejercicio de introspección que, por cierto, no se hace exclusivamente desde la persona en solitario, sino desde la intimidad de esa persona en relación, donde sobresale el papel de la familia.

Yo veía que Gloria se basaba mucho en la familia, en las experiencias de los muchachos con sus familias, y sus historias personales. Ya el médico no enfrentado la verdad del paciente, del hombre que sufre, sino el médico enfrentado a su propia verdad, que es algo muy complejo y muy bonito de explorar. (Testimonio, Pedro Rovetto, Cali, marzo de 2016)

Estos dos profesores mencionan la idea de belleza en esta oportunidad de ver lo profundo del ser humano, lo que nos dirige a la estética que por lo pronto dejamos latente, dormida, pues volveremos sobre ella luego. Ahora quisiera retomar la idea de la expresión catártica sugerida por la profesora Gloria como contribución de la medicina narrativa a la educación médica. Porque el médico en formación es testigo del sufrimiento humano, cercano o lejano, familiar o extraño, pero lo atestigua constantemente.

Con conocimiento de que esto sucede en la cotidianidad de la formación, es increíble la poca reflexión que merece por parte de los educadores médicos. No así en la CM-PUJ Cali, lugar que ha tomado conciencia de este aspecto emocional de la práctica médica. Para evitar su desborde o su fuga por otros caudales, la profesora Gloria es la encargada de canalizar estas emociones mediante el ejercicio de la escritura. Explicando sus bondades, vuelve sobre el juego de las miradas.

(...) la medicina narrativa podríamos decir que tiene dos miradas: una mirada hacia fuera, que es la mirada de la relación con el paciente, y una mirada hacia adentro, que es qué le pasa en el interior de ese médico que se enfrenta al dolor, a la muerte, a la tragedia, a la impotencia, a las dificultades del sistema. El médico va llenando, digamos, en su interior una serie de emociones, de sensaciones, de pensamientos, que va acumulando, y una muy buena forma de hacer catarsis y de superar algunas de las dificultades que el ejercicio mismo de la medicina le pone, es a través de la escritura. Entonces hemos encontrado que [...] hay un proceso muy interesante catártico para el médico en formación y para el médico en la práctica profesional, cuando pueden narrar eso que viven frente al otro y cuando puede poner en una narración la experiencia de la relación médico-paciente. (Testimonio, Gloria Inés Flórez, Cali, marzo de 2016)

2.5.3.1. La escritura como proceso de catarsis.

El objetivo que tienen en la CM-PUJ Cali es rescatar la catarsis de su connotación psicoanalítica y devolverle su universalidad humana, además ofrecerle un vehículo como lo es la escritura. Todo esto lo confirma una estudiante cuando relata una experiencia suya con relación a la medicina narrativa como *desfogue emocional*:

Uno cuando ya está viendo los pacientes se da cuenta de que todos tienen una historia diferente y te provocan como una carga [...] van a venir como muchas tragedias y tú te cargas de eso. Pero, finalmente, tú no te puedes quedar con eso y de alguna manera tiene que salir. Me parece que una forma sana o pacífica de que pueda salir es por medio de la escritura. Y eso, de hecho, lo comprobé la semana pasada que estuvimos en una

rotación y tuvimos todos los casos tristísimos. Hubo una señora con esclerosis múltiple, otra señora que le hicimos una pregunta que más o menos era como: ¿usted con quién vive? y se gastó como 40 minutos contándonos que era desplazada de la violencia, que su esposo la había abandonado y que sus hijas no la querían, en fin, nos echó una historia larguísima. Y, pues, obviamente todos salimos muy cargados de la rotación y tuvimos la necesidad de contárselo a otro, que es lo mismo como si lo escribiéramos. Pero eso que uno vive de alguna manera tiene que salir y pues mejor si sale de una forma de sana, a que – yo no sé- te cojas a alguien en la calle porque saliste muerto de la rabia, por ejemplo. (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

En la última parte se alcanza a vislumbrar el riesgo de no dejar salir esos conflictos emocionales, algo que no es del todo dimensionado en la formación del médico. La medicina narrativa podría ser a este respecto una herramienta atractiva; dada su centralidad en la clínica, la cual se revisó antes; y dado este efecto indirecto que no es nada despreciable. Así lo manifiesta, de forma explícita, una estudiante al responder a la pregunta sobre qué le da a ella la medicina narrativa.

¿Qué te da?, pues un filtro de todo lo que te sucede, es una catarsis personal porque a veces te suceden cosas que te impactan muchísimo y no tienes por dónde sacarlas. Entonces no sabes si las callas, las ocultas y que venga el siguiente paciente, o si te quedas con ese impacto todo el tiempo y lo guardas, y de repente aflora, o te llenas de más estrés porque estás al tope [...] Entonces el escribirlo es un poco liberador. [...] por lo menos para liberar eso, drenarlo por alguna parte. (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

Entonces, no consistiría la solución en fomentar toda la potencialidad psicoterapéutica que tiene la escritura, porque entre otras cosas no se aplica con este fin, ni mucho menos con un método riguroso y unas técnicas específicas; haciendo esto quizá se pueda caer en la tentación de patologizar la experiencia. Si bien habría que detectar casos especiales, el común denominador son experiencias de implicación con el sufrimiento causado por la enfermedad y la muerte, que los estudiantes digieren - y siempre lo han hecho- con un mecanismo hasta cierto punto “natural”. La utilidad de la medicina narrativa y la escritura como medios para la catarsis son posibilidades abiertas y ofrecidas a los estudiantes de esta asignatura. Así lo manifiesta una estudiante de medicina narrativa:

Desde que somos estudiantes estamos viviendo infinidad de emociones que nos forman para que el día de mañana podamos estar tranquilos. Que una situación sea difícil no quiere decir que no la sintamos, la sentimos tanto que si no la escribimos... ¡podemos explotar! (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

Este último comentario podría sonar a un grito desesperado, una necesidad imperiosa de sacar eso que se tiene dentro, ese sentimiento de impotencia que es bien conocido por

todo profesional médico. Este comentario declara abiertamente la emocionalidad de la formación del estudiante de medicina, la sensibilidad que caracteriza a ese estudiante como ser humano que siente efectivamente el sufrimiento de otro ser humano. De nuevo el rescate de la sensibilidad se instaura como lo primordial en las contribuciones de la medicina narrativa a la educación médica, una contribución que la medicina también necesita de manera urgente.

Para terminar, quisiera defender este punto de que la medicina narrativa ha recuperado la dimensión sensible de los estudiantes de medicina con mi propia experiencia. Quisiera defender asimismo a los profesores que han procurado recuperar esta sensibilidad, o más bien, deseo agradecerles por la experiencia que me permitieron tener al visitarles en Cali, porque me ayudaron a descubrir esta faceta de la educación médica, de la formación integral del médico.

Tanto bien me hizo este descubrimiento que así, con una gratitud inmensa, lo expreso en una carta enviada al equipo de estos tres profesores fechada el 14 de junio de 2016 y que ahora reproduzco, al menos una parte que –considero- muestra mi sentir. En la carta describo una reflexión mía a propósito del documental de Jorge Caballero *Paciente* y de una experiencia de mi internado que se corresponde con este documental por varias similitudes no arbitrarias. La carta, que en integridad fue publicada en el último número de la revista *Medicina Narrativa*, dice así:

(...) Finalmente quisiera expresarles algo que me vino como reflexión después de ver el documental, espero de nuevo no cansar a nadie. Puedo decir que viví lo mismo en mi año de internado, recuerdo haber estado rotando por pediatría ya cuando se estaba cerrando ese departamento en el hospital principal de Ecuador por tratarse de un centro de tercer nivel “indigno” de una especialidad tan “común”. Bueno, resulta que ya solo quedaban unos pocos pacientes, dos para ser exactos. Dos niños que más bien pertenecían a otras especialidades. Uno de ellos era Luis (no Ospina), un joven de unos 14 años con el diagnóstico de un Sarcoma de Ewing en fase terminal. Con él recuerdo haber experimentado la sensación que tuve cuando vi el documental de Leidy y Nubia, porque era el mismo cuadro, una madre abnegada a su hijo enfermo de muerte.

Claro que en el caso del documental se trataba de una niña y su madre, cosa que en mi recuerdo no resulta semejante, ya que se trataba de un niño y su madre. También es cierto que aquel niño estaba tan demacrado y tan desecho que no parecía más ni niño ni niña. Era como una especie de ser asexual, un espécimen hermoso, delgado y calvo que sólo se logra ver en estas situaciones extremas; una especie de imagen prohibida y casi angélica, al menos eso se me antojaba. Eso sí, tampoco es tan grave la discordancia de no coincidir los personajes porque a Leidy jamás pude verla, jamás soslayé siquiera su rostro o su cabeza potencialmente des poblada. Supongo que eran iguales. En sus ojos se podría haber visto su alma.

En fin, a Leidy jamás le pude ver, cosa que hubiera querido mucho, apenas pude percibirle la voz, tan aguda y tan diminuta que me pareció que estaba a punto de extinguirse, y eso que nunca le llegaron a hacer la famosa traqueostomía que tanta molestia le causó a su madre Nubia, y al final para nada. He aquí otro recuerdo que me impresionó a tal punto de dejarme pensando en ello un buen rato, cuando Nubia intenta explicar a Leidy de qué podría pasarle con el hueco en la garganta que le iban a hacer - haciendo referencia a la traqueostomía profiláctica-, le dice que “se le podía escapar las palabras por ahí (el hueco)”. Que increíble resulta constatar que los médicos y los pacientes somos de planetas diferentes o al menos de diferentes naciones, hablamos distintos idiomas, que casi imposible es el entendimiento si no sabemos comprender el sentido de lo que el otro dice, si no intentamos la traducción. Para la médico que explica a Nubia el procedimiento quirúrgico todo se trata de una cuestión de anatomía, fisiología, neumática y fonología, algo de simples diferencias de presiones; para Nubia, en cambio, se trata de una situación mucho más sencilla, se trata de la corriente de las palabras, de su devenir, de su flujo constante por un cauce adecuado, que al ser inherentemente libres pueden escapar por donde más les convenga.

Yo soy, como joven médico, de los que hablan con la jerga técnica y las descripciones explicativas de las ciencias, pero también soy, como joven de esta humanidad compartida, de los que hablan con su propia voz y dicen, y no dicen nada a veces. [...] Si hay algo de lo que me arrepiento ahora, después de ver el documental y pensar mucho en mi experiencia con Luis y su madre, es que se me escaparon muchas veces a mí las palabras en la nada, o más bien me las tragué en ese ejercicio necio y sinsentido que nos propugnan de callar lo que sentimos y solo hablar lo justo. Por eso no pude decirles tantas cosas, que quizás no necesitaban oír, o tal vez sí, quizás pude conseguir una sonrisa de él, después de que efectivamente sólo logre una. Yo soy el que tengo la traqueostomía profiláctica al igual que muchos de mis amigos y compañeros estudiantes de medicina, no sé si nos la han hecho inconscientemente o nos la hemos dejado hacer con nuestro consentimiento, pero la incapacidad de expresar a ese otro, al paciente, al que espera pacientemente más una palabra que otra cosa, lo que tenemos dentro, lo que emana automáticamente del sentir propio de cada uno, es eso lo que nos mata como médicos, lo que nos hace daño según mi punto de vista.

Solamente que haya podido expresarles una pequeñísima parte de mi sentir al ver el documental, y de mi corta experiencia es ya algo que agradezco infinitamente. Algo que solo es posible gracias a una experiencia cercana que tuve con su labor maravilloso de cultivar, al menos por ahora, la medicina narrativa. Por eso les digo de nuevo: gracias. Gracias por salvar a un médico de su agonía ya que el no pudo salvar a quien le correspondía, aunque ya está más consciente de que no precisamente era así cómo debían pasar las cosas. Ahora este médico está más dispuesto a la palabra que también salva... (*Continúa*) (Sánchez, 2016, págs. 141-150)

En esta carta pude expresar un sentir guardado y profundo, resultado de una experiencia cercana con el sufrimiento de un adolescente con cáncer terminal y su madre, una de las tantas experiencias que permanecen escondidas, emociones inhibidas por múltiples circunstancias. En este escrito denuncié que mi sentir fue acallado por impugnaciones, quizá no directas, pero sí tácitas, omnipresentes durante toda mi formación, silencios que no dudo me afectaron, no sé si positiva o negativamente, porque no he podido elaborar psicológicamente esas vivencias de gran impacto emocional en una especie de duelo, simplemente no se me ha dado esa oportunidad.

En este sentido, la escritura fue para mí un proceso catártico que me permite ahora comprobar esta contribución de la medicina narrativa a la educación médica, en cuanto yo mismo sigo siendo médico en formación. Rescatar el sentir y las emociones de una forma adecuada, por un medio propicio como la escritura, es sin duda algo maravilloso, y ocurre en esta carrera de medicina, una herramienta pedagógica y terapéutica que no debe ser obviada.

2.5.4. La medicina narrativa como realización humana-estética (sensible)

Otra contribución de la medicina narrativa y del ejercicio de la escritura creativa viene de la mano de su acepción humano-estética. Y como no podía ser de otra manera, este énfasis viene impulsado por el tercer profesor que nos ha faltado mencionar de la asignatura de Medicina Narrativa de la CM-PUJ Cali, la profesora Florencia Mora. Pero decir que la escritura puede conllevar un desarrollo humano y estético sin mayor reflexión es permanecer en la nebulosa de la que las artes en general no pueden escapar, especialmente por la incapacidad de contrarrestar las críticas realizadas por las ciencias, en un juicio errado y estereotipado, de que lo estético y el arte carecen de carácter. Esto teniendo en cuenta de que estamos en un contexto médico en donde a estos saberes y prácticas se les ha considerado tradicionalmente de este modo.

Con pesar, las artes – y dentro de estas, la literatura – han permanecido al margen en las carreras de medicina, en un estado más paupérrimo en algunas ocasiones, y en otras, ni siquiera se las ha tomado en cuenta dentro del currículo. Por estas razones, el hecho de que una profesora de humanidades, artista y con un afán por los procesos creativos, haga presencia en la CM-PUJ Cali es un algo poco frecuente. Si una profesora con estas particularidades puede tener la palabra en alguna facultad de medicina, es en estos espacios interdisciplinarios donde ha de encontrar terreno fértil. Va a ser este espacio, lugar de combinación de la medicina con la literatura, en donde su labor va a ser más fructífera.

Esta profesora manifiesta con voz clara cuál es su interés siendo parte de este proyecto de la medicina narrativa en la CM-PUJ Cali, especialmente al abogar por la escritura creativa:

Debo decirles que a mi realmente lo que me apasiona, [...] lo que me acerca a la escritura de los jóvenes es lo humano. Y es lo humano estético, es como el ser estético, es lo que está ahí, la plasticidad del ser humano, que le posibilita a través del lenguaje decirse a sí mismo y moldearse, es como una materia suave que el estudiante la amasa con el lenguaje y que va mostrándole quién es él y va mostrando que es él para los demás, quienes son los otros. Entonces, leer estos textos y quizás provocarlos es congraciarse con lo humano, es encontrar lo humano, pero lo humano en la acepción más profunda. (Testimonio Florencia Mora, Cali, marzo de 2016)

No cabe duda que en su declaración ella conjuga las artes plásticas con las artes narrativas-literarias en una pericia digna de una artista, entiende al lenguaje como el “ser” de lo humano, que es un ser estético. Este primer aviso arrebató cualquier argumento en contra de la estética, porque defiende lo humano como el asiento de la estética. Por mucho que se reclame humanidad a la medicina, su humanización, lo que dice esta maestra es que no se podrá lograr sino se acude a lo bello de ese ser humano, a su esteticidad intrínseca que se expresa por medio del lenguaje que comunica.

Al solicitarle que desmenuce sus ideas sobre la estética para buscar una especie de explicación que pueda ser compartida, complejiza su postura, y lo estético cobra de nuevo sentido, un sentido más hondo.

Lo estético es difícil de explicarlo, porque está como tan adentro. Claro, si hablamos de lo estético, habríamos de preguntarnos cómo concibo lo estético, porque si yo concibo lo estético abordando la estética o el fenómeno estético desde su nacimiento como campo disciplinar en el siglo XVIII, pues lo estético sería simplemente eso, lo disciplinar, sería una especie de cientifización de los sentimientos, de lo sensible, de la de la dimensión sensible. Pero yo no abordé la estética o el fenómeno estético desde esa mirada moderna. Yo vivo lo estético como experiencia. Este creo que es uno de los síntomas –para hablar de medicina–, de los rasgos del cuarteamiento de los paradigmas a los que hemos venido amarrados, es precisamente la necesidad cada vez más latente de tener vivencias, experiencias, de encontrarle brillo a las cosas; porque todo está tan dicho, tan nombrado, tan clasificado, y eso nos da la certeza, la seguridad. [...] Porque volver a la experiencia es volver o reanimar aquello que sentimos, es decir, cómo hacerlo vivencial para sentir lo que pensamos y para que el conocimiento sea sentido; para comprender que cuando pensamos, sentimos que pensamos, para no distanciar lo uno de lo otro. [...] Entonces, cómo volver a juntar esto, y cómo darle nuevamente el vigor y el valor a la experiencia. (Testimonio Florencia Mora, Cali, marzo de 2016)

Habría que decir que la profesora Florencia se ubica en el bando que intenta rescatar la estética de las garras de la especulación filosófica estéril y de los discursos vacíos sobre el arte y todos los dispositivos que conlleva, se distancia así de esta idea de la estética como exclusivo de una pequeña élite cultural que niega el acceso al común de los mortales. Se podría decir también que rompe con esta visión moderna de la estética

como ella mismo lo afirma. Es más, rompe con toda la tradición científica de la estética porque, como bien decíamos antes, lo estético no lo sitúa en un objeto separado, que vendría a ser la obra de arte, sino que lo coloca íntimamente ligado a lo humano y su *experiencia sensible*.

Este es otro elemento a recuperar, el fenómeno estético que contiene una carga sensible, la sensibilidad propia de la persona en cuanto que cuerpo. Pero la profesora Florencia va todavía más allá cuando liga la experiencia sensible con la cognición y el pensamiento. De esta forma abre las puertas a la superación del dualismo cartesiano del cuerpo y la mente, ya que la cognición encarnada, el conocimiento corporizado (Lakoff & Johnson, 1999) o la razón sentiente son más adecuados a nuestra condición humana, y por qué no, al ejercicio de la medicina.

Además, esto va a ser de suma importancia para la educación y así lo descubre la profesora Florencia. Sintetiza todas sus reflexiones sobre la estética, en una palabra: “asombro”, porque es esta capacidad la que nos permite experimentar la novedad, nos permite crear, y hacerlo de una forma creativa.

Entonces lo estético se refiere más a la posibilidad de volver a sentir, una especie de niñez; el asombro, a fin de cuentas, es el asombro que nos hace falta. Yo creo que en la educación hay que fortalecer eso, la capacidad de asombro, eso es fundamental. Ese darse al otro también tiene que ver con esa experiencialidad que hay que reclamarle a la vida, para volver a vivir. (Testimonio Florencia Mora, Cali, marzo de 2016)

2.5.4.1. Desarrollar la creatividad

Al ir entrando poco a poco al mundo de la medicina y de los estudiantes de medicina, y a la actividad concreta que hace con ellos en el aula que no es otra cosa que estimularles a escribir, la profesora Florencia sugiere que existe una especie de niñez; que podría correlacionarse con la edad de los estudiantes novatos de los primeros semestres de la carrera. Esta es una etapa de enorme fertilidad en cuanto a la creación y a la capacidad creativa. Creatividad que va disminuyendo en ellos conforme van avanzando en la carrea, por lo que podría sugerirse de acuerdo con la profesora Florencia que este asombro creativo va menguándose conforme va progresando la formación, algo análogo

a lo que pasa con la empatía como revisábamos anteriormente. La profesora Florencia lo afirma con sus propias palabras:

Yo creo que en esto de la escritura que hacen los jóvenes [...] al inicio de la carrera, cuando llegan a la facultad por primera vez, cuando son muy espontáneos, las posibilidades de crear son inmensas; pero cuando ya trascurren varios semestres de vida académica, entonces “maduran” y ya transitan por los caminos del deber ser. (Testimonio Florencia Mora, Cali, marzo de 2016)

A la pregunta de por qué el escribir puede ser considerado una actividad estética que produce placer en los estudiantes de medicina, alejándose de este deber-ser la profesora manifiesta:

Porque estos textos no brotan de la escritura académica que pasa por el deber y la obligación de escribir, de poner las reseñas, citar las fuentes, hacer las citas bibliográficas que es una escritura que [...] se conoce como la escritura profesional, aquella que da puntos y que da dinero, además. (Testimonio Florencia Mora, Cali, marzo de 2016)

Para terminar, señala:

Ver otro tipo de escritura es ir a los orígenes mismos de la escritura y, metafóricamente hablando, en una edad tanto de los estudiantes como de la carrera, que es la edad primera, que es el origen mismo de la carrera y es el origen mismo de ellos como médicos. Entonces, cuando confluyen esos dos orígenes con esa opción por la medicina de los estudiantes, que los enfrenta, y que uno lo siente así, como lo siento con los artistas: el que elige medicina se enfrenta y vive profundamente el problema de la existencia, el problema de la vida, siente el problema de la vida. Hay una cosa misteriosa allí, quizás por los orígenes mismos de la medicina, es decir, no es tanto: “me voy a ser médico para ganar plata”, y si alguien entrara con esa opción, inmediatamente la desbarata, es otra cosa la relación médico paciente que tiene que ver con la vida. (Testimonio Florencia Mora, Cali, marzo de 2016)

En esta última alocución compara al artista con el médico, y en esto no se equivoca. El arte médico sale bien librado por su compenetración con la vida y la muerte, que hace parte de la vida; con la existencia y todas sus problemáticas, entre ellas la enfermedad. Este es el meollo del asunto de la medicina narrativa, sobretudo del ejercicio de la escritura creativa/reflexiva. Esta es la contribución, a mi modo de ver, más sublime, porque parte de la humanidad estética que re-humaniza a los estudiantes de medicina. La educación médica no sería lo mismo sin esta carga creativa que entrega a los estudiantes la escritura.

2.5.4.2.Re-humanizar

Si existe en la educación médica una lucha constante por evitar la insensibilidad de los estudiantes de medicina, la realización de lo sensible en términos estéticos sería el mayor logro de todos estos esfuerzos de la medicina narrativa. Son las palabras de una estudiante las que confirman fielmente todo lo que se ha dicho sobre lo humano-estético de la medicina narrativa, y sobre el recuperar la sensibilidad y prevenir su pérdida. Al tratar de escribir sobre un caso de su práctica pre-profesional, esta estudiante sugiere:

Al final uno no termina describiendo el caso sino lo que uno sintió en ese momento. Se vuelve como una necesidad humana [...] pensaría que es descubrirte humanamente. Porque cuando lo vives, simplemente pasa y es uno más de los 60,000 casos. Pero cuando lo escribes y tienes que hacer conciencia de lo que estabas sintiendo en ese instante, yo pienso que ahí te reflejas como humano. Porque puedes sólo limitarte a contar la versión médica, que se yo, sobre una técnica que hiciste, sobre una intubación, sobre una cirugía, etcétera. Pero cuando estás contando y dices: vi al señor acongojado, me movió el corazón su dolor, la expresión de un familiar [...] O sea, cuando lo comienzas escribir es que te das cuenta de que te tienes que salir del papel del médico y que también eres un ser humano. (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

La expresión de esta estudiante: “te das cuenta de que te tienes que salir del papel del médico y que también eres un ser humano” es demoledoramente verdadera y significativa pues demuestra que el papel de médico es un *performance*, por lo cual podría ser artificial en el sentido de que se da como una puesta en escena, quizá auténtica, quizá no, un papel asumido, un *habitus* que viste el médico que cubre su humanidad desnuda. La autenticidad de lo humano no se pone en tela de duda precisamente por la desnudez.

Vuelvo y repito, el redescubrimiento de la humanidad y la sensibilidad de los estudiantes, y la capacidad de re-humanizarlos, es la contribución más noble de la medicina narrativa a la educación médica. La evaluación de la asignatura por parte de otra estudiante es reveladora de esto.

Yo lo evaluaría como excelente por varias razones. Una es porque te permite conocer otra cara de la medicina en la cual no simplemente te hablan como de un proceso de salud y enfermedad, que en términos médicos es muy importante, sino que te toman como a una persona, como un humano que siente frente al otro. (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

Volvemos así a abrirnos hacia otras perspectivas diversas, a ver la medicina desde una perspectiva diferente, la humanidad de la medicina que a veces es olvidada. Porque era necesario todo esto para

(...) darnos cuenta de que necesitábamos médicos más humanos, y lo digo como paciente y lo digo como familiar, y lo digo como paramédico. A raíz de muchas circunstancias, y seguramente no seremos el único país en donde la salud se ve afectada por el sistema político, económico y social, la necesidad del ejercicio de la salud menos automática, menos tecnológica, menos robótica, hacia una medicina más humana, se necesita a grito herido. Esto es muy fuerte y pienso que esto es a lo que le apuesta la universidad, aparte de que es una universidad jesuita en donde a todas las carreras se las enfoca hacia el humano, a nosotros con mayor razón nos lo inculcan. Entonces, Medicina Narrativa es una de las tantas materias en donde se nos está todo el tiempo inculcando ser médicos más humanos, acercarnos más a nuestra parte humana para atender de una forma más humana las personas. (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

En Colombia, en la CM-PUJ Cali específicamente, han comenzado un camino que devuelve el rostro humano a la medicina, comenzando por sus estudiantes. Como broche final para demostrar esto, no me resisto a colocar el escrito de una estudiante que refleja claramente esas múltiples facetas de una misma humanidad, dentro de las cuales está la de estudiante de medicina. En este escrito ella reconoce el aporte de la pedagogía contemporánea del Dr. Rovetto - que en realidad se refiere a la enseñanza de los tres docentes que hemos venido nombrando a lo largo de esta revisión – para encontrar el sentido a lo que hace, a lo que quiere hacer, es claro que se reinventa la medicina.

El título de su escrito *Salomeología*, denota una creatividad enorme, un deseo de abandonar las disciplinas científicas para crear las indisciplinas humanas, la suya propia, la que se acomode a su vida.

Más timbal para los rumberos y uno de los pocos uniformes azules se mueve al ritmo de clave en la sala de expresión cultural mientras algunos han ido a estudiar Las Célula. Son las dos de la tarde y empieza la tediosa labor de una metamorfosis: de aprendiz a guía. El jueves tiene un misterio especial, es el único de los siete días de la semana donde existe un espacio para no convertir una carrera en la vida si no hacerla parte de ella. Es 29 de abril de 2010 y la clase está dividida en dos, la primera es estiramiento y repaso de los pasos básicos y la segunda oye cómo va mi ritmo para gozar mulata chachachá. De las 18 personas que asisten sólo una es estudiante de medicina. Y es entendible pues con 300 créditos, seis materias, una de ellas con siete créditos, es imposible asistir.

El metabolismo del colesterol, la glucólisis con sus enzimas importantes, la hexokinasa, fósforofruktokinasa, Piruvatokinasa, el ciclo del ácido tricarboxílico, la insulina, el glucagón, beta-oxidación, la síntesis de ácidos grasos, de lípidos, fosfolípidos, aparato de golgi, retículo endo plasmático, las balsas lipídicas, la fosforilación oxidativa, grupos

sanguíneos, enfermedades mitocondriales, los IV complejos de la cadena respiratoria, demasiados tópicos para un parcial de la unidad estructural de la vida y sobre todo para pretender ocupar el tiempo en algo diferente. Aparte existen otras materias como historia de la medicina, humanidades, comunicación y salud, genética en introducción a la investigación (que comprende epidemiología, bioestadística y lógica matemática). Por mi cuenta y aunque el segundo parcial de célula había sido días antes, exactamente el 19 de abril, que por cierto estuvo duro, debía prepararme muy bien.

Duré de tres semanas estudiando, cargando tres libros de casi 2 kg cada uno, dos de bioquímica y uno de biología celular, no sólo por aprender o por pasar el examen sino por una deuda moral personal emprendida, en el que consideré el peor día de mi vida por una exposición del factor nuclear NF-Kb, cuyo objeto era explicar la cascada de reacciones enzimáticas. Uno de los docentes de la enunciada materia realizó una pregunta y no contesté delante de 29 cabezas juzgantes. Quería ser excretada por vía exocrina en el aparato de golgi y del salón de clases. Después, desaparecer. A partir de este día he tenido diversas pesadillas existenciales, una de ellas es la obligación de ser tecnócrata para diario no dejarme afectar por situaciones superfluas y más adelante no sentir dolor ajeno. ¿Para eso nos preparan? ¿Para convivir con el sufrimiento de las personas y hacerlo minúsculo? ¿Para pensar que el cuerpo humano es un conjunto de órganos al estilo de Vesalio?

Con todo respeto, ese debió ser el ideal del Renacimiento, aunque gracias al doctor Rovetto con su corriente contemporánea, considero que estudio para disminuir el sufrimiento. El ser humano es sentimientos, es contexto, es bienestar psicológico, es más que un caso patológico, es la representación de una sociedad que quiere ser aprendida por los estudiantes de medicina. Al iniciar primer semestre, una terrible ola de duda azota a la comunidad: emergencia social y sus decretos reglamentarios, discutidos el día 4 de marzo a las ocho de la mañana en el auditorio central de la Universidad Javeriana.

Gran asombro me llevé cuando a la mesa redonda asistimos pocos estudiantes de medicina, aunque es una temática que nos compete a todos, no sólo porque al graduarnos probablemente empeore la situación con el POS ese sino por el requerimiento de participación y de un quehacer por parte de todo el gremio médico. Sorpresivamente encontré que la asistencia provenía de las carreras de Derecho y Economía; si dejamos a los economistas y abogados una cuestión tan importante para los médicos como la salud, es consecuente reducirla a tutelas y Fosyga, sin querer desmeritar la interdisciplinariedad.

El 25 de enero de 2010 emprendí mi primera aventura al enfrentar la universidad con mi sueño, el que desde pequeña tenía claro cuando vendaba mis primos y abría hormigas a la mitad. Puedo decir que seguiré enseñando e invitando a bailar a la rumba que ya va a empezar, buscando la contribución y presencia de de otros ámbitos que enriquecen, luchando por la integralidad del ser humano e insistiendo en sentir, amar y enamorarme de mi carrera no desde el sentido pragmático, sino contextual. Para la fecha, la Corte Constitucional consideró en inexecutable la emergencia social y algunos de sus derechos reglamentarios. (Mójica, 2011)

2.6. Metodología, didáctica y actividades.

En los párrafos anteriores se ha mencionado indistintamente la lectura y escritura como metodologías didácticas de la asignatura de Medicina Narrativa, además se han mencionado sucintamente algunas actividades de los módulos y sus temáticas. En este pequeño apartado se intenta nombrar y señalar algunas de estas metodologías, las herramientas didácticas y actividades propuestas por la asignatura para lograr sus objetivos. Para comenzar, la asignatura de Medicina Narrativa está dividida en tres módulos:

- Módulo Medicina y Narrativa
- Módulo Familia y Narrativa
- Módulo Literatura y Narrativa

Cada módulo representa unos contenidos específicos que no se van a detallar aquí, ya que tanto los contenidos como la metodología se especifican en el programa de la asignatura (Ver anexo 2). También la bibliografía utilizada se muestra en la planificación (Ver anexo 2). Lo que si se va a describir son algunas observaciones directas que se pudieron hacer en los ambientes de la Universidad Javeriana y en las aulas. Es en este punto donde retomo mi voz en primera persona como investigador.

Una vez arribado a la universidad, me encuentro con que en un auditorio se estaba promocionando un documental, acontecimiento al cual fui invitado a estar presente y en el cual también se encontraba parte del equipo de medicina narrativa. El documental era el último del director colombiano Jorge Caballero *Paciente*, aquel evento además estaba organizado por la Secretaria Académica de la CM-PUJ Cali y dirigido para estudiantes de esta carrera.

De inmediato me llamó la atención la particularidad del grupo al cual estaba dirigido dicho evento, pues no es muy común, al menos en mi experiencia, que a un grupo de estudiantes de medicina se les esté condescendiendo con un documental o cualquier material cinematográfico, mucho menos en un contexto ajeno a las actividades del aula. Ciertamente, este evento respondía a fines promocionales de una productora, pero el hecho de que se haya enfocado a este público en específico me hacía sospechar que las finalidades eran otras.

Todo cobró sentido cuando se empezó a hablar sobre el documental. El argumento sigue de cerca la experiencia de una madre que cuida a su hija enferma de cáncer en un hospital público de la ciudad de Bogotá, la mirada desde la perspectiva del cuidador, en este caso, la madre, se instituye cómo una especie de mirada omnipresente que sostiene toda la línea narrativa. Este documental, entre otros propósitos, aparentaba tener por cometido revelar una situación tipo que se sucede en el sistema de salud colombiano, para cuestionarlo. Solamente se nos da en el evento un adelanto pues el estreno está programado para unos meses, y se insta a los estudiantes a ir a verlo.

Además, se muestra un material adicional que se presenta en una página web. El contenido de la *web transmedia* es muy interesante, incluso se incluye una aplicación interactiva para médicos en la cual pueden entrenarse en la relación médico-paciente.

Después de pasar un fragmento considerable del documental se produce un coloquio entre el grupo de estudiantes, los profesores presentes y la persona de la productora. A parte de los reconocimientos por la calidad del trabajo, los cuestionamientos y las preguntas que hacen los presentes se enfocan en descubrir cómo fue el proceso de filmación y la relación que el director tuvo con los protagonistas. La promotora del documental señala que al director le costó mucho reponerse del impacto que le causó la muerte, que se produjo como desenlace, de la niña a la cual había acompañado por varios años de filmación pues había establecido una relación íntima con ella y su madre.

Otros comentarios tienen que ver con la forma en cómo se destaca la mirada del cuidador, los problemas burocráticos que tiene que afrontar la madre con la aseguradora (EPS), los problemas en la relación médico-paciente, entre otras cosas. La actividad se cierra con un llamado a ver el documental completo y comenzar una reflexión sobre la salud y las enfermedades catastróficas por parte de los actores involucrados, en este caso son los estudiantes de medicina los interpelados.

El evento descrito en los dos párrafos anteriores es una señal de la variabilidad de las actividades que se producen en la asignatura de Medicina Narrativa, a pesar de que esta haya sido ocasional, estuvo relacionada con el uso de una herramienta didáctica como lo es el documental, lo que estimuló la reflexión de los estudiantes ante la realidad presenciada. La trama del documental y la narrativa que maneja se asemejan en su estructura a otros materiales utilizados normalmente en la asignatura, durante las

entrevistas a estudiantes pude recoger los títulos de varias películas y series televisivas que son utilizadas en las actividades del aula⁸⁴.

Otras actividades están emparentadas a la reflexión en base a un cortometraje, un texto pequeño, un cuento, un fragmento de una novela. Durante mi observación en el aula pude destacar algunos puntos relacionados con las herramientas didácticas. Una clase de la profesora Florencia comienza con un pequeño corto de 5 minutos sobre el cual se hacen comentarios, el Dr. Rovetto, presente en ese momento en la clase, hace una analogía entre el cortometraje y un poema de Machado.

Posteriormente se procede a hacer la lectura de una parte del libro *Letra de Médico* (2009) del médico y escritor argentino Carlos Presman, en especial se lee el relato titulado “Antes del final” que relata la relación del autor con el final de la vida y la muerte, la de su padre que también era médico y la del amigo de éste –igual médico– que va envejeciendo. Luego se hace una reflexión conjunta entre la profesora y los estudiantes sobre la relación de ellos con la muerte, alguna experiencia sobre la pérdida de un familiar, a veces por ser un tema delicado sobresale el silencio. Finalmente se produce el ejercicio de escritura en base a este tema de la relación con la muerte.

En otra clase la Profesora Florencia utiliza el pequeño relato del mismo Presman “El arte de cuidar” en donde expresa de una forma literaria sus experiencias con lo que significa la tarea de cuidar y consolar, el que sería después paradigma de los cuidados paliativos; y el relato “La vigencia de Sherlock Holmes” del mismo autor que resalta la capacidad del lenguaje para encontrar respuestas al sufrimiento por la enfermedad. Enseguida después de la lectura de estos textos se produce un diálogo con respecto a qué significa la relación médico-paciente, la importancia de la escucha y de la palabra en esta relación. Se da las indicaciones para la escritura de una crónica sobre alguna experiencia que tenga por centro la relación médico-paciente.

Luego, durante la lectura voluntaria de algunos textos, destaca una experiencia de un estudiante sobre sus prácticas en un hospital psiquiátrico, él se cuestiona sobre opciones “curativas” para un paciente con una enfermedad mental, y sobre su descubrimiento de las otras formas creativas de terapia que tienen que ver más con la interacción, la conversación, y la psicoterapia. En su escrito se puede percibir una especie de

⁸⁴ Entre ellas está la serie de Sherlock Holmes

insatisfacción por lo que hacen los médicos con este tipo de pacientes, limitándose a la medicación y no entablando la relación de confianza necesaria.

Estas observaciones muestran la flexibilidad del trabajo en el aula y cómo las metodologías didácticas están estrechamente vinculadas con la lectura y la escritura, procesos básicos que los estudiantes van desarrollando. Hemos mencionado algunos fragmentos de obras literarias que son utilizadas en las clases, especialmente dos obras de Carlos Presman: *Letra de médico* (2009) y *Vivir 100 años* (2014) por su pertinencia para este tipo de cursos y por tratarse de narrativas de un médico que están relacionadas con el mundo de la medicina.

Pero también se utilizan otras herramientas que sirven asimismo a la evaluación. Una de estas es la llamada “Bitácora” que consiste en un registro frecuente de las vivencias y experiencias de los estudiantes durante el semestre; sea que se encuentren en rotaciones en centros asistenciales, sea que se encuentren en la universidad o en la comunidad, esta herramienta es muy análoga al *Paralel Chart* descrita por Rita Charon. Y, finalmente, la actividad conocida como “Crónica con Paciente” consiste en enviar a los estudiantes de dos en dos a hacer una entrevista semiestructurada a un paciente con alguna enfermedad crónica – degenerativa de importancia. Con esa información ellos tienen que elaborar una Crónica que relate la experiencia biográfica de ese paciente. Al final del semestre lo tienen que presentar, resultando muy emotivo el momento de compartir esas historias.

Todas estas actividades de enseñanza–aprendizaje, los recursos didácticos, herramientas y metodologías son de un ingenio enorme, en vista de la nula rigidez que conllevan, la práctica en el aula puede ser fluida y hasta entretenida. La lectura y la escritura terminan siendo las dos formas recurrentes a las cuales acudir permanentemente, la variabilidad viene con el gran número de lecturas a escoger y la creatividad de cada uno a la hora de la escritura. Las diversidades en la lectura y la escritura son inmensas. Desde relatos cortos, cuentos, crónicas, novelas, poemas, entre otros para el caso de la lectura; hasta autobiografías, monólogos, ensoñaciones, reseñas y demás para el caso de la escritura. Sin embargo, no se limitan los recursos al proceso de lecto-escritura, se utiliza el dibujo, la pintura; se han mencionado los recursos fílmicos, los cortometrajes, la reflexión, el diálogo, entre otros muchos.

Algunas formas de evaluación.

Frente a esta variabilidad de actividades y recursos utilizados, la evaluación se presenta como todo un desafío. Vale decir que la evaluación en esta asignatura no pretende buscar ningún tipo de objetividad en el sentido de buscar cuantificar algo. La experiencia de cada estudiante es imposible que sea cuantificada, por lo que se ha de buscar un medio cualitativo, apreciativo para la evaluación. Pero ¿cuál es el sentido de la evaluación? ¿Qué resultados se espera obtener? ¿Qué esperar de una asignatura como esta? El Dr. Rovetto responde a estas inquietudes:

Para mí esta es la frase básica: leer y escribir no es un deber, es un placer formativo. Y esperábamos que al final del curso los muchachos entiendan que escribir experiencias es algo bueno; o comencemos por el sentido contrario de los valores, es algo verdadero, bueno y bello, tal como los valores socráticos. [...] Me pregunto yo y le pregunto a mis compañeras ¿qué tanto los estudiantes captan eso al final, que tanto los estudiantes quedan con el hábito de leer y escribir? (Testimonio, Pedro Rovetto, Cali, marzo de 2016)

A lo que responde la profesora Florencia:

Yo podría dar una medida con el siguiente dato, y es que pasa la asignatura y siguen mandando sus textos, por correo o presencial. Porque descubren que ya es una herramienta para la catarsis, para el placer, ven la utilidad, por decirlo de alguna manera, de utilizarlo como una herramienta clínica y además lo disfrutan. [...] Y son muchos textos y la riqueza de estos es una cosa maravillosa. (Testimonio Florencia Mora, Cali, marzo de 2016)

Podríamos sugerir que la evaluación está dada en la medida del disfrute de los estudiantes, de su placer formativo. Decir cosa semejante es demasiado arriesgado, tal vez hasta sea incomprendido o mal comprendido, porque no se concibe que la educación médica incluya el gustar del aprendizaje. Esta asignatura podría representar una formación en valores así estos no sean explícitos tal como lo insinúa el Dr Rovetto, pero más que nada sería una formación estética que normalmente está ausente en los currículos de medicina, por lo que esta asignatura de la CM-PUJ Cali podría ser tomada como ejemplo a seguir para desarrollar el campo de la estética médica (Bleakley A. , 2015).

Pero quiero dar la última palabra a una estudiante de la asignatura, quien es la que se atiene realmente a la evaluación. Con respecto a esto esta estudiante dice lo siguiente:

Muchas veces uno como estudiante se queja de materias relleno, de electivas, y no le busca su utilidad. Para el que no le gusta escribir, el hecho de sentarse a pensar puede ser incómodo. Pero como te decía, no es crear de la nada, sino que te invita a lo siguiente: no te gusta escribir, bueno no vas a crear de la nada, si no vas escribir lo que tú has vivido, lo que has visto y sentido. Ahí se vuelve terapéutico, tal vez a una persona que no le guste escribir, y que vaya a medicina narrativa, va a ser un ejercicio de autoconocimiento, así no escriba muy literario, porque esa no es la idea, la idea no es que tú termines siendo un Gabriel García Márquez de la medicina, no, pero sí le va a invitar a un autoconocimiento, o le va a exigir el hecho de pensarse, por lo menos.

Ahora, a los que nos gusta escribir nos lo vamos a gozar mucho más y tal vez lo vamos a plantear mucho más allá. Pero el disfrute depende de la actitud, las actividades están, los profes están, el ejercicio se da, pero va a depender del estudiante y de su actitud el sacarle provecho. [...] Ellos te evalúan si te permites aprovechar la clase, si te permites agarrar todas esas herramientas y desarrollarlas. Es decir, más allá de si la historia fuera fea, bonita, inventada o no inventada, ellos ven si te permitiste interiorizarla y si te permitiste darte la oportunidad de escribirlo. Ya ellos más adelante pulen tu ortografía y tu forma de escribir, que realmente es algo que todo el tiempo están haciendo en la universidad, pero es más como el permitirte vivir la experiencia. Es liberador el tener un espacio en el que solamente escribir de lo que te sucede, sin juzgarte, porque muchas veces, por ejemplo, en lo académico, tuviste un día horrible o un problema con un profesor y entonces uno lo escribe, que le pareció injusto, y jamás te están diciendo: “oiga venga y usted porque escribió esto, y cómo así y qué tal, cuál profesor”. Simplemente lo leen. Por ejemplo, la doctora Gloria te coloca reflexiones en tus escritos, o te subraya tal parte y te dice que reflexiones sobre ella. Es decir, no simplemente es ponerte una carita feliz, sino que existe una especie de retroalimentación. (Testimonio, estudiante, Cali, marzo de 2016)

Queda, pues, confirmado el gusto y el placer que genera la asignatura, la utilidad de la herramienta catártica y reflexiva, incluso introduce una cuestión que no habíamos previsto antes, el autoconocimiento. La evaluación por tanto se hace complicada pero no imposible, los profesores son quienes se encargan de la evaluación también de una forma creativa, entregando sobre todo retroalimentación para generar reflexividad en el aprendizaje.

3. El caso de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (FM-PUCE)

3.1. Algunas aclaraciones previas.

El caso de la FM-PUCE que se presenta aquí de ninguna manera pretende ser el caso de la totalidad de la facultad, hacer un trabajo enorme como este sería muy difícil a estas

alturas, una completa odisea. Tal como se hizo con la reseña de la CM-PUJ Cali en base a la medicina narrativa, el caso de la FM-PUCE se concibe desde las humanidades médicas. Sin embargo, esto trae en seguida algunos problemas. El primero es que no puede hablarse de algo parecido a las humanidades médicas en la FM-PUCE, ya que esta facultad no acata esta etiqueta para designar ningún componente curricular ni institucional. Esto estaría en contra de lo que se hizo con la medicina narrativa y el caso de Cali, en donde la homogeneidad del tema, y su adopción por la facultad, permitieron un desarrollo continuo de los resultados.

A pesar de que el marco teórico de esta tesis versó sobre el tema de las humanidades médicas de forma genérica, en la FM-PUCE no sería correcto hablar de una correspondencia, aunque quizá sí, pero algo mínima. Esta limitación va a desembocar en que el aporte de este caso no sea de la prolijidad del anterior, al menos en lo que respecta al orden de presentación de los resultados. No obstante, su contenido, por más caótico que pudiera parecer, es valioso en todo sentido, de hecho, esta es la justificación principal de porqué se incluye este caso una vez obtenidos los interesantes resultados con el Caso de la CM-PUJ Cali.

Las humanidades médicas son un campo académico de naturaleza interdisciplinaria que vincula la salud y la medicina con las humanidades (filosofía, ética, historia y religión), las artes (literatura, teatro, artes visuales, música) y las ciencias sociales (sociología, antropología, psicología, política, economía, derecho, estudios culturales, entre otras). Esta definición y clasificación consta efectivamente en la revisión teórica de los capítulos precedentes, pero era necesario traerla a mención para poder explicar ciertas cosas de interés en la presentación de este caso. Siendo un campo tan extenso, sería imposible profundizar en cada disciplina o arte para indagar sus contribuciones a la educación médica.

Pero también sería improbable que todas las disciplinas y artes del conjunto de humanidades médicas tengan participación en el currículo de un solo centro formativo. En efecto, las facultades de medicina van a tener uno o varios componentes de las humanidades médicas en sus planes de estudio, pero esto va a variar enormemente dependiendo de múltiples factores. Este es uno de los condicionamientos principales, especialmente si el objetivo es analizar con fines investigativos la experiencia de esta facultad, la pertinencia de su currículo o un componente del mismo relacionado con

alguna disciplina (asignatura) que pueda ser considerada parte de las humanidades médicas.

La FM-PUCE tiene varios componentes dentro de su plan de estudios que pudieran entrar en este grupo de las humanidades médicas. Asignaturas –conocidas como Áreas o Unidades dentro del currículo- tales como Historia de la Medicina, Comunicación, Bioética, Socioantropología⁸⁵, Antropología Médica, son algunas de las que tendrían cabida sin generar ninguna duda, pues son asignaturas habituales también en otros contextos. Hay otras que aparentarían ser únicas y, por tanto, entrarían con cautela: Desarrollo del Pensamiento; Autoestima y Valores; Ética Social y Profesional; Jesucristo y la Persona de hoy. La gran mayoría de estas asignaturas están agrupadas en un eje curricular, el Eje “Psicosocial”⁸⁶, y se distribuyen en varios de los niveles de la carrera (ver anexo 3).

De entre la gama disponible de opciones para su análisis, me he inclinado sólo por tres, esto ya lo advertí en el capítulo de *Metodología*. Estas asignaturas son: Comunicación, Antropología Médica y Socio antropología. Los criterios de selección no fueron del todo explicitados, pero me basta decir que, en el fondo, mi intención es buscar la relación que pudieran tener con la medicina narrativa, sin dejar por eso que muestren su riqueza propia para la educación médica.

Por motivos de claridad, y para emparejar un poco los casos analizados en esta tesis, he decidido dividir este caso en dos apartados. Uno concerniente a la vinculación posible de la FM-PUCE con la medicina narrativa, en donde entran mis propias narrativas como estudiante de la facultad. Estas narrativas transitan por varios niveles del currículo, no se restringen, por tanto, a una asignatura específica.

Tampoco es mi intención explayarme en la escritura en primera persona a modo confesional. Si bien intento colocar alguna experiencia relevante, no creo que sea posible plasmar la infinidad de experiencias de mi etapa formativa. La otra asignatura que analizo es Comunicación, los puntos de semejanza con la medicina narrativa saltan

⁸⁵ Socioantropología no aparece en ninguna taxonomía de las disciplinas de las ciencias sociales, por lo que, en parte gracias a la iniciativa de un docente, se espera cambiar el nombre de esta asignatura en el nuevo plan de estudios que se espera tener a partir del rediseño de la carrera de la FM-PUCE. Pero por lo pronto, se sigue manteniendo este nombre para designar la asignatura.

⁸⁶ Los otros dos ejes curriculares de la FM-PUCE son: Eje Médico-Biológico y Eje Administrativo Sanitario.

a la vista por una asociación no tan lógica que pretendo demostrar. La segunda sección tiene que ver con las asignaturas de Antropología Médica y Socio antropología, ambas de una línea común evidente, lo que facilitará el análisis conjunto.

El título de esta disertación señala el propósito –en el que entran los objetivos- de buscar las contribuciones de las Humanidades Médicas y la Medicina Narrativa a la educación médica por medio del análisis de los casos de la CM-PUJ Cali y FM-PUCE. Lo indagado en la facultad de Cali satisface por mucho las expectativas sobre las contribuciones de la medicina narrativa, resultados que se contrastan con unos pequeños aportes de la FM-PUCE.

En cuanto a las Humanidades Médicas, la intencionalidad del título podría parecer muy ambiciosa. El sentido común hace ver la dificultad de inquirir en cada una de las disciplinas y artes que conforman las humanidades médicas, por lo que tomar la designación genérica, como lo hace el título de esta tesis podría resultar, por lo menos, arriesgado. En el caso de la FM-PUCE que se presenta en este segundo apartado del capítulo de *Resultados*, de ninguna manera se pretende agotar todas las contribuciones posibles de las humanidades médicas para la educación médica. En vista de que el título no es modificable, espero que se comprenda que las contribuciones de las humanidades médicas a la educación médica se refieren, en exclusivo, a los aportes de un conocimiento situado, teórico-práctico y experiencial, de lo que sucede y ha venido sucediendo en la FM-PUCE, especialmente en asignaturas mencionadas.

3.2.Contextualización y posición del investigador dentro del caso

La Pontificia Universidad Católica del Ecuador se funda en el año 1946 y su Facultad de Medicina se crea en el año de 1994. En un inicio, el proyecto es considerado experimental, así lo denota el documento “Diseño de Planificación de la Facultad Experimental de Medicina” (Consejo Directivo del Comité Patrocinador, 1994). Siendo que este documento del año 1994 dice lo siguiente con respecto al plan de estudios y el currículo de esta facultad:

El plan de estudios está concebido en función del contexto nacional, en cuanto a las características de la situación actual de salud y educación superior en el país, de sus

expectativas y proyección hacia el siglo XXI, a los principios filosóficos y objetivos educacionales de la PUCE, así como al perfil académico-profesional y a la planificación curricular de la Facultad Experimental de Medicina. Está destinado a la formación de un médico general y comprende seis años de estudio, divididos en 12 semestres, que tiene como eje integrador la atención primaria de salud, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. En los dos se mantiene, de manera sistemática y continua, la integración de docencia, investigación y servicio (IDIS), con un proceso educativo centrado en el alumno y el aprendizaje basado en problemas (ABP).

Se estructura longitudinalmente a través de tres ejes programáticos, distribuidos horizontalmente con una adecuada coordinación diacrónica y sincrónica. La planificación instruccional de los programas se realiza de manera integrada en torno a los pocos problemas que se organizan con criterio secuencial, de acuerdo a las diferentes etapas del ciclo vital. En su concepción y estructura se considera la integración de los aprendizajes: cognoscitivo, psicomotriz y afectivo-actitudinal. (Consejo Directivo del Comité Patrocinador, 1994, pág. 68)

Esta propuesta pionera, que introduce por primera vez el ABP en el Ecuador, se debe al proceso de reorientación curricular llevado a cabo para la creación de la facultad en mención (Chaves Cevallos, 1994). El resultado, el currículo y el plan de estudios han sido reconocidos en el ámbito nacional e internacional como innovadores. Además, este proyecto de facultad surge por cuestionamientos profundos con respecto al papel de la educación médica en la realidad sanitaria del Ecuador. El propio decano fundador de la facultad, el Dr. Oswaldo Chaves, es quien manifestaba en aquel entonces sus inquietudes del siguiente modo:

Empezaría por preguntar ¿cuál es el impacto de los currículos de la carrera médica en la salud de la población ecuatoriana? ¿Es posible afirmar que han contribuido o contribuyen, de manera directa y preponderante en el logro de una cobertura deseable de los programas y servicios de salud? (...) Entonces ¿para qué o para quienes se orienta los currículos de la carrera médica? (...) Todo esto nos conduce a nuevas preguntas y reflexiones, como el analizar si los currículos y planes de estudios médicos, se conciben en función de la situación del país. (Chaves Cevallos, 1994, págs. 19-20).

Por tanto, el currículo de la FM-PUCE es clave para entender la educación médica en proceso de perfeccionamiento, ya que siempre estuvo ligado a preocupaciones por lograr una integración en todas las dimensiones, especialmente para conseguir responder a las necesidades de salud del país. Continúa diciendo el fundador de la facultad a propósito del proyecto institucional y de su currículo:

Esta concepción transformadora de la Facultad de Medicina que el país y la realidad de su situación de salud reclaman, solamente será posible en base a la planificación de un currículo que contemple la integración longitudinal y horizontal de docencia, investigación y servicio; que sea holístico, flexible y heurístico. (Chaves Cevallos, 1994).

De lo que se anota en relación al currículo de la carrera, cuyo núcleo fundamental permanece hasta el día de hoy, destacan los conceptos de holístico y heurístico. Ambos ofrecen una idea de la profundidad de la reflexión realizada para hacer la propuesta de creación de la FM-PUCE. Sin lugar a dudas, la seriedad con la que se diseñó el currículo de esta facultad, con toda la rigurosidad teórica, y también el análisis contextual de la realidad del Ecuador, da cuenta del acierto de su proyecto educativo. Por otro lado, es asimismo importante la noción de “flexibilidad” del currículo que esta facultad admite, lo que ha permitido “realizar ajustes prospectivos en concordancia con la tendencia de los cambios situacionales de la salud, la educación y el desarrollo del país” (Chaves Cevallos, 1994). De nuevo, es el fundador de la FM-PUCE quien sentencia:

Todos estamos obligados a plantear la necesidad de que la educación en Ciencias de la Salud y, particularmente, la Educación Médica, no puede ni debe mantenerse estática en su estructura y su planificación curricular, deberá ser lo suficientemente flexible para mantener una constante sintonía con la realidad nacional y, acorde con la misma, actualizar sus planes y programas. (p. 21)

Gracias a ello, y siguiendo las disposiciones de su fundador, en la FM-PUCE se han producido al menos tres procesos de reforma del currículo que vale la pena apuntar. El primero, en el año 2002-2003, significó la primera gran reforma del plan de estudios, pues determinó los cambios más importantes después del diseño original. Tan importante fue esa reforma, que todos estos cambios se siguen conservando incluso hasta el presente. Se mantuvo eso sí el modelo de la facultad y su estructura curricular básica; por ejemplo, se mantuvieron los tres grandes ejes programáticos, a saber: Eje Médico-Biológico; Eje Administrativo-Sanitario y Eje psicosocial, y la distribución de las asignaturas en áreas, unidades y actividades. Lo sustancial que se modificó en el proceso de reestructuración de aquellos años fue el contenido de cada las asignaturas, creándose algunas nuevas (ver anexo 4).

Una segunda reforma ocurrió en el año 2007, suscitada a causa de unas preocupaciones integrativas, permitió la construcción de un currículo y un plan de estudios dinámicos que han demostrado su acierto en cuanto a la integración, persistiendo también hasta la actualidad (Ver anexo 4).

Es desde entonces que el plan de estudios se divide en dos partes: Ciencias Básicas, de primer a cuarto semestre, y Ciencias Clínicas, de quinto al octavo; el noveno y décimo semestres lo constituyen el externado, mientras que el último año concierne al internado rotativo. Además, el currículo se mantiene estructurado en los tres ejes programáticos antes mencionados. Dentro de esta estructura constan las partes constitutivas que se describen a continuación.

En las Ciencias Básicas existen cuatro macro-áreas: Ciencias Pre-Médicas; Ciencias Morfológicas; Salud Integral y Comunitaria; Desarrollo Humano; y dentro de estas, las áreas y unidades (teóricas y prácticas) correspondientes. Por otro lado, en las Ciencias Clínicas y el externado destacan las tres rotaciones: Salud integral Niño, Madre y Adulto que engloban las áreas y unidades de estos semestres, y en las cuales se desarrolla la metodología del ABP. Por último, cabe indicar que la carrera está diseñada para que el estudiante apruebe 330,91 créditos incluidos los de segundo idioma y de las electivas, seis niveles de inglés, 70 horas de Acción Social, además del requisito final de obtener la aprobación de una disertación de grado y defenderla ante un tribunal.

Este es el currículo y el plan de estudios vigente cuando se produce mi entrada a la facultad en el segundo semestre del año 2009. Mientras tanto, mi egresamiento en el 2015, y la realización de mi trabajo de disertación hasta un año después, coinciden con el inicio del proceso de rediseño de la carrera bajo otros marcos normativos estatales e institucionales que no vale la pena exponer por ahora. Solamente decir que dicho proceso significa una reorganización más que una reforma en sí, aunque las consecuencias de la reingeniería y el proyecto de “Nueva Universidad” de la PUCE para la facultad aún no son evidentes, y sólo se conocerán una vez comience a implementarse los cambios en el primer semestre de 2017.

En el momento en el que escribo estas líneas, el rediseño sigue en preparación por lo que no quisiera adelantar conclusiones sino hasta ver el resultado final. Sin embargo, en los siguientes párrafos se hará mención al rediseño como una realidad que ya ha venido produciendo iniciativas inminentes, y que se relacionan de cierta manera con mi interés de buscar las contribuciones de algunas humanidades médicas dentro del proyecto formativo de esta facultad.

Finalmente, se ofrece una cronología de los sucesos más importantes de la vida institucional de la FM-PUCE (Fig. 6) como para contextualizar el caso de estudio.

1946	Fundación de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE).
1994	Creación de la Facultad Experimental de Medicina de la PUCE y de su currículo que incluye innovaciones como la implementación del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) por vez primera en una facultad de medicina ecuatoriana.
2002-2003	Primer proceso de reforma del currículo. Creación de nuevas áreas y unidades (asignaturas), entre ellas Antropología Médica y Socioantropología.
2007	Segunda reforma del currículo y fortalecimiento de la integración longitudinal y transversal.
2014	Acreditación de la Facultad de Medicina de la PUCE.
2015-2016	Inicio del tercer proceso de rediseño del currículo que se pondrá en marcha en 2017 en el marco del proyecto “Nueva Universidad” de la PUCE.

Figura 6. Cronología de los sucesos más importantes de la vida institucional de la FM-PUCE

Fuente: realización propia.

3.3. Una especie de “embrión” de la medicina narrativa en la FM-PUCE

No podría encontrar un comienzo o una etapa “embrionaria” de la medicina narrativa en la FM-PUCE si no me introdujera sutilmente en su currículo y su plan de estudios, siempre en el marco de mi experiencia. Y hablo en primera persona porque justamente fui yo, en calidad de investigador y sujeto de la investigación, el que vivencié el currículo de esta facultad. Con esta búsqueda en los recovecos de mi memoria no pretendo insinuar que la medicina narrativa es o fue parte del proyecto educativo de la FM-PUCE, ni tampoco sugerir que esta tentativa de reminiscencia personal vaya a

contribuir en gran medida a la metodología de esta investigación; no así a los resultados, porque mi experiencia confirma de alguna manera los hallazgos de Cali sobre las contribuciones de la medicina narrativa a la educación médica.

Debería empezar por el primer semestre en la facultad, no estando seguro si esto pudiera aportarme en algo al empeño acometido, cuando encuentro como un musitado recuerdo, que, apenas entrando a la facultad, pensando inocentemente librarme de las letras, me sobreviene la obligación de leer algunos libros. No quiero exponer en cuánta cuáles fueron todos estos libros no relacionados con la medicina que hube leído por iniciativa propia durante esos años. Esto podría parecer por demás impertinente, y hasta podría hastiar al lector de estas líneas, por lo menos resultaría inoportuno para el propósito de la reflexión aquí propuesta que no es otro sino describir una inusitada semejanza entre mi formación y lo encontrado en Cali, en donde las lecturas son planificadas.

Como venía diciendo, entrando a primer semestre y cursando la asignatura de Autoestima y Valores, materia que fácilmente podría ser considerada un anexo poco útil a los convencimientos del médico, un relleno del plan de estudios, me sorprende al recibir la instrucción de hacer la lectura durante el semestre de dos libros. Puedo decir que aquellos textos no me fueron indiferentes y, a pesar de que he olvidado sus tramas, una idea vaga sí que se mantiene, de uno más que de otro. Estos dos libros, cuyos títulos los tengo presentes diáfananamente en la memoria, son: *Años de indulgencia* (2004) de Fernando Vallejo y *El hombre en busca del sentido* (2004) de Viktor Frankl. Vaya a saber Dios las intenciones del profesor al proponer estas lecturas, para mí, el conocimiento de esto es inaccesible a estas alturas.

Qué irónico resulta comprobar hoy que los dos libros son tan distintos, tan disímiles que parecerían inconexos en todo sentido, siendo lo contrario lo verdadero; y siendo, ambos títulos, etiqueta apropiada para calificar mis años de formación médica, etapa que ahora mismo estoy terminando. Bien podría decir, a cabalidad, que mi recorrido por la facultad fue la de un “hombre en busca del sentido” durante los que fueron sus “años de indulgencia”. Pero más allá de esta coincidencia o este sentido imprevisto que estoy entreviendo inesperadamente, quisiera sí, resaltar lo evidente. La tarea impuesta a un estudiante de medicina de primer semestre de que lea un par de libros y que; y ahora viene lo no tan obvio, este estudiante acate dicha disposición sin chistar y aún sin conocer hasta qué punto esto le podría servir a sus deseos de convertirse en doctor.

Antes de proseguir con el relato, me gustaría esclarecer una posible asunción que pudiera conducir a pensar que este acontecimiento ocurrido en la FM-PUCE dentro de mi experiencia es un evento con una teleología. Nada más lejos de la realidad, pues, a pesar del desconocimiento de las intenciones del profesor al mandar estas lecturas, que por cierto pueden ser nobles, y de los fines por los cuales estaban presentes en la planificación docente, este hecho ocurre en el contexto de una asignatura no integrada y menor, tanto en carga horaria como en importancia otorgada por los mismos estudiantes, por lo que no constituye ningún esfuerzo organizado por introducir la literatura en la formación del médico. Sería una actividad anecdótica que de ningún modo tenía que trascender, si bien últimamente me doy cuenta de que la realidad es que cada estudiante es quien otorga un sentido y valora de diferente manera las experiencias de su formación, y de formas impensadas aún por la planificación de la enseñanza.

Pero volviendo sobre los libros, habría que determinar entonces el aporte específico que de suyo hubieran brindado a mi formación personal como médico. Es aquí que me encuentro con la evidencia de que estoy forzando demasiado las cosas, intentando conectar algo que quizá no tenga ninguna relación aparente, y siendo los lazos ocultos demasiado íntimos como para ser denudados en el presente ensayo. No quisiera tampoco negar las enigmáticas asociaciones que sin duda se producen, insospechadas intuiciones que probablemente me produjeron estas lecturas y de las que no soy plenamente consciente.

De nuevo caigo en el plano de lo oculto y me resisto a salir de lo que impropriamente no se ajusta a lo vivido por mí, como para dar una interpretación coherente. Si de algo ha de servir esta composición en miras de comprensión, no pretendo que sea generalizable; solamente quisiera despertar la intriga de algún médico o estudiante de medicina, sobre algo que todos portamos dentro y que puede ser liberado al identificarse con la obra literaria, con la experiencia vicaría, por más distinta que esta fuera. Por tanto, con el conocimiento de que las experiencias son singulares y únicas, también esas relacionadas con la lectura, lo que vengo a decir no debe ser tomado como un dictamen conclusivo ni mucho menos generalizable.

Es imposible entonces que hable de las contribuciones de estas lecturas a la educación médica, si ni siquiera podría decir qué participación tuvieron en mi propia formación. Lo que podría sostener, sólo después de mi encuentro con la medicina narrativa en Cali,

es que existen algunos elementos compartidos, relaciones que antes no supe ver, pero que, si se consideran desde la óptica de la medicina narrativa, sorprenderían por su coherencia. Tengo la impresión que ambos libros, el de Frankl y el de Vallejo, son *sui generis*, en el sentido literal de la palabra, de la medicina narrativa, algo que pretendo demostrar más o menos a continuación. Como un punto añadido, los dos libros coinciden conmigo y con mis intenciones actuales en algo, y es que los dos tienen rasgos autobiográficos y, por ende, son fieles testigos de sí mismos –Vallejo no tanto–, aunque no con una referencialidad exacta que permita los refrendos.

Voy a comenzar por el que se me hace menos dificultoso, el libro de Viktor Frankl, del que tampoco puedo decir cuánto de mis lecturas posteriores afectan mi juicio de lo que pienso sobre el mismo. Eso sí, quiero alejarme de su connotación de *bestseller* y sobrepasar los asuntos de su éxito editorial. Sin hacer esto, muy probablemente se sesgue mi análisis al preferir ideas trilladas o clichés consecuentes que no ameritan mayor reflexión. Mi intención es situarlo en mi contexto vital, el de un estudiante de medicina que empieza a estudiar su carrera sin saber por qué tiene que leer este libro.

Lo primero que apuntaría es que lo que describe Frankl me disgusta sobremanera por ser de una animadversión total con cierta idealización de la bondad humana. Me sorprende la descripción perspicaz de la psicología de los prisioneros, quizá la suya propia; quizá no porque él siempre estuvo en situación de observador con la pregunta que lo guiaba: “¿Cómo incidía la vida diaria de un campo de concentración en la mente del prisionero medio?” (p).

Puedo sentenciar que este extremo en la obra de Frankl, que muestra la miseria y el sufrimiento sin sentido de los prisioneros en los campos de concentración, es, por lo menos, un impulsor de la imaginación narrativa de quien lo lee; por la agudeza psicológica, como dije, y por la sobriedad descriptiva de los derroteros, más que por los detalles ofrecidos por el autor-testigo. Si bien por esto último no despierte en demasía las emociones de los lectores más endurecidos. En mi caso significó el despertar a la realidad del Holocausto, o más bien de la Shoah, que hasta ese entonces sólo consistía en unas cuantas películas y un estudio superficial en el colegio.

De nuevo, querer forzar las cosas y asegurar que al imaginar los tormentos o las tragedias de esos personajes del libro pude mejorar como estudiante de medicina es una exageración. No estoy quitando tampoco que esta lectura -así como otras- me hubiera

ayudado a predisponer para la empatía. Ahora bien, sí encontraría una especie de encadenamiento y de relaciones causales entre otros varios factores de mi formación, al menos uno, pero no sólo un factor que incidió en mi capacidad empática, sino sobre todo en mi relación con el cuerpo y con la muerte, tanto positiva como negativamente.

El principal, y creo yo fundante, fue el primer contacto con la muerte que tuve en las prácticas de la morgue, puesto que nunca había tenido un cadáver en frente, un cuerpo formolizado y repugnante como lo era el de mi recuerdo. Recuerdo -y esta es una confesión- haber sentido aversión al rostro sin ojos y sin vida de esa persona, también al olor a formol que impregnaba la carne. Recuerdo haberme quedado con la sensación de seguir percibiendo ese olor tan desagradable y no poder dejar de hacerlo, incluso cuando ya había salido de ese lugar nauseabundo.

Fueron esos dos momentos mis primeros encuentros con la muerte y su sentido, con la vida y su sentido, con el cuerpo y su sentido. El uno por medio de la literatura y el otro por medio de los sentidos, ambas fueron experiencias un poco crudas, no relacionadas aparentemente, pero que pudieran haberse conjugado en un acto consciente de enseñanza y en un aprendizaje significativo. Al no ser así como pasaron las cosas, no me queda sino dejar quietos mis recuerdos y no atormentarlos más.

El libro de Vallejo, por otro lado, no tuvo mayor impacto en mí, creo que su dificultad me impidió comprenderlo, tal vez lo leí con ojos inquisitorios, o mejor con ojos de cuasi científico, en fin, no advertí su significado en ese momento. En el presente, sin embargo, y haciendo una revisión rápida, veo que me ayudó de cierta forma al estímulo de la lectura de otros libros así de pintorescos. Efectivamente, la novela que en seguida leí fue *Cien Años de Soledad* (1998) de Gabriel García Márquez, y esto me ayudó a ver a Colombia a través de los ojos de estos dos autores, uno desde afuera, y otro desde adentro. Y comprender a Colombia a su vez me ayudó a prepararme para mi viaje a Cali, para entrar en relación con lo que allí hacen con respecto a la medicina narrativa.

Lo anterior podría entenderse como una aclaración que no viene al caso para los propósitos que originalmente eran buscar una etapa embrionaria de la medicina narrativa en la FM-PUCE, pero era necesaria para develar mi gusto por ese país y porqué decidí viajar hasta allí a explorar este tema, que de otro modo habría permanecido en el nivel teórico-informativo que unas cuantas lecturas me habrían

podido dar. Además, si no me hubiera animado a viajar, esta tesis no tendría razón de ser, pues, en su gran mayoría, se edifica sobre la experiencia que pude recoger en Cali. Pero continuando con la búsqueda de aquel indicio de medicina narrativa en mi facultad, indagando en mi experiencia como estudiante, se me hace difícil ubicar otros momentos clave que pudieran coincidir en algún rasgo de la medicina narrativa, o que al menos caigan en la categoría de la literatura en la formación del médico. Ningún otro profesor me mandó a leer otro libro, al menos no una obra literaria, si bien como dije, mi afán por la lectura de novelas se despegó desde ese primer semestre, pero lo hacía por propia iniciativa y no como una forma de mejorar mi formación médica, no con ese plan.

El siguiente encuentro con algo parecido a la medicina narrativa en la FM-PUCE iba a ocurrir en quinto semestre, después de que en tercero había pasado por la peor crisis existencial y familiar de mi vida. No quiero ahondar en esto ya que no aporta nada al caso, aunque era importante mencionarlo porque desde ahí en adelante muchas cosas cambiaron. Bueno, dejo a un lado esta situación para volver sobre el tema de encontrar un indicio de la medicina narrativa en mi facultad, y como decía, esto se produjo providencialmente en quinto semestre. Se repite el hecho de que este descubrimiento no se haya dado en un espacio acostumbrado, haciendo referencia al currículo, pues no se dio en una asignatura del currículo formal u obligatorio sino en una asignatura optativa.

Era la primera vez que podía optar por una asignatura de este tipo, en parte debido a que sólo estaba permitido tomarlas desde ese quinto semestre. Recuerdo haber estado interesado en varias, pero finalmente haberme decidido por Medicina Paliativa, una asignatura cuyo nombre me llamaba la atención, porque en realidad no había escuchado hablar nunca de él, ni había leído nada sobre el tema, es más, ni siquiera sabía lo que era o de que se trataba.

Para ese entonces, estaba ya muy cerca de la mitad de la carrera, y venía siendo eso, una carrera, no había podido jamás detenerme a reflexionar hasta ese momento, no había tenido nunca una pausa para pensar, especialmente sobre lo que había quedado abierto, inconcluso, el tema de la muerte, por ejemplo. Ya había tenido experiencias con enfermos muy graves, con pacientes adultos mayores con sus vidas muy desgastadas y marchitas y que no contaban con mucho tiempo. En alguna rotación, si un día nos íbamos sabiendo que el paciente quedaba en su cama, al siguiente no lo encontrábamos,

puesto que la muerte llegaba inexorablemente frente a tal deterioro. Sin embargo, todavía no llegaba el tiempo de presenciar con mis ojos el momento exacto de un deceso.

Con estas consideraciones, fue una alegre coincidencia que, desde la primera clase de Medicina Paliativa, la profesora abordara a la muerte, cuestionándonos a nosotros, sus estudiantes, los que siempre veían desde la perspectiva lejana a la realidad del común de los mortales, sobre la propia mortalidad de cada uno. Fue un choque inesperado, principalmente por nuestra juventud, nadie se imaginaba que en la lozanía y vitalidad de nuestros cuerpos sanos se escondiera un precepto universal: todos vamos a morir.

Recuerdo muy poco esa actividad del primer día de la clase, escribimos una carta dirigida a nosotros mismos, diciéndonos que haríamos si el día de nuestra muerte fuera fijado para mañana. Sin duda un ejercicio inusitado que, a mí, en lo personal, me sensibilizó un poco más, pero no tocó fibras sensibles que en otros quizá sí, porque habría que esperar algunos semestres para que la muerte se me presentara tan tangible y real, y después tan cotidiana.

Lamentablemente, esa carta se perdió, es una lástima porque hubiera sido bello conocer la percepción que tenía de la muerte antes de verla directamente en el rostro de algún paciente, en cuyos ojos esa luz que es la vida se va apagando. Puede que todo esto suene pretencioso, pero estoy seguro que, en la inocencia de entonces, y en el idealismo que no conoce el realismo de las cosas corruptibles, hubiera sido mi postura humilde, sencilla y sobre todo sincera, pero quizá también hubiera pecado de ingenuidad.

Lo que quisiera destacar es el ejercicio de la escritura que hicimos aquel día y su evidente ligazón con lo que se entiende por medicina narrativa. No sé si esto valga por demostración de que un “embrión” de la medicina narrativa se gestaba en la FM-PUCE, la evidencia sugiere –para hablar en términos científicos- de que así era. Finalmente, por si esto no fuera suficiente, me gustaría dar una última muestra de que la medicina narrativa se encontraba en ciernes desde la época de mi formación como estudiante. En la misma clase de Medicina Paliativa, una vez avanzados algunos contenidos; una vez adquiridos los conocimientos sobre el dolor y todas sus variantes, incluida la noción de dolor total; una vez aprendida la escalera de analgesia de la OMS, y la forma adecuada de cómo dar malas noticias, el curso se cerraba de una forma magnífica, con la

encomienda de que viéramos una película. Para mi sorpresa, y con la experiencia previa de haber visto algunas buenas películas relacionadas con la medicina, esta iba a tener algo especial.

La película en mención era *Vivir la vida* en español o *W;t* en el título original en inglés. Desconozco, como en el caso anterior del profesor y las lecturas, las intenciones de la profesora de Medicina Paliativa para proponer esta actividad, para optar por esta película y no por otra. Quizá sea por ser un melodrama de una mujer joven con cáncer de ovario fase IV, algo que se ajustaba perfectamente a los temas de cuidados paliativos. Pero quizá sea más por los conflictos relacionales de esta paciente con la muerte y con los médicos, conflictos que le causaron un *gran* sufrimiento. Porque aquel sufrimiento fue *en gran medida* causado por ella no saber cómo lidiar con la muerte, a pesar de conocerla metafísicamente en algunos poemas, y por culpa también de los médicos, esos insensatos, quienes tampoco supieron cómo lidiar con este sufrimiento.

No quisiera dar la reseña de la película ni un sermón sobre los problemas observados en la misma, especialmente aquellos que incumben a la relación médico-paciente en el contexto de los cuidados paliativos. Deseo solamente ofrecer mi sentir al ver la película y entregar al lector la carta que la profesora nos encomendó escribiésemos una vez hubiéramos visto la película, una carta dirigida a la protagonista que es quien hace de paciente moribunda. Recupero la carta fechada el 9 de diciembre de 2011 y la coloco íntegramente a continuación.

Espero se entienda que este ejercicio de escritura que hice hace 5 años es una muestra contundente de que la medicina narrativa estaba en una etapa “embrionaria” ya desde aquellos años en la facultad, puesto que no fui el único que escribió algo semejante. Espero asimismo que mis palabras sean tomadas con humildad, pues como ya dije, son sinceras por haber sido escritas hace muchos años, cuando la inocencia aún no se perdía.

El releer la carta significó para mí un recobramiento del sentido de mi profesión, y representa ahora la esperanza de que algo tan minúsculo y dable de ser olvidado como escribir una carta, pueda ser un gran tesoro para la formación. Sean acogidas estos sentires propios como un símbolo de que la medicina narrativa es posible, y que de hecho fue posible, en su momento, en la FM-PUCE.

Querida Vivian,

Me dirijo ahora hacia ti tratando muy sagazmente de establecer la semántica apropiada de mis palabras, tratando de utilizar un léxico digno de ser aprobado por una académica de la lengua como tú lo eres, una ortografía implacable, inmaculada para tus ojos; lamento muy profundamente el no poder escribir esta carta en verso, sin una métrica, sin un ritmo, ese característico de los sonetos que tanto repites, que recitas una y otra vez de memoria, no se me permite simplemente, es una formalidad más de la que me abstengo al asumir la tarea de comprenderte, siendo la situación y la poesía del siglo XVII tan complicadas.

Son sonetos ciertamente muy sagrados los de John Donne, quizás porque son atrevidos al dirigirse hacia tu pronta compañera, la mismísima muerte que pronto visitará tu lecho, espero que la recibas con quietud y no con angustia dolorosa.

Pues sí, te comunicaron que padecías de un mal incurable como olvidando que el mismo podía acabar contigo. Desconociendo las dimensiones de la situación, y con tu inteligencia sobrevalorada por ti misma, aceptaste el desafío justamente por eso, porque una enfermedad como el cáncer es tan complicada, que pensaste que podías vencerla como venciste todos los obstáculos de tu vida. Sola comenzaste la batalla, siempre con esa mirada penetrante de ojos celestes que parecían cristales de hielo y que reflejaban todo lo que podían menos tus emociones.

Sé que no esperaste demasiado de los médicos, todavía menos de las enfermeras o los que simplemente te pedían que repitieras tu nombre, incluso se los deletreabas, como asumiendo que no eran tan letrados como tú lo eras; claro que también su actitud no ayudaba mucho, pero aun así no me convenció el sarcasmo que utilizaste cuando una pobre mujer te preguntó cuál era tu nombre, tú le respondiste: “Lucy, condesa de Bedford”; ahora que los pienso fue un poco cómico, al igual que el primer examen ginecológico con Jason.

“¿Cómo se siente?”, te preguntaban cada vez que entraban a tu habitación, sí que repudiabas esas palabras, “bien” repetías sin sentirlo realmente, y así se convirtió en una rutina, al igual que cuando te visitaba el médico de cabecera con sus estudiantes, cada viernes por la mañana, la misma escena, la monotonía cuando te auscultaban sin explicarte nada. Tuviste que soportar todo esto, aunque en realidad no haya sido su intención hastiarte.

Tal vez te sentiste como cuando eras estudiante y tus esfuerzos nunca eran suficientes para tu mentora académica (era tu impresión y no la suya), tampoco podías tener el control absoluto, como siendo profesora; no pudiste en este caso exigir a los médicos, aunque sabías que ellos no evaluarían tus ensayos o tu ortografía, a la única que podías exigir era a ti misma, además, gracias a la curiosidad innata que te caracterizaba, decidiste aprender la jerga médica, tan extravagante, y así no sentirte la ignorante.

Pudiste meditar mucho tiempo, en total soledad, ya que no tenías ningún familiar, ningún amigo, fue tu elección desde el principio; sin embargo, nunca te arrepentiste de ello. El silencio, tu único compañero, solo se ausentaba cuando repetías esos versos como delirando, al menos encontraste en Lucy, la que tenía el menor rango en la jerarquía, la de menor educación, pero la de mayor humanidad, a la compañera que necesitaste hacia el final de tus días.

Y cuando el dolor entró en escena, el miedo se apoderó de tu alma y la incertidumbre de tu seguridad, te viste derrotada, obligada a tomar la decisión de, si te ibas en algún momento, no volver jamás, no pedir resucitación a los que podían resucitarte, simplemente irte cuando la hora llegase, y esa hora no era muy lejana, siempre lo supiste.

No sé si comprendiste la poesía metafísica de Donne, no sé si crees en la vida después de la muerte, no sé y nunca supe varias cosas de ti. La única salida que te queda por ahora es vencer a la muerte y quedarte con la vida eterna. Mientras estás con el efecto soporífico de la morfina, descansa en paz un rato y luego para siempre, y recuerda la moraleja de aquel sencillo cuento del conejito que te leyó tu mentora a las puertas de la nueva vida, y que es la única seguridad que tenemos: “No importa donde vaya tu alma, Dios siempre la hallará”.

Espero que esta carta sea de tu agrado, tu amigo

Jairo Sánchez.

(Documento de carácter personal recuperado por el investigador, Quito, 2011)

3.4. La Comunicación y su nexos con la literatura y la medicina narrativa en la FM-PUCE

De un contacto no reconocido con algo semejante a la medicina narrativa en el pasado y de unas vivencias que, no es seguro, se sigan reproduciendo; por supuesto, no de manera idéntica, pero sí manteniendo los elementos clave de un proceso narrativo en la formación, paso a la experiencia actual de la FM-PUCE, con todo y el proceso de rediseño incluido.

Asimismo, de una experiencia personal, que me permitió revisar como estudiante las potencialidades del currículo de la FM-PUCE en cuanto a la medicina narrativa, paso ahora a describir la experiencia de algunos docentes de varias asignaturas que pueden ser consideradas parte de las humanidades médicas, como para equilibrar la balanza. Este proceso indagatorio me permite ahora descubrir nuevas contribuciones a la educación médica, sucesos específicos que estuvieran dándose en esta facultad y que salen un poco de la medicina narrativa, aunque no tanto.

Para no romper el hilo conductor que ha consistido en ir discutiendo principalmente sobre la medicina narrativa, me ciño a describir por ahora la experiencia de un docente en una asignatura que tiene muchas similitudes con la narratividad que hemos estado buscando a toda costa, una asignatura que pertenece al Eje Psicosocial del currículo de la FM-PUCE, pero que no está del todo integrada. Estoy haciendo alusión a la asignatura de Comunicación y al docente encargado de impartirla, Daniel Maldonado.

Esta asignatura estuvo presente desde el inicio de la facultad, puede observarse que constaba en los primeros planes de estudio (Ver anexo 4). Desde un comienzo, se consideró como prerrequisito de la formación médica, aunque no se le otorgó demasiada importancia, esto se reflejaba –cosa que sigue manteniéndose- en su mínima carga horaria: una hora a la semana y 18 horas al semestre. El docente a cargo de impartir la asignatura en la actualidad representa una tendencia de cambio. Con una experiencia de cuatro semestres en la facultad, la entrevista a este comunicador y Magister en literatura infantil y juvenil se centró, entre otras cosas, en su experiencia durante estos semestres y sus expectativas para el rediseño de la carrera.

Al preguntarle cómo se siente, teniendo en cuenta que es un profesional de formación no médica en una facultad de medicina, me responde:

Al principio me di cuenta que cuando inicié el curso de docencia en salud, que obviamente es para doctores, yo pensaba que estaba en un mundo diferente. Pero cuando comenzamos o me comencé a dar cuenta que se hablaba del mismo proceso o hecho educativo, comprendí que en esencia es lo mismo: unos profesores enseñando a unos estudiantes y unos estudiantes tratando de entender a unos profesores. (Testimonio Daniel Maldonado, Quito, junio de 2016).

Se alcanza a ver la extrañeza que produce en este docente el entrar a un mundo académico en donde los profesionales médicos son mayoría, lo que no quita que los procesos de enseñanza-aprendizaje sean una preocupación compartida por todos. La vinculación entre la medicina y la comunicación no termina en algunas pocas concomitancias, dicha disciplina es una parte esencial de la realidad médica en cuanto que relacional, he allí los justificativos para su presencia en los currículos de las facultades de medicina (Bleakley A. , 2014).

Pero habría que establecer pormenorizadamente las implicaciones que tiene una asignatura de estas características en la FM-PUCE, para así sacar algunas reflexiones útiles que huyan del simplismo. Empezando este sondeo, el profesor Daniel me comenta un poco sobre algunos temas, su ingreso a la facultad, el curso de docencia en salud que es necesario para convertirse en docente de la misma, la asignatura de Comunicación y sus contenidos:

Comunicación, básicamente se divide en dos partes: la parte gramatical y la otra parte tiene que ver mucho con la comunicación no verbal. En la primera parte se les da [a los estudiantes] proceso de lectura, proceso de escritura, textos académicos, textos

narrativos, se les hace leer bastante –bueno, no bastante, debería ser bastante- literatura. [En el plan de estudios] estaban algunos textos literarios como recursos, pero posiblemente era lectura y cuyo proceso de análisis no existía. Ahora se busca que entiendan que existe una realidad literaria que no se aleja mucho de lo que ellos van a vivir. Cuando yo recibí el curso de docencia en salud, hablaban los docentes que nos dieron clase de que, a veces, parte de la literatura puede servir como un caso clínico en un ABP. Entonces simplemente es una conexión para que los estudiantes se fijen que la literatura es simplemente un símil o una metáfora de la realidad y tienen que estar preparados para esto. [...] Lo que se trata con los chicos es comprender, a través de algunas teorías de lectura que se les da durante el semestre, qué es lo que está detrás de la historia, quién la escribió y en qué contexto. Entonces se usa un poco lo que son los niveles de comprensión: el literal, inferencial y crítico valorativo. (Testimonio Daniel Maldonado, Quito, junio de 2016)

Es aquí cuando se comienza a ligar, metafóricamente, mediante símiles, esta “realidad literaria”, como lo llama este profesor, con la realidad médica, en este caso como herramienta didáctica de la metodología del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Esto es una señal de que, incluso en la metodología central para esta facultad, se han colado textos, relatos, obras literarias; por supuesto que no podemos dar una especificación, pero por lo menos alcanzamos a soslayar una participación de la literatura y las narrativas en los procesos de enseñanza – aprendizaje. Esto no sería posible sin una etapa previa de sensibilización y adaptación a las letras, función que parece cumplir esta asignatura.

Al introducir a los estudiantes en la lectura -y la escritura-, proceso primario de una formación universitaria, se da un primer paso hacia la búsqueda de nuevos horizontes tal como este docente lo plantea, hacia la contextualización de las realidades, y la identificación de los actores, de los narradores (sociales y ficcionales) y sus intencionalidades. Esto es lo que permiten las conocidas prácticas textuales, especialmente la lectura, en la formación médica (Charon, 2006), práctica que ya se hace en esta facultad.

El valorar y criticar los textos se convierte en una misión fundamental que todo proceso educativo debe asegurar, más el de la formación médica. Aunque no se deba generar expertos en crítica literaria, si se evidencia una falta de rigor en el análisis textual de las obras literarias. Si bien estos conocimientos básicos pueden ser la puerta a otras realidades, como la literaria, complementaria y solapada a la realidad médica, también pueden ser instrumentalizados en la formación. Así lo ratifica el docente al cuestionarse

sobre los contenidos de la asignatura y sobre lo que sus colegas profesores médicos esperaban del curso.

(...) me fui poco a poco inmiscuyendo, preguntando a varios docentes de que esperan de Comunicación, cómo se puede conectar [...] básicamente se quería que los chicos sepan llenar informes, que sepan hacer un reporte de investigación, nada más. Pero si la materia es comunicación debe ser mucho más abarcadora. Se entiende que es un proceso donde las personas se relacionan, encuentran puntos de coincidencia, puntos en los que no están de acuerdo, bueno, un montón de situaciones mucho más complejas. [...] no es algo que se inserte en el mundo de la medicina, sino que es más bien como un conector con la realidad, una situación en donde el chico pueda comprender que sus pacientes, que su entorno, que sus semejantes, son parte de un mismo lugar que ellos comparten. (Testimonio Daniel Maldonado, Quito, junio de 2016)

El docente admite que la comunicación puede ser instrumentalizada en miras a otros fines, no sólo menciona que estos estén directamente relacionados con mejorar la comunicación médico-paciente, sino que complejiza el escenario y lo extiende hacia el entorno que engloba esa relación. Podríamos decir que es una visión ecológica de la comunicación (Bleakley A. , 2014), una visión compleja que no merece su instrumentalización. Esto no excluye la relación y comunicación con el paciente, sino que inserta al estudiante dentro de una red de interlocutores-intercomunicados más diversa.

Ante el problema de que la lectura de obras literarias es escasa en la planificación de los contenidos de esta asignatura, sobreviene un segundo problema, ya no vinculado a la planificación docente sino a la suposición de los estudiantes de que saber leer –y escribir- correctamente no es un requisito ni algo muy importante en las fases avanzadas de la carrera. A este respecto el docente señala:

Los estudiantes consideran que entran a medicina y las letras desaparecen y no es así [...] Posiblemente esa vinculación con las letras la ven adelante en la unidad de titulación cuando les toca presentar el protocolo de investigación y usar escritura académica. Pero lo que comienza aquí, en comunicación, parece que se pierde, posiblemente de tercero a octavo nivel. No sé cuánto los chicos continúen indagando el mundo de las letras. (Testimonio Daniel Maldonado, Quito, junio de 2016)

Estas suposiciones avanzan y se ven confirmadas conforme prosigue la carrera, puesto que progresivamente los estudiantes se enfocan en los textos técnicos de la medicina y olvidan la variabilidad del lenguaje y la palabra en la que ellos mismos participan. Sin embargo, una práctica clínica abarrotada de relatos, historias, narraciones (Charon,

2006), metáforas (Bleakley A. , en preparación), también demanda a los estudiantes de imaginación, creatividad, pensamiento metafórico, narrativo e intuitivo, sin negar el conocimiento científico-técnico que es igualmente indispensable.

La práctica clínica es entonces el lugar en donde se encuentran con la inmensa cantidad de palabras que rebasan su jerga particular y afincada, y les invita a compartir una “realidad” más “literaria” que rígida. El docente entrevistado parece no adivinar que esto efectivamente sucede en la práctica clínica, por lo que se toma como algo natural que lo aprendido en la asignatura de Comunicación se pierda en el olvido. El lenguaje académico, que es el que utilizan para hacer el trabajo de titulación, y con el cual se comunican en la comunidad científica, no es suficiente para que los estudiantes accedan al mundo lingüístico y semántico del paciente y su entorno socio-cultural.

Esto último sí parece haberlo comprendido el docente entrevistado, él, proveniente del mundo de las letras, de la palabra, de la metáfora, del lenguaje expresivo y creativo, una vez interno en el mundo de la medicina-ciencia, del lenguaje científico, técnico y medido, ha entendido que lo mejor es evitar caer en la tentación de construir una falsa dicotomía entre la ciencia, las humanidades o el arte, entre la rigurosidad metódica y la creatividad. Este profesor anota que sus ideas son deudoras de otro pensador:

Hay un autor italiano, Gianni Rodari, que era maestro. Este señor escribía cuentos y le iba bien, pero un día dijo: voy a dejar de escribir cuentos para pensar como me salen las ideas para escribir estos cuentos. Él pensaba que, si existe una lógica en las ciencias, también debe existir una fantástica. Es decir, el otro aspecto que no se dice pero que está presente en el aire, esa imaginación y esa inspiración, esa musa de la inspiración, y eso es lo que yo he ido probando con los chicos. (Testimonio Daniel Maldonado, Quito, junio de 2016)

Se insiste de nuevo, como ya lo hacíamos en alguna otra sección de este trabajo, que la ciencia no tiene por qué concebirse como extraña a la creatividad, las motivaciones para la investigación científica lejos del deseo y la inspiración, y los resultados de esas investigaciones como ajenos a la serendipia y al azar. Esta concepción holística del conocimiento ayuda a este profesor a no limitarse a pensar desde una sola perspectiva de la realidad. Por tanto, la creatividad y la escritura creativa también hacen parte del repertorio de sus métodos de enseñanza. La escritura como método en la educación médica que él no duda en profundizar, esto último a propósito de su tesis doctoral:

“Es por eso que, posiblemente, la tesis que voy a desarrollar va a hablar sobre las letras y la formación de los médicos. Esa es la relación que trato de buscar.” (Testimonio Daniel Maldonado, Quito, junio de 2016).

Podría decirse que este docente comienza a intuir que la medicina tiene una fuerte carga narrativa, que los médicos son también narradores, que necesitan entrar en este entendimiento, y lo ha comprobado en el aula. El mismo ha realizado los experimentos, llegando a justificarlos del siguiente modo:

Con los chicos mismos hemos revisado pequeños fragmentos de obras clásicas, de algún *best seller*, algo contemporáneo, y la mayoría de los que escriben son médicos. Entonces algo deben tener los médicos, algo tienen que contar, deben tener presente este espacio para realizarlo. [...] En algún momento me puse a trabajar textos narrativos que les gustó, es más, los chicos veían eso como una válvula de escape, que no era mi objetivo, sino que era que ellos escribieran y se demostraran cuanto podían contar de una manera correcta; llámese correcta no lo emparentado con la estética o la estilística, sino, básicamente, como un proceso válido en donde ellos cuentan algo, creo que eso es importante. (Testimonio Daniel Maldonado, Quito, junio de 2016).

En esta instancia las comparaciones con la medicina narrativa se hacen más que puramente sugestivas, se convierten en posibilidades de aplicación de estas metodologías en la FM-PUCE. Incluso ese efecto secundario no buscado, que este profesor compara utilizando la metáfora de la “válvula de escape”, se asemeja mucho a lo encontrado en Cali con respecto a la escritura como expresión catártica. Es así que la medicina narrativa poco a poco se enlaza con la Comunicación, porque de nada serviría ese impulso expresivo del emisor si no tuviera un receptor y un canal que le permita la transmisión de lo expresado, hipótesis que se identifica con la idea básica de todo proceso comunicativo, también aquellos de los contextos clínicos (Bleakley A. , 2014).

Por tanto, la medicina narrativa es pertinente para el futuro curricular de la FM-PUCE, y esto lo ha intuido el mismo profesor de Comunicación. Él señala los planes propuestos para fortalecer el Eje psicosocial:

“primero la carga horaria de este Eje va a subirse o al menos eso es lo que se propuso, va ser posiblemente 2 o 3 horas a la semana para cada asignatura.” (Testimonio Daniel Maldonado, Quito, junio de 2016).

Luego, siendo uno de los encargados del rediseño de la carrera de la FM-PUCE, indica los cambios propuestos para la asignatura de Comunicación, las nuevas metodologías a seguir, especialmente las relacionadas con los métodos de la literatura y de la medicina

narrativa, los contenidos a aumentar, y, en general, las innovaciones para el currículo que se examinan implementar con el rediseño:

La temática va a ser bastante similar, obviamente los temas y subtemas van a estar armonizados de manera profunda, se va a hablar sobre las estructuras de los textos, sobre su tipología, se va a hablar de los médicos y las letras a nivel mundial, regional y nacional. Por ejemplo, en Ecuador tenemos médicos escritores en vida como Euler Granda que escribe unos poemas maravillosos. Yo he realizado a veces con los chicos algunas narraciones y hay chicos que tienen bastante capacidad intelectual y tienen una facilidad para contar lo que ven y lo que sienten. Entonces eso también se va a incentivar. Se está pensando en realizar unos concursos, eventos en donde la palabra, la narrativa, sea la esencia. También se está diseñando para el próximo semestre con el profesor de Antropología Social un número de una revista bastante parecida a la de Medicina Narrativa de Cali. En donde participen no sólo chicos sino también docentes, pacientes, administrativos de la facultad, la idea es darle una visión global. [...] Ahora se habla bastante del trabajo autónomo, del trabajo práctico, entonces es justamente ahí donde nosotros queremos ubicar ciertos itinerarios lectores, ciertas rutas de lectura de la literatura que les permita a los chicos conocer y obviamente buscar otras alternativas. Pueden ser también foros, talleres, en donde se saque resultados positivos. (Testimonio Daniel Maldonado, Quito, junio de 2016)

Sobresalen todos los planes que se tienen con respecto a implementar las *prácticas textuales*, no solo la literatura y todo lo que esta conlleva, su riqueza imaginativa y su multiplicidad y diversidad de perspectivas, sino todo lo que implican los actos de lectura y de escritura (Charon, 2006). En consecuencia, la semejanza con Cali ya no puede ser ignorada, yo mismo como investigador fui el que le informé a este docente sobre las iniciativas de aquella universidad, su tesón por desarrollar la medicina narrativa. Replicar esas ideas en nuestra facultad me parece acertado, está ya sembrada la inquietud y existe la predisposición.

En el fondo, estas innovaciones y mejoras al currículo, como crear estos nuevos espacios dedicados a la literatura y a la escritura creativa, en suma, a la medicina narrativa, y mejorar lo ya existentes, es una forma empatar con el anhelo de formación humanística que siempre ha existido en la FM-PUCE. Lo primero será fortalecer el Eje Psicosocial, históricamente relegado en carga horaria y en integración.

Son claros los objetivos planteados para este eje, que se resumen en que se comprenda a la persona en su contexto a través de unas humanidades, unas artes, unas ciencias sociales, la psicología y la psiquiatría, es decir, tener una visión integral e integradora del ser humano. Desde aquí es donde parten las iniciativas por rediseñar la carrera de medicina de esta facultad, ateniéndose a su tradición humanista, pues

si delineamos la visión y misión de la PUCE y de la facultad, podemos ver que este proceso se enmarca dentro de unos horizontes epistemológicos. Y dentro de estos horizontes epistemológicos se está tomando en cuenta que el sujeto está dentro del proceso de enseñanza y aprendizaje, y que obviamente la salud tiene que ser lo más cercano posible a lo humano, es decir, humanizar lo que lamentablemente se ha ido deshumanizando. Habermas suele decir que esta es una razón instrumental, pero lo que a nosotros nos interesa es que sea una razón comunicativa. Se tomó en cuenta también el paradigma de la complejidad de Morin. [...] En esta facultad en especial, hay un pensamiento epistemológico bastante humanizante, humanizador, y, por tanto, debe haber consonancia, debe hacerse eco de esto en la malla curricular y por sobre todo en la práctica en el aula, porque no tiene efecto planificar y hacer siempre el cumplimiento por el cumplimiento, debe haber algo de creatividad ahí.

Todo hace parecer que la FM-PUCE y el proceso de rediseño por el cual está atravesando en la actualidad marchan por buen camino, hacia los paradigmas de la acción comunicativa y de la complejidad (Morin E. , 1997). También parece ser que, de acuerdo a la opinión de este docente, se ha comenzado a reconocer otros modelos como el de la medicina narrativa, al menos en forma de un interés inicial por conectar las letras con la formación del médico; acción que propiciaría el nexo entre comunicación y la literatura en la educación médica que efectivamente se produce en esta facultad.

A fin de cuentas, el discurso de este docente concuerda con un discurso generalizado por humanizar la medicina, pero a diferencia de aquellos que se mantienen en el nivel discursivo, el profesor Daniel manifiesta que ha de procurarse esta humanización desde las aulas de las facultades de medicina, algo que el intenta hacer como se ha podido observar en este apartado.

3.5. Aportes de la formación en antropología (social y médica) en la FM-PUCE

En los siguientes párrafos se impone una idea de ruptura con la aparente linealidad del análisis de resultados que hasta ahora se ha venido presentando, en parte porque se abandonan temas recurrentes como el de la medicina narrativa; pero sobretodo porque se introducen otros tópicos que tampoco se alejan demasiado de la línea argumentativa principal, mejor dicho, se introducen otras discusiones sobre el mismo fenómeno de la educación médica, sólo que reconsiderado desde las humanidades médicas, y

específicamente desde la antropología. En ese sentido, ya no se considera el genérico de las humanidades médicas, en especial por el motivo previamente expuesto sobre la inexistencia de esta etiqueta en la FM-PUCE. Se procede entonces a especificar cuáles son las asignaturas que van a ser examinadas en este caso.

Para este fin, y situándonos en el contexto de la FM-PUCE, no nos queda más que reconocer una adaptación exitosa de dos asignaturas que destacan al interior del currículo de la facultad: Socioantropología y Antropología Médica. Estas asignaturas, pertenecientes a un mismo campo de estudio y a la disciplina más general de la antropología social, están presentes desde hace algunos años en el plan de estudios de la FM-PUCE. Las dos pertenecen al “Eje Psicosocial” del currículo, son impartidas en segundo y cuarto nivel respectivamente, pero tienen una carga horaria diferente. Socioantropología cuenta con dos horas a la semana, mientras que Antropología Médica cuenta tan sólo con 1 hora a la semana. A parte de esto, ambas tienen un nivel de continuidad que las convierte en asignaturas de una relativa importancia dentro del currículo, parte de lo que intentamos demostrar en este análisis.

Existen algunos antecedentes que sería interesante indagar para comprender la sugerida relevancia que tienen estas asignaturas para la FM-PUCE. Una revisión del documento que proponía el proyecto experimental de la naciente facultad (Consejo Directivo del Comité Patrocinador, 1994), evidencia que desde un inicio hubieron intenciones de colocar dentro del plan de estudios asignaturas pertenecientes a las Ciencias Sociales y a las -contemporáneamente conocidas- Ciencias del Comportamiento, muy probablemente para hacer justicia al nombre del eje curricular en las que iban a estar organizadas, el “Eje Psicosocial”.

Dentro de este eje, y en el diseño del plan de estudios originario, constaban asignaturas como Antropología, Sociología, Ciencias de la Conducta (Psicología) I y II, y Psicología Social I y II (Consejo Directivo del Comité Patrocinador, 1994), las mismas que nunca llegarían a implementarse, o al menos no hasta los planes de estudio de años posteriores, y no exactamente las planteadas en ese documento.

Este antecedente habría generado un reducto que después sería llenado por las asignaturas actuales de Antropología Médica y Socioantropología, presentes al menos desde los años 2002-2003 (Ver anexo 4).

Con estos antecedentes también se manifiestan los modelos a los cuales estaba apegada esta facultad desde sus inicios, modelos que resaltaban los factores psicosociales como determinantes de los procesos de salud-enfermedad-atención. El modelo más cercano al que se adhirió desde un principio la FM-PUCE es precisamente el modelo Bio-psico-social propuesto por Engel (Engel G. , 1977) (Borrell Carrió, 2002), así como a los principios de la APS y de la medicina basada en la comunidad (Consejo Directivo del Comité Patrocinador, 1994).

Sin embargo, esto no significa que la mencionada facultad poseyera un enfoque intercultural declarado, aun cuando, muy tempranamente, estas asignaturas de la rama antropológica se integraran al plan de estudios. Incluso no sería fantasía afirmar que, a pesar de que se han dado mejoras en el currículo y en el plan de estudios de esta facultad, lo cierto es que, según un docente/investigador de la misma, el currículo no ha estado exento de deficiencias en algunos aspectos. Así lo manifiesta Gross (2014) refiriéndose al olvido de la dimensión intercultural:

Si bien, la FM PUCE ha desarrollado diversas estrategias para monitorear y evaluar la calidad de sus procesos formativos, la reflexión institucional y la puesta en práctica de un proceso formativo transversal sustentado en un currículo sobre los principios, valores y componentes de la APS, dentro de los cuales la consideración de la relación entre cultura y salud no ha sido suficiente. (p.24)

Estas falencias han encontrado iniciativas de superación por parte de este docente, quien propone repensar la formación del médico generalista hacia un enfoque centrado en las competencias culturales (CC) (Gross Albornoz, Crespo Burgos , & Villegas Silva, 2014). Asimismo, esta necesidad por profundizar en la reflexión institucional sobre las relaciones entre cultura y salud han dado paso a iniciativas de investigación como la tesis de grado de un estudiante de la facultad.

Este estudio realiza un diagnóstico de los niveles de competencia cultural de los estudiantes de pregrado de la FM-PUCE, evidenciando que los mismos permanecen en una etapa etno-relativa de sensibilidad cultural. Resultados que son razón suficiente para que este joven investigador incluso llegue a recomendar implementar un nuevo programa formativo trasversal basado en las competencias culturales (Villegas Silva, 2014).

De esta manera se demuestra el renovado interés por la interculturalidad de la salud en la propuesta formativa de la FM-PUCE, que es también una señal más del gran peso que

han vuelto a cobrar los entendimientos críticos con respecto al modelo biomédico en los ámbitos formativos (Conde Caballero, 2012).

A continuación, hacemos el análisis del caso de estas dos asignaturas, Antropología Médica y Socioantropología, en base a la experiencia de los dos docentes que están a cargo de impartirlas, Alexis Rivas y José Sola. Esto nos brinda una ventaja en un doble sentido. Primero, y como ya se advirtió, la obvia relación de estas asignaturas, entendidas como subdisciplinas que pertenecen al mismo campo antropológico; y segundo, la afinidad y algunas similitudes entre ambos docentes, aunque se destaquen también algunas diferencias clave.

El profesor Rivas, a cargo de Socioantropología de segundo nivel y de un grupo de Antropología Médica de cuarto nivel, es antropólogo social de formación y candidato a un Doctorado en Ecología; mientras que el profesor José Sola, docente a cargo del grupo restante de cuarto nivel, es médico con un Master en Salud Pública. Este último ha estado comprometido con proyectos sociales y con investigaciones en la línea antropológica por varios años, es decir, inmiscuido en el campo de la antropología médica. Otra diferencia que nos interesa marcar para efectos de este análisis es la cantidad de tiempo que vienen siendo profesores de la FM-PUCE, puesto que el docente salubrista fue por muchos años profesor de estas dos asignaturas hasta hace poco, cuando por razones que no vienen al caso tuvo que ceder la cátedra al docente antropólogo social, quien efectivamente se incorporó apenas hace un par de semestres.

Creemos que, si bien los dos docentes tienen experiencias semejantes por el hecho de haber trabajado en proyectos de investigación e intervención relacionados con la antropología y por compartir la cátedra de estas dos asignaturas, esta pequeña diferencia del tiempo de contacto con el mundo de la medicina es tan importante que puede condicionar sus reflexiones. No obstante, sin importar demasiado esta divergencia, el análisis de las experiencias con respecto a las asignaturas se lo realizará unificado, destacando algún punto conflictivo en el que no estén de acuerdo.

Las experiencias de estos dos docentes, tal como lo advertimos, se han venido construyendo en base a una franca diferencia del tiempo de interacción con la facultad y sus miembros, en especial con profesores y estudiantes. A este respecto, parecería que

responden a dos posturas contrarias. El profesor José Sola, quien posee una vasta experiencia en la facultad, señala a este propósito:

A lo largo de mi experiencia como docente, por alguna razón, que la sospecho pero que no la voy a decir, los médicos asumen una posición muy curiosa, y esta es: sólo lo que yo se vale y lo que saben los otros no vale; lo que dice el médico es correcto, lo que dicen las otras personas son supersticiones, creencias, habladurías. Es decir, hay un discurso auto-céntrico, yo diría que hasta logocéntrico, que evidentemente es propio del pensamiento positivista, por el cual todo aquello que yo no sé, no existe. [...] A lo mejor estoy siendo un poco exagerado, pero esa es mi percepción. (Testimonio, José Sola, Quito, abril de 2016)

Palabras que podrían contrastar, en cierto sentido, con lo que dice con respecto a sus primeras impresiones de la facultad el profesor Alexis Rivas, antropólogo social de reciente ingreso:

(...) me encuentro con un espacio en donde siendo franca minoría, porque apenas me encontré con un docente que manejaba temas de antropología social; y a pesar de que no soy médico, no me he sentido incómodo en ningún caso, lo cual también ha sido bastante grato, porque lo que he podido encontrar en autoridades, en colegas profesores, es una enorme necesidad, una sed, de comprender el fenómeno de la salud y la enfermedad, el fenómeno genérico de la medicina más allá del paradigma biomédico. Al menos con los que he hablado, que sí son bastantes, he visto esa necesidad; lo he visto en profesores del área psicosocial, psiquiatras, lo he notado en profesores que están haciendo complementarias alternativas, pero también lo he visto en colegas que hacen clínica, hemos tenido conversaciones en donde se nota ese interés, y yo te diría que en momentos ese interés es casi desesperado. No me atrevo a decir un porcentaje, pues no he hablado con todos, esa es mi impresión. (Testimonio, Alexis Rivas, Quito, abril de 2016)

Esta contradicción confirma la pertinente observación que hacíamos en cuanto a la variabilidad de las respuestas según el tiempo de permanencia en la facultad, pero de ninguna manera nos ayuda a resolverla. Una primera impresión destacaría que la opinión del primer docente representa una actitud crítica frente al modelo biomédico por no valorar otros saberes que no se encuadran en sus concepciones reduccionistas de la realidad (Petracca, 2013) (Conde Caballero, 2012).

Por más generalizado que aparente ser este comentario, demarca una línea divisoria e infranqueable entre el conocimiento médico y el conocimiento “otro”. Por otro lado, la observación del segundo docente se instituiría como una negación de esto, puesto que destaca que, en esta facultad de medicina en específico, se tiene un “interés” explícito por comprender otros paradigmas ajenos al modelo biomédico, uno de los cuales él mismo representa desde su profesión de antropólogo.

El análisis somero del discurso de cada uno de los docentes revela que las diferencias no son más que aparentes. Pero un análisis más profundo podría revelar que, el estatus social y el capital simbólico que implica ser un profesional de las ciencias sociales, inmunizaría en algo la desvalorización a la que se vería expuesto el saber que este último docente representa. En consecuencia, el sentido del comentario del profesor José Sola se referiría más bien a la minusvaloración a la que se verían sometidos los saberes que podríamos interpretar como “populares” y “profanos”, o al menos no profesionales, en consonancia con las “supersticiones, creencias, (y) habladurías” que emanan del comentario de este docente, y en franca contraposición con los saberes de carácter “profesional” que serían tolerados en mayor grado.

Es así que podrían darse dos lecturas contrapuestas de lo que sucede en esta facultad de medicina, lecturas que responden a opiniones vertidas por docentes representantes del saber antropológico con unas características similares, pero con distinto tiempo de convivencia con la cultura de la medicina. A pesar de esto, como se verá a continuación, los dos docentes coinciden también en algunos puntos álgidos.

Por un lado, la impresión del docente médico, el Dr. Sola, siendo el mismo del campo profesional médico, y habiendo convivido en este ambiente por muchos años, es de denuncia frente a la hegemonía del saber biomédico, que según él se establece en el nivel del discurso, el cual incluso llega a ser “logocéntrico”. Por tanto, se produce la negación absoluta del otro, de lo que no pertenece a lo que es considerado legítimo en la medicina, entre otras cosas por ser considerado científico. Esto está en consonancia con la consideración que hace Conde (2012) sobre la hegemonía y el saber-poder que se erige en la agrupación médica gracias a la exclusión de otros saberes que permanecen en la subalternidad.

El profesor Alexis Rivas, antropólogo, se expresa en términos semejantes, haciendo ver a la antropología médica como crítica del modelo Biomédico:

El paradigma biomédico tiene muchos problemas no hay duda, básicamente dos: el uno, el poder, una hegemonía que impide que los otros paradigmas sean reconocidos o por lo menos conocidos. El segundo problema es su profunda relación con lo industrial-mercantil. La noción de verdad le da poder, aquello es muy foucaultiano, y la capacidad de tener unos engranajes en economía lo convierte en central. (Testimonio, Alexis Rivas, Quito, abril de 2016)

Por otro lado, como una posible explicación para el interés “desesperado” y la “enorme necesidad” de conocer paradigmas más allá del biomédico que, según refería el profesor Rivas, tienen los miembros de la FM-PUCE, se podría decir que responde a la consciencia clara de la importancia de la relación entre cultura y salud. Pero también podría ser causada por la inquietud que desde los inicios la facultad se manifestó al explorar marcos alternativos para la formación, los cuales se vienen reanimando con las nuevas iniciativas que se han producido como aquella que propone repensar la formación del médico generalista hacia un enfoque en las competencias culturales (CC) (Gross Albornoz, Crespo Burgos , & Villegas Silva, 2014).

Por ahora, la apreciación menor y de poca relevancia que siguen teniendo estos saberes se demuestra en la presencia marginal de las asignaturas de Socioantropología y Antropología Médica en el plan de estudios de la FM-PUCE, si bien las cosas están empezando a cambiar.

3.5.1. Revelar el etnocentrismo implícito en toda relación cultural, incluida la relación cultura médica - cultura otra

De los párrafos precedentes se podría extraer un concepto clave que nos asista en los intentos por explicar esta marcada división que se establece entre lo médico y lo no-médico, siendo este concepto el de etnocentrismo. Este concepto es trabajado en las clases del profesor Sola con unas finalidades específicas, tal como el mismo lo afirma:

“Yo hablo mucho en mis clases de etnocentrismo, sobre todo para tratar de romper esos mitos de infalibilidad que tienen los médicos de tener la última palabra, de los únicos que conocen.” (Testimonio, José Sola, Quito, abril de 2016)

Además, también recalca: “yo respeto mucho la profesión, hasta recuerdo que yo soy médico.” (Testimonio, José Sola, Quito, abril de 2016)

Podría decirse que el etnocentrismo está muchas veces ligado a una idea externa de no pertenecer a la propia condición cultural, por lo que especificar la existencia de un *etnocentrismo médico* sería algo digno de ser notado, especialmente cuando es formulado por un médico. Y como docente con un precedente formativo de médico, el profesor Sola establece el etnocentrismo en términos de lo normal y lo patológico, pero

en el nivel social, incluso ampliando el concepto hacia territorios de la psicología de la construcción del “yo”.

Poniéndole carne a todo esto finalmente tienes una lógica, el yo es el centro de la creación, el yo-nosotros, el yo-pueblo, es decir, nosotros somos el centro de la creación, y esto lleva implícito el etnocentrismo. Por supuesto todos sabemos que no hay pueblos ni peores ni mejores, ni culturas ni mejores ni peores, sólo distintas. Entonces, el etnocentrismo entendido así, no debe ser entendido como patológico, y si pasamos de la dimensión colectiva a la dimensión personal, finalmente todos nos construimos egocéntricamente; pero de ahí a derivar a que el “yo” se considere el centro de la creación, o a que una cultura se considere así mismo superior a otra, entonces ese etnocentrismo pasa a ser un patológico social cuando se expresa a través de las discriminaciones, de todos los tipos de discriminaciones. Si el etnocentrismo es el reconocimiento de mi valor, de mi esencia, de mi identidad, creo que es una construcción social correcta; pero si eso significa desmerecer, separar, desunir entonces se transforma en un mal social patológico, porque se expresa a través de establecer comparaciones, a partir de los juegos de poder que están detrás de cada grupo cultural. (Testimonio, José Sola, Quito, abril de 2016)

Por ende, el explicitar el etnocentrismo de la medicina sería el gran acierto que, entre otras cosas, ayuda a entender por qué se construyen relaciones conflictivas de separación, desmerecimiento y discriminación con los otros tipos de saberes y prácticas. Si el etnocentrismo se produce en sentido cultural, entre las culturas, esto querría decir que la medicina se debe entender también como un sistema cultural (Kleinman, 1978). Esto es lo que se verá a continuación.

3.5.2. Revelar la medicina como sistema cultural

El sistema cultural de la medicina es uno más de entre tantos sistemas culturales de conocimiento y práctica (Kleinman, 1978). Solamente con la aceptación de esta realidad es que se comprende que exista el etnocentrismo médico. Sin embargo, este descubrimiento, o este abrir los ojos a la propia cultura médica, no es el objetivo de lo que se considera los “conocimientos” culturales que se deben adquirir en el contexto de las facultades de medicina. Deslegitimar la tentativa de explorar la medicina como sistema cultural en la educación médica sería un error. En cambio, la enorme potencialidad que esto podría tener permitiría el autoexamen de los estudiantes, sobre todo el análisis de sus propias creencias, valores, prácticas, todo lo que hace parte de su cultura. Esto también podría tener un propósito crucial a la hora de examinar los

prejuicios y los sesgos culturales que impedirían una adecuada relación con el paciente y su entorno, así como descubrir y corregir las discriminaciones de orden cultural. En general, ayudaría a evitar un etnocentrismo médico con respecto a los otros sistemas culturales fuera del paradigma biomédico.

Parece ser que esto es bien comprendido por los docentes de las dos asignaturas aquí abordadas. El siguiente comentario del profesor Sola se manifiesta como un intento explicativo del proceso de culturización de la medicina, sus palabras se enfocan en el lenguaje y en el espacio:

La medicina es una subcultura, que además tiene un lenguaje que separa, una especie de español decimonónico, una jerga. Probablemente se deba a la manera a como se *forma* la profesión, esto de compartir mucho tiempo, de convivir, de hacer del hospital la unidad de análisis del mundo, pensamos que el hospital es el lugar donde vivimos, comemos, amamos, y morimos. Pensamos que el cosmos es de la forma, del tamaño, y de la manera de ser de un hospital. Llevamos esas relaciones al exterior y pensamos que todos nos entienden. [...] No sé si es por esa dificultad de comunicarse con los “otros”, a no ser por la indicación o la prescripción. (Testimonio, José Sola, Quito, abril de 2016)

Esta declaración en segunda persona del plural, que le delata como parte del colectivo médico al que está cuestionando, es fruto de agudas observaciones de muchos años que no hacen sino demostrar el arraigamiento de la medicina como un sistema cultural, de acuerdo con este docente, una “subcultura”. Lo interesante es que él considera que este sistema se reproduce en el modo en cómo se “forma” la profesional, lo que podría ser igual al modo cómo son formados los futuros profesionales médicos. Esta idea de *formación* de la profesión indiscutiblemente tiene un sentido educativo y pedagógico. El profesor Rivas lo expresa así:

“Te vas a encontrar en que todo ese sistema en el que te están educando, y en el que vas a pasar seis años, te llama hacia un *sistema* y te evita cuestionarse cuál es el lugar de los otros, dónde están los otros.” (Testimonio, Alexis Rivas, Quito, abril de 2016).

Podemos ver que la preocupación principal está dada por la pregunta sobre el “otro”, sobre “los otros”. En el fondo es un cuestionamiento sobre la alteridad y, por ende, por la diversidad.

3.5.3. *Reformular la noción de “cultura” por una más acorde a la “construcción” (multi) cultural que tome en cuenta la diversidad*

No podemos proseguir con el presente análisis sin mencionar la categoría central que emerge de todo esto: la categoría de *cultura*, esto debido a que las dos asignaturas bajo examen no tendrían sentido alguno si no se asumiera la realidad de que los hechos y construcciones culturales de una sociedad se vinculan íntimamente, tanto que se superponen, con los fenómenos de la salud, la enfermedad, la discapacidad, y con los procesos de atención. Esto tampoco nos restringe a pensar la cultura como lo diferente, lo multi e intercultural, y no sólo la etnia; por tanto, lo más adecuado sería hablar de *categorías culturales*, en plural.

En el marco de un análisis propiamente pedagógico, y dentro de los horizontes de la medicina y la educación médica, podríamos decir que estas categorías se corresponden con el multiculturalismo en educación y la competencia cultural en la formación de los profesionales de la salud. Sin embargo, las experiencias descritas a partir de esta consideración no quedan limitadas a las discusiones pedagógicas, sino que se extienden hacia los debates sobre la epistemología de la ciencia y de la medicina, críticas al modelo biomédico, y alternativas en la praxis de los sistemas de salud, todo lo que, se quiera o no, afecta a la formación médica que es lo que nos interesa.

La otra categoría importante para este análisis es la de *diferencia*, la que utilizamos cuando anunciamos la otredad. Esto frente a la fuerza que constituye el proceso de contricción de la identidad en la cultura médica. La distinción más importante que haremos no es entre la cultura profesional y la no profesional, como una tensión ambivalente, ya que esta diferenciación se establece en un marco histórico y político mayor que se escapa de nuestra capacidad de análisis. La distinción principal se yergue unilateralmente y está limitada a nuestra visión del mundo, eso sí, desde nuestra condición profesional, desde que somos profesionales médicos, con respecto a todo *lo diferente*, sea profesional o no.

El principal aporte de estas asignaturas, Antropología Social y Antropología Médica, sería justamente descubrir la *cultura como diversidad*. Habría que examinar, por tanto, lo correspondiente al conocimiento específico de la antropología que se espera

adquieran los estudiantes de medicina de esta facultad desde la consciencia de pertenecer a un *universo* cultural⁸⁷, pero estando ellos dentro de una cultura específica. Por estas razones, lo primero que deberíamos establecer es que se entiende por cultura y cuál es la noción que se espera comprendan los estudiantes. A este respecto es muy esclarecedor el comentario del profesor Rivas, quien desmitifica alguna concepción errónea de cultura desde el estudio de la antropología cultural.

Yo intento que no se entienda por antropología una apología de la diversidad. Existen algunas posiciones dentro de la propia Antropología y de la práctica científica en general que tienden a considerar que las ciencias que hacemos análisis de la cultura; la cultura en tanto conocimiento simbólico y actitudes prácticas de colectivos, y en tanto, actores y sujetos políticos, como rasgos culturales. Esa es una corriente que sí existe y que es fuerte, y que tiende a mostrar la diversidad como casi un *discurso políticamente correcto*⁸⁸. Yo pienso que esa posición es fácil de asumir, además de que suele estar atravesada por algún nivel de interés político, pero también suele estar atravesada por profundo desconocimiento. Hemos navegado de criticar todo el sistema actual moderno, tecnológico, farmacológico, y entonces nos vamos al otro lado, romantizamos todo aquello que no lo sea. Entonces me interesa mucho que, en mis cursos, y con toda mi bibliografía y las temáticas que yo doy, se pueda entender que la cultura es un proceso que se construye, que es construida, que no vienen en los genes; en tanto construido, los conocimientos son también construidos, las prácticas son construidas, los sistemas médicos son también construcciones. [...] Yo les enseño que la cultura es más que un rasgo, más que lo folk, folclor, lo folk en el sentido más estricto de lo rural, y de ahí viene la palabra folklore que después es casi turismo. (Testimonio, Alexis Rivas, Quito, abril de 2016)

Esta concepción constructivista de la cultura reafirma lo que hemos venido diciendo en cuanto a la medicina como sistema cultural construido de una forma significativa por medio de la experiencia formativa. Además, previene del error de considerar la *diversidad cultural* en la que enfatizábamos como un *discurso* de lo “políticamente correcto” o como una “apología” de esta diversidad, o a la cultura como meros “rasgos” estereotipados de los grupos étnicos.

La diversidad no se restringe a la categorización étnica, pero forma parte de ella. En este mismo sentido, el estudio de la antropología médica no debe limitarse a los sistemas de etnomedicina andina, ni indígena en general, pues existen otras realidades que deben ser estudiadas. Como bien sabemos, el tema de las diversidades es extenso y sobrepasa lo “indígena”, así lo señala el mismo docente refiriéndose a los contenidos que imparte en la asignatura que le corresponde:

⁸⁷ No cultural universal.

⁸⁸ Subrayado mío

No me circunscribo sólo al indígena, también está la etnomedicina en la ciudad, está el tema afro, el tema migrantes, por ejemplo como hay toda una circulación de fármacos entre migrantes ecuatorianas en España, que pasa cuando se enferman, van o no a la sanidad, de donde consiguen los medicamentos. Hay familiares de Ecuador que mandan los medicamentos a España, se puede encontrar unos datos etnográficos interesantes sobre cómo empacan los medicamentos, cómo los envuelven para que no los descubran los servicios de vigilancia sanitaria, cosas este tipo que tienen que ver con las prácticas. (Testimonio, Alexis Rivas, Quito, abril de 2016)

Siendo la antropología médica una disciplina académica con un gran desarrollo teórico y metodológico, su participación en el currículo de medicina tampoco pretende la comprensión profunda de los sistemas de pensamiento etnomédicos, finalmente no se está formando antropólogos. Se busca más bien una comprensión de la diferencia que permita la acción informada y consecuente por parte del médico. Así lo señala el profesor Rivas:

Uno de los retos más importantes y a la vez más duros del curso de Antropología Médica no es enseñar cómo funcionan otros sistemas de pensamiento, de conocimiento, sino cómo dejar claro que no todo conocimiento etnomédico tiene que ser validado a la luz del paradigma biomédico, creo que eso es uno de los temas centrales. Yo he notado que mis alumnos están dispuestos a entender el sistema andino, sus principios cálido y frío, al menos en ese aspecto si hay interés, pero siempre están con la expectativa de que eso tiene que ser validado y ¿validado desde dónde? ¿Desde el paradigma biomédico? Es esa lógica racionalista, no necesariamente es una lógica que reconoce el sistema como diferente y con sus propias pautas. Incluso si se llega describir siempre necesita ser validado, y ese creo que es uno de los grandes retos del curso de antropología médica, o sea que se entienda que los sistemas de pensamiento pueden ser diferentes y, por lo tanto, desde la identificación de la etiología de la enfermedad hasta su tratamiento puede variar, y de hecho va variar claro, ahí entran en conflicto las categorías como la de eficiencia. Y ahí se explica que existen la eficiencia simbólica y la eficiencia curativa. (Testimonio, Alexis Rivas, Quito, abril de 2016)

Para este docente, este trato con lo culturalmente diverso, que es el fin del enfoque de la competencia cultural, debe rechazar que la comprensión de los sistemas de conocimiento y práctica de la etnomedicina estén sujetos y sean sometidas a criterios de validación alguna, y menos desde el paradigma biomédico. Por lo que el desarrollo de la antropología estructuralista es adecuado para explicar los mecanismos inherentes a dichos sistemas de pensamiento, destacándose la categoría de eficiencia simbólica de Lévi-Strauss para ahogar la incertidumbre eficientista que se genera. Esto debido a que si algo genera lo diverso, lo diferente, es precisamente angustia, ambigüedad, extrañeza e incompreensión, he ahí la importancia, por demás conocida, de introducir contenidos

sobre lo culturalmente diverso de una forma auténtica y no sólo en el discurso. El profesor Rivas explica cómo logra este objetivo con el módulo dedicado a este tema.

(...) el módulo pretende que se entienda muy bien las diversidades, especialmente de orden étnico, aunque también hablamos de diversidades de orden de género, de edad, etc. De orden étnico porque primero el Ecuador es un país multiétnico y pluricultural y luego la realidad es justamente esa. Cuando los chicos empiezan a ser APS, de pronto se dan cuenta de que la población ha sido diferente, una persona de la comunidad que es de una sociedad indígena va entender de una manera la enfermedad o va a vincularla con su vida moral, con su religión, y las prácticas van estar mandadas por eso. [Lo que se busca es] que se les quite la idea de que la diversidad es un poncho, o que la diversidad son unos huaorani desnudos, eso es lo que se ve, la cultura va más allá de lo que se ve, son sistemas de pensamiento, de etnoconocimiento. (Testimonio, Alexis Rivas, Quito, abril de 2016)

Se podría decir que la principal motivación para la introducción de contenido relacionado con la antropología social y médica en esta facultad está encaminada a que los médicos adquieran un conocimiento y unas habilidades que les permita el trato con lo culturalmente diverso. Este argumento podría tomar el carácter de urgente en un mundo globalizado y multicultural como el nuestro; y todavía más en el caso ecuatoriano, puesto que el Ecuador es un país multiétnico y pluricultural como lo establece la actual constitución. De esta manera, el argumento que podríamos llamar de la adquisición de una *competencia (multi) cultural, de una sensibilidad cultural y en las diversidades* se establece como definitivo.

CAPÍTULO VI

INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN

(...) porque no el mucho saber harta y satisface al ánimo, más el sentir y gustar de las cosas internamente.

San Ignacio de Loyola

Durante el planteamiento de los problemas de la investigación y la revisión teórica fueron destacados algunos conceptos que nos pueden ser de utilidad a la hora de interpretar los resultados obtenidos y elaborar un modelo capaz de explicar las principales contribuciones de la medicina narrativa y las humanidades médicas a la educación médica. Haciendo un ejercicio retrospectivo, podemos constatar asimismo que durante casi todo el recorrido de esta tesis hemos mantenido una especie de fidelidad al pensamiento de Alan Bleakley, ya que este autor nos ha convencido de que la educación médica es un campo complejo que puede ser todavía más complejizado.

Sus acercamientos teóricos desde múltiples frentes, algunos más críticos que otros, y la confluencia en su tejido argumentativo de disciplinas como la política y la estética, nos han permitido hacer una lectura elaborada de las interacciones de las humanidades médicas y la medicina narrativa con la educación médica. Como uno de los autores que aporta mayor profundidad y novedad al campo de las humanidades médicas, coincidimos definitivamente con él en que la medicina requiere de una democratización, que la educación médica requiere de una politización y un vuelco hacia la estética y, consecuentemente también, hacia la ética. Esta última aseveración puede resumirse como la necesidad de humanizar la medicina y la educación médica, aunque a Bleakley no le termine de convencer estos términos

Por otro lado, en la elaboración teórica también pudimos dialogar con Rita Charon, gestora del nombre y de los modelos comúnmente reconocidos de la medicina narrativa. Adentrarnos en este modelo significó explorar los mundos de la literatura y la narrativa, y cómo estos eran estupendamente entretejidos con el mundo de la medicina. La propuesta de Charon es categórica y su compromiso por desarrollar la medicina

narrativa sorprende. Incluso sigue sorprendiendo que no deje de aportarse nuevos elementos teóricos y prácticos que hacen que un futuro narrativo de la medicina y el sistema sanitario sea cada vez más tangible (Hurwitz & Charon, 2013).

Con el sostén del pensamiento y las teorías de estos dos autores, pero también de otros muchos a los que se dio voz en este trabajo de tesis, procedemos ahora hacer la construcción de un modelo conceptual provisional sobre las contribuciones de la medicina narrativa y las humanidades médicas a la educación médica, asistiéndonos además de lo encontrado en el estudio a profundidad de los casos de la FM-PUCE y de la CM-PUJ Cali. Necesariamente debemos hacer la separación de los casos puesto que el caso de la CM-PUJ Cali nos ofrece una información inmejorable con respecto a la medicina narrativa. A causa de esta separación, dejaremos el caso de la FM-PUCE como un aporte complementario que, sin embargo, pueda terminar siendo definitivo.

Tanto Bleakley como Charon, ambos autores provenientes de ambientes interdisciplinarios, de las humanidades médicas y de la medicina narrativa correspondientemente, piensan la medicina y la educación médica con dictámenes estéticos. Esto es natural en cuanto Charon, por ejemplo, que consta como la iniciadora de la medicina narrativa, proviene de la literatura académica, la que también suele intrincarse con aquella que es arte. Por su parte Bleakley (2015), entre tantas otras facetas poeta, es explícito en plantear toda una meta teoría estética de la medicina y la educación médica.

Estas aclaraciones eran pertinentes en el sentido de que nuestro intento explicativo de las contribuciones de las humanidades médicas y de la medicina narrativa a la educación médica sigue este lenguaje estético, o más bien de lo sensible, en apego casi total a la teoría de la distribución de lo sensible en la medicina planteada por Bleakley y expuesta en la revisión teórica. Del mismo modo, la teoría de la medicina narrativa, que incluye los tres movimientos de la atención-representación-afiliación (Charon, 2006) como un conjunto conceptual que se aleja un poco de la estética pero que también la contiene, nos permite elaborar un análisis más adecuado del caso de la CM-PUJ Cali, por ser este el que propiamente se corresponde con la medicina narrativa.

En primer lugar, quisiéramos hacer una aclaración pertinente sobre nuestro ensayo de construcción de un nuevo conocimiento para la educación médica, conocimiento que

pueda derivarse de esta investigación. Esto es menester porque se podría caer en la tentación de pensarse que lo que aquí afirmamos es producto exclusivo de una construcción *a priori* de ideas con relación a las teorías estudiadas de la medicina narrativa y las humanidades médicas. Nada más lejos de la realidad, pues, como toda investigación empírica, este trabajo se fundamentó metodológicamente en unas experiencias educativas concretas para generar dicho conocimiento. Por tanto, a pesar de no presentar datos cuantitativos, cifras, y un análisis estadístico sino un conjunto de narrativas y de horizontes hermenéuticos, el conocimiento que vamos a tratar de generar es una construcción *a posteriori*. De esto no hay duda.

Ahora bien, quizá también habría que elucidar otro aspecto conflictivo que podría provocar algún tipo de confusión. Nos referimos a que, al intentar hacer una lectura del caso de la CM-PUJ Cali desde estas dos teorías, siendo que las mismas se corresponden a sus campos de estudio, especialmente la medicina narrativa, no podemos ignorar la superposición y la probable redundancia conceptual. Mejor dicho, si nuestra intención es elaborar un marco conceptual sobre las contribuciones de la medicina narrativa a la educación médica en base al análisis de un caso que no es más que una propuesta curricular concreta de un programa de medicina narrativa, y utilizando la teoría proveniente de ese mismo campo a la cual se adscribe dicha propuesta curricular, no tendría sentido repetir lo que la teoría ya figura, puesto que sería volver en una tautología sin fin. Esto sucede debido a que la teoría y el caso aparentarían decir lo mismo sobre la medicina narrativa. No sería prudente entonces hablar de la medicina narrativa en la educación médica como si fuera distinto el caso al campo de estudio.

Sin embargo, esta no es nuestra situación, no sólo porque el programa de medicina narrativa de la CM-PUJ Cali es una construcción práctica más que teórica, anclada en la experiencia más que en la aplicación estricta de una teoría, sino porque la experiencia práctica que han venido desarrollando en Cali no tiene un verdadero sustento teórico que se corresponda exactamente al marco elaborado por Charon.

Para mejor entender, la propuesta curricular de la medicina narrativa en la CM-PUJ Cali, que indudablemente tiene ciertos presupuestos teóricos y paradigmáticos como un nivel de abstracción necesario para cualquier acción educativa, no comparte del todo el entramado conceptual y teórico de la medicina narrativa tal y como se lo ha desarrollado en la Universidad de Columbia (Charon, 2006). Esto no quiere decir tampoco que no

exista ningún tipo de relación entre estas dos instituciones y sus elaboraciones de la medicina narrativa. De hecho, que el programa de Cali haya adquirido para su denominación el nombre de medicina narrativa significa que, como muchas otras iniciativas a nivel mundial (Charon, 2013), ha querido dar entender su apego a este campo relativamente reciente, pero sin una adopción completa de su cuerpo teórico-conceptual, o al menos no se ha podido demostrar lo contrario en esta investigación. Aunque, por otro lado, en las entrevistas y en la revisión de algunos artículos de la revista *Medicina Narrativa* se pudo constatar la influencia del programa fundacional de Rita Charon de la Universidad de Columbia en el programa de medicina narrativa de Cali.

En todo caso, a pesar del temor a la sobre identificación que resultó ser infundado, la no correspondencia es la que efectivamente se da en la realidad. Esto podría tener una repercusión positiva para nuestros objetivos de desarrollar y complementar la teoría de la medicina narrativa y sus contribuciones a la educación médica. Esta afirmación puede ser cierta siempre y cuando los resultados construidos en esta investigación sean representados adecuadamente, siendo fieles a las ricas experiencias de las cuales proceden. Por mi parte, creo que los docentes y estudiantes de la CM-PUJ Cali no se encontrarán decepcionados de los conceptos que se puedan verter con respecto a su experiencia en este intento de generación teórica, no tanto por la experticia de quien está encargado de esta tarea, en este caso yo mismo, sino porque los conceptos construidos no son producto de la inducción de elementos aislados; lo son, en cambio, de una elaboración que no era sino de ser recogida y reconstruida mediante un diálogo socrático, tal como efectivamente sucedió.

Pero antes de abordar los elementos novedosos que el análisis de este caso trae consigo, sería bueno determinar qué ideas son comunes y cuáles se refuerzan con relación a la medicina narrativa y la educación médica entre el caso de la CM-PUJ Cali y la Universidad de Columbia.

En esta investigación hemos encontrado que, si bien no hay consenso en el nivel teórico, más que nada por la falta de una elaboración teórica previa al trabajo de esta tesis por parte de grupo de Cali, si existe un acuerdo en el nivel metodológico. Esta concordancia metodológica entre los diferentes contextos se debe más que nada a la asunción de este grupo de Cali de que los métodos de lectura y escritura son

constitutivos de lo que se entiende por medicina narrativa. En efecto, Charon (2006) prioriza lo que ella concibe como los actos de lectura y escritura en su modelo de la medicina narrativa. Además, dichos actos son conceptualizadas en sí mismos por Charon, quien no deja mucho al azar al describir cómo deben ser utilizados estos métodos específicos en la formación clínica, a saber: lectura atenta (*close reading*) y la escritura reflexiva/creativa (Charon, 2006).

Por el contrario, en la medicina narrativa desarrollada en la Cali, estos dos métodos son llevados a cabo y son aplicados con más libertad. La escritura creativa, por ejemplo, coincide con la representación del modelo tripartito de Charon (2006), pues la capacidad creativa y de representación de las experiencias es un medio por el cual los estudiantes recurren a la imaginación, la memoria y las sensaciones, permitiéndoles un desarrollo humano y estético. No obstante, como Charon mismo advierte, la representación sólo es posible si antes se da la atención, esa presencia y esa receptividad indispensables para el encuentro, y que en los escenarios clínicos se traduce como una escucha atenta (Charon, 2006).

El interés que tienen los docentes de medicina narrativa en la CM-PUJ Cali por que los estudiantes aprendan a oír y escuchar narraciones, pero que también sepan narrar historias adecuadamente, está en consonancia con la espiral atención-representación del modelo propuesto por Charon. En el caso estudiado de Cali, se denominó a este dúo como escucha atenta-perspicacia narrativa, dos conceptos equivalentes que funcionan como contribuciones de la medicina narrativa a la educación médica.

Finalmente, el movimiento de afiliación, culmen de todos los esfuerzos de la medicina narrativa de acuerdo con Charon (2006), no se consigue claramente en la carrera de CM-PUJ Cali. De algún modo u otro, esto sucede debido a que las metas de la afiliación tal cómo las plantea Charon (2015), como la creación de una relación médico-paciente de confianza, una colaboración y una colegialidad con el equipo de salud, y una alianza con el público en general, parecen ser demasiado ambiciosas. La propia Charon (2015) advierte que estas variables sólo son hipotéticas y que deben ser corroboradas con más investigaciones a futuro. Por tanto, con nuestra investigación no podemos adelantar que la formación en medicina narrativa obtenga estos beneficios para la práctica clínica y para la salud pública, afirmar algo así resulta demasiado riesgoso.

Pero las contribuciones de la medicina narrativa a la educación médica estudiadas en este caso sí que consiguen algunos beneficios en la relación médico-paciente y para la práctica clínica. El principal, y que tiene mayor relevancia para los que optan por una postura pragmática, es la asistencia que las narrativas pueden ofrecer al diagnóstico clínico. Mediante la abducción, que posee características de una lógica narrativa, se puede mejorar el diagnóstico, convirtiendo a los estudiantes en hábiles detectives. Esto en relación a los juicios abductivos presentes en las historias de detectives que hacen parte del entrenamiento en medicina narrativa (Schleifer & Vannatta, 2013). En suma, la abducción es una lógica especial que amplía los marcos lógicos de la inducción-deducción, lógica que además es propia del método diagnóstico clínico, he aquí su valor.

El ejercicio narrativo también es de una riqueza incalculable en algunos aspectos ligados con la relación médico-paciente. Varios teóricos de fuera de la medicina como Martha Nussbaum (2005) han abogado por promover la *imaginación narrativa* por medio de la lectura de obras literarias como las novelas realistas. Según esta filósofa contemporánea, la literatura posee un grado de singularidad único de las vidas y experiencias de los personajes de ficción que permiten al lector ponerse en el lugar de ese otro, comprender esas otras perspectivas. En última instancia, la lectura de novelas ayudaría a desarrollar la compasión y la empatía en el lector.

En consonancia con este argumento, lo encontrado en el caso de la Cali, y que también sugiere Charon (2006), es que una de las principales funciones de la medicina narrativa es justamente permitir el acceso imaginario, a través de la lectura-escritura, a los mundos ajenos y, especialmente, en el caso de la medicina y su práctica, al mundo de los pacientes. En consecuencia, uno de los mayores aportes de la medicina narrativa a la educación médica es desarrollar en los estudiantes la capacidad empática necesaria para una buena relación médico-paciente.

No obstante, favorecer la empatía puede ser una tarea complicada. Para explicar esto quisiéramos volver y retomar algunos puntos, así como algunas teorías dejadas temporalmente a un lado como la Bleakley (2015) sobre la distribución de lo sensible en la medicina y la educación médica. De acuerdo con este autor, existe un régimen estético en la educación médica, lo que es lo mismo a decir que existe un régimen sensible. Este régimen se erige por medio de una distribución injusta de las

sensibilidades a costa de sacrificar la de los estudiantes, tanto aquellas relacionadas con lo sensorial-perceptual como con la moral. Todo esto produce y reproduce, gracias a una estructura institucional jerárquica y autoritaria, condiciones que favorecen la insensibilidad y la disminución de la empatía en los estudiantes de medicina (Bleakley A. , 2015) (Neumann, y otros, 2011).

Frente a esta realidad, y desde el punto de vista de Bleakley (2015), las humanidades y la medicina narrativa son formas concretas de re-sensibilizar (en el amplio sentido de la palabra) a los estudiantes. Por tanto, si trasladamos esta teoría de la distribución de lo sensible al caso de la CM-PUJ Cali, si bien no se puede confirmar el régimen estético, quedando por tanto asumido, sí podemos constatar que el argumento sensibilizador está extendido y es esgrimido con firmeza por los impulsores de la medicina narrativa en este centro de estudios.

Este argumento sensibilizador puede adquirir dos sentidos, por un lado, el relacionado con el resarcimiento de la insensibilidad producida por la educación médica que inevitablemente favorece la empatía, y por otro, el de vigorizar la dimensión estética-sensible del aprendizaje. Con referencia a este último se podría decir que efectivamente en la CM-PUJ Cali se está dando una estetización de los estudiantes, un denotado interés por recuperar la estética en el currículo como experiencia sensible y como elemento sustancial de su propuesta educativa.

El otro eslabón que logra encarar el grupo de medicina narrativa de Cali es la tensión estructurante propuesta por Bonet (1999). O más claro, lo que han logrado es ponerla en evidencia. Para recordar, la tensión estructurante se define como aquella por la cual “los sujetos quedan colocados en una posición dividida entre lo que deben “hacer” para *saber* y lo que *sienten* al “hacer” (Bonet, 1999, pág. 125). Esta dicotomía entre el saber y el sentir impregna todos los aspectos del conocimiento y la práctica de la medicina, y es traída a colación siempre que se contraponen el lado “científico” con el lado “humano” de esta profesión. Saber y sentir, como en todo acto humano unificado, es en los estudiantes de medicina una tensión necesaria.

En el caso de la CM-PUJ Cali, no es que se haya reducido o aumentado dicha tensión con el uso de la medicina narrativa, ya que el aumento de la misma sucede normalmente con las vicisitudes de la cotidianidad de la práctica clínica, tal como lo demostró Bonet

(1999); especialmente cuando se encaran situaciones límite como la muerte. Esta tensión tampoco puede disminuirse en el sentido de que es “estructural”, y sostiene, según la afirmación del propio Bonet, a los estudiantes, los forma y les da forma; por lo que disminuirla significaría desestructurar a los estudiantes de medicina. Tratar de disminuir esta tensión, como se pretende con el argumento sensibilizador, disminuyendo a su vez el contenido de ciencias básicas y de instrucción clínica en la formación, está tan equivocado como lo contrario, el pretender reforzar estos elementos técnicos ignorando los contenidos humanísticos para así evitarse confrontar las complejidades propiamente humanas del ejercicio médico.

Como bien lo señalábamos, lo que el equipo de medicina narrativa de Cali ha logrado hacer con la tensión estructurante es sobre todo evidenciarla, pero también ha logrado un aspecto añadido. Éste tiene que ver con la otra característica que Bonet concede a la tensión estructurante, su capacidad de hacer “padecer” a los estudiantes de medicina, un *phatos* ineludible para convertirse en médico que muchas veces es pasado por alto. Esto indefectiblemente involucra una idea de pasividad que no se suele reconocer en su justa medida en los procesos de enseñanza-aprendizaje, pero que en la medicina y la educación médica es evidente frente al arrebatamiento de las situaciones límite.

De nuevo, lo que el equipo de medicina narrativa de Cali consigue no es disminuir algún tipo de padecimiento que están condenados a “sufrir” los estudiantes; a pesar de la franca intención de convertir la escritura en herramienta de catarsis, que efectivamente podría funcionar como una forma de disminuir la tensión psíquica. Lo que logran es que la medicina narrativa sea ese espacio a través del cual la pasión de convertirse en médicos se comunica, el ser afectados por las experiencias derivadas de la formación se revele; y se afecte, asimismo, con su retórica, el juicio de los que presencian esta transformación, el público que ya no podrá permanecer impassible. Esta formación patética-sensible es la que la medicina narrativa en CM-PUJ Cali favorece, yendo en contra de la corriente que insensibiliza y provoca la disminución de la empatía en los estudiantes de medicina (Neumann, et al., 2011) (Bleakley A., 2015).

Por último, quisiéramos ubicar a la medicina narrativa de la CM-PUJ Cali en un marco más amplio. Según la visión de Bleakley (2015), la medicina narrativa es algo deseable pero no suficiente para la transformación de la medicina. En parte porque este autor amplía la noción de sensibilidad hacia otros horizontes de la estética y la política. Para

él, la medicina narrativa hace parte de la redistribución de lo sensible en la educación médica y de la democratización de la medicina (Bleakley A., 2015). Por lo tanto, lo que realizan en Cali puede ser visto como una postura estética y política que en algo logra una representación más democrática de los estudiantes.

Así también, la medicina narrativa de la CM-PUJ Cali puede ser encasillada dentro de la clasificación que proponen ciertos expertos italianos (Giarelli, Marsico, & Taruscio, 2015). De acuerdo con lo examinado, en este centro de estudios prima el enfoque terapéutico y el humanista-narratológico, siendo los otros que no se desarrollan el enfoque hermenéutico-fenomenológico y el socio-antropológico. La clara pertenencia de la CM-PUJ Cali al enfoque terapéutico, pero adaptado a fines pedagógicos, es indiscutible, puesto que existe un interés declarado por buscar vías para la catarsis y el desfogue emocional. Esta ha sido una prioridad desde la creación de la propuesta curricular de la medicina narrativa en esta carrera de medicina.

Como un punto por aclarar, esta dimensión terapéutica que se ensaya con los estudiantes en la CM-PUJ Cali no pretende "patologizar" la experiencia ni tampoco se aplica, estrictamente hablando, como una psicoterapia. La adscripción a este enfoque terapéutico de la medicina narrativa no se refiere al modelo psicoterapéutico dirigido a los pacientes que representa la Terapia Narrativa y que recogen los expertos italianos (Giarelli, Marsico, & Taruscio, 2015), sino que se sugiere como una forma de utilizar la escritura como expresión catártica, la medicina narrativa como una terapia formativa de las emociones con beneficio para estudiantes y su entorno, incluidos los pacientes. Una auténtica educación emocional, interior y sentimental.

La correlación entre el caso de la CM-PUJ Cali y lo que puede tomarse por el enfoque humanista-narratológico de la medicina narrativa ya ha sido examinado en párrafos anteriores, especialmente el aspecto de la narratividad y su entusiasmo por la literatura, por lo que no se hará mayor apología de estos nexos. Solamente mencionar que en esta carrera es fuerte el sentimiento de pertenencia a una larga tradición humanista, una vocación humanística heredada de los centros de estudio superior pertenecientes a la Compañía de Jesús que imprimen un modo particular de educación relacionada en América Latina con las artes liberales (Nussbaum, 2015).

En el caso caleño de la CM-PUJ Cali, aparte de preciarse como humanistas que buscan una formación humanística de los médicos que se forman en sus aulas, tienen inscrito en su proyecto institucional el valerse de las humanidades para lograr la deseada formación integral. Esta interrelación humanismo-humanidades en el contexto de la educación médica es precisa para que se puedan dar iniciativas como la medicina narrativa. La humanización de la medicina como meta última de todo empeño formativo, que en la actualidad se dispone como una necesidad urgente, es también prioridad de la medicina narrativa. A esto apunta tanto Charon (2006) como el equipo de la CM-PUJ Cali, y esta puede ser la contribución más significativa de este campo a la educación médica, humanizar la formación y re-humanizar la práctica clínica

Una vez saturado el caso de la CM-PUJ Cali es hora de volver la mirada hacia el caso de la FM-PUCE, sólo para indicar que, tal como se pudo constatar en las entrevistas realizadas a los docentes, esta facultad está comenzando a transitar los parajes de la medicina narrativa, especialmente en una interface con la comunicación. Está por verse que enfoques va desarrollar, pero por lo pronto se puede intuir que de seguro echará mano del enfoque humanista-narratológico.

Existe además otro hecho que puede sugerir un posicionamiento de la FM-PUCE frente a la medicina narrativa, nos referimos a que, en vista de que esta facultad tiene a la antropología como una disciplina con cierta participación en el currículo y en el plan de estudios, siendo asimismo que se han indagado posibilidades de alcanzar una competencia cultural en los estudiantes, la medicina narrativa puede valerse de estos antecedentes para desarrollar el enfoque socio-antropológico. De este modo se pueden explorar formas colectivas de los fenómenos salud-enfermedad desde las narrativas de la enfermedad, relatos *illness* y menta-narrativas de contenido socio-político e histórico-cultural. Las posibilidades son inmensas, pero queda pendiente averiguar cómo la antropología y la medicina narrativa pueden contribuir conjuntamente a la educación médica.

El caso de la FM-PUCE es paradigmático en el sentido de que, tal como se encontró en los resultados, aborda el fenómeno de la medicina desde las categorías culturales. Y esto es supremamente revelador si se acepta las tesis de que la medicina es en sí misma un sistema cultural (Kleinman, 1978). Para autores como Bleakley (2015), las identidades y las prácticas de los médicos están determinadas y son moldeadas por dos culturas

distintas pero interconectadas: la cultural clínica de la atención sanitaria y la cultura pedagógica de la educación médica. Que las culturas sean clínica y pedagógica significa que se posicionan en entornos asistenciales y educativos, quedando definido el espacio de la cultura de los estudiantes en estos dos ambientes. Pero que sea un sistema cultural también significa que está en interacción con otros sistemas culturales, por lo que el etnocentrismo es un peligro latente. La diversidad cultural en este sentido exige de una sensibilidad y de una competencia (multi) cultural por parte de los estudiantes de medicina. Esta es una contribución sobreañadida de la formación antropológica a la educación médica, antropología médica como una de las disciplinas de las así llamadas humanidades médicas.

Como punto final nos gustaría presentar un modelo conceptual de nuestra propia elaboración que sintetiza las contribuciones de las humanidades médicas y la medicina narrativa a la educación médica (Fig.7). Los conceptos que constan en dicho modelo se han presentado y profundizado a lo largo de esta tesis, por lo que se espera que se entienda la disposición que toman y las interrelaciones conceptuales que se puedan destacar. Como puede observarse, el modelo no sigue un orden jerárquico ni pretende permanecer cerrado, se trata de un sistema abierto que no enfatiza dualidades, sino que se dispone como de orden tripartito. Además, su intención no es ser un modelo explicativo sino comprensivo, es por esto que se concibe como un espirar hermenéutico donde cada concepto tiene múltiples relaciones. El modelo también se aventura como ecológico y complejo (Morin E. , 1997).

Asimismo, en este modelo hemos querido rescatar un trabajo que no ha sido mencionado todavía en esta discusión, un modelo conceptual derivado de una investigación cualitativa que evaluó el programa de medicina narrativa en la Universidad de Columbia (Mille, Balmer, Herma, Graham, & Charon, 2014). Este trabajo, muy parecido al nuestro, de la misma manera sugiere un modelo tripartito que tomamos prestado. En él se destacan dimensiones cognitivas, sensoriales e interiores del aprendizaje que son propiciadas por la medicina narrativa y las humanidades médicas.

Para finalizar, todo el modelo que aquí presentamos está envuelto en el sistema cultural de la medicina, esto expresa la pertenencia de los estudiantes a una comunidad y a un campo profesional que contiene sus capitales y su *habitus* (Petracca, 2013). Como lo señala Bleakely (2015), la construcción de las identidades y las prácticas de los médicos

se enmarca en dos culturas interrelacionadas, la cultura clínica de la atención y la cultura pedagógica de la educación médica. Nuestro modelo está, pues, franqueado por estas dos culturas. Así también, no hay que olvidar que se instaura un régimen estético-sensible que también es propuesto por Bleakley. La tensión estructurante de Bonet (1999) es la última dimensión estructural que completa el modelo.

Esperamos que este modelo sea lo suficiente ilustrativo como para descubrir las contribuciones de la medicina narrativa y las humanidades médicas a la educación médica, nuestra intención inicial y con la cual cerramos este análisis e interpretación de resultados.

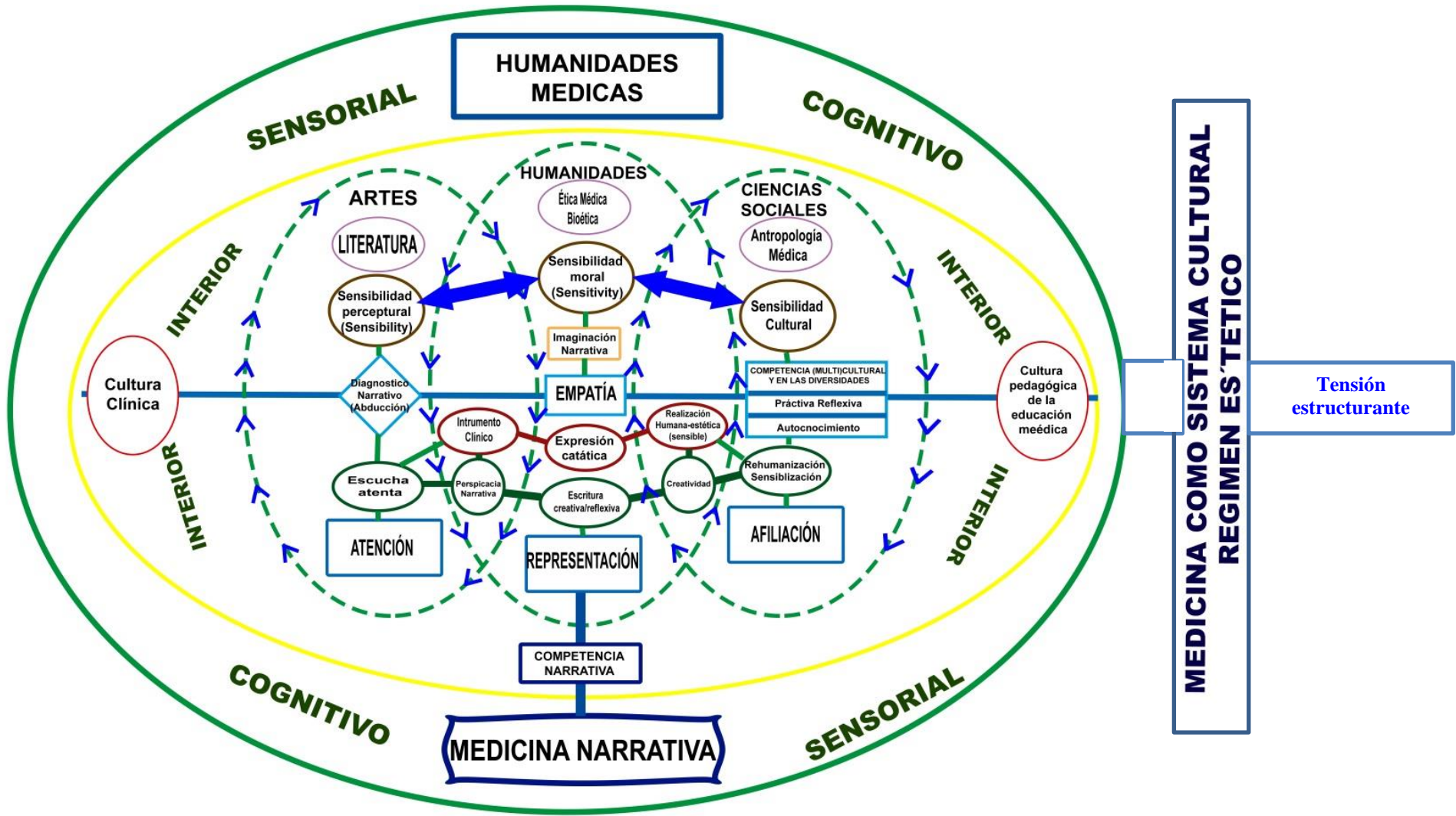


Figura 7. Modelo conceptual de las contribuciones de las humanidades médicas y la medicina narrativa a la educación médica.

Fuente: elaboración propia.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Advertencias finales

Antes que nada, me gustaría contradecir la idea de que un estudio concienzudo, una investigación metodológicamente bien llevada, un trabajo de campo impecable, que todos estos empeños del que pretende saber, conocer, develar hasta lo más íntimo de aquello a lo que ha venido atendiendo, en realidad puede llegar a buen puerto, a unas cuantas conclusiones. Probablemente esté diciendo algo obvio, una consecuencia lógica de terminar el viaje de la investigación "científica".

Expreso mi deseo de contradecir esta seguridad en los que se dedican a la investigación esperando evitar malentendidos, esperando al mismo tiempo que no se vea un fatalismo en lo que digo, porque lo que en verdad quiero es buscar una paradoja, una aporía. En ningún momento he dicho que no se pueda concluir una vez investigado algún tema, o que se deba negar las últimas instancias a la labor investigativa, lo que quiero decir es que las ideas concluyentes, como un sistema cerrado, no son posibles cuando se han abierto una multitud de posibilidades de todas las órdenes, tanto teóricas, como metodológicas y porque no de orden práctico, de una posibilidad de acción transformadora.

Si bien desde el principio de la investigación se intenta delimitar el tema, el problema, los objetivos a unas instancias bordeadas por nociones y conceptos base, así como por espacios y tiempos, lo que realmente sucede es que no se pueden establecer límites totales en todos los casos. Lo que sí se puede hacer es tratar de buscar una coherencia y una reducción que pueda ayudar al ordenamiento de las ideas y a su presentación de forma clara. De esto último puede deducirse que un planteamiento múltiple y desde múltiples frentes trae complicaciones, pero también complejidades. En este trabajo se ha planteado una multitud de problemas que quieran o no están relacionados con las humanidades médicas y la medicina narrativa. De alguna forma u otra, estos campos de

estudio que intervienen en la educación médica han complejizado el de lenguaje y las formas cómo son formados los estudiantes.

La revisión teórica, por demás pormenorizada, y el análisis de los dos casos han mostrado la complejidad intrínseca que subyace a cada teoría y a cada uno de los casos, lo que desmorona la idea de una saturación de datos y de un conocimiento exigido, un conocimiento que demanda conclusiones definitivas de un saber aparentemente completo. Esta ilusión de ninguna manera refleja la comprensión holística con la cual partían nuestras intenciones, meta loable pero imposible de cumplir mediante una investigación de estas características, o incluso con cualquier otro tipo de investigación.

Por este motivo, considero que las ideas que siguen no pueden tomarse como reflexiones finales y definitivas, como conclusiones cerradas que no ameritan el menor análisis crítico. Tal vez sea más adecuado decir que las siguientes sentencias son no conclusivas.

2. Algunas ideas no conclusivas

En el presente trabajo de investigación comenzábamos preguntándonos ¿cómo pueden contribuir la medicina narrativa y las humanidades médicas a la educación médica?, cuestionamiento ambicioso que parecía demasiado extenso como para ser abordado en un trabajo de tesis, no sólo por la extensión y heterogeneidad de los dos campos, en algo relacionados, pero desarrollados por separado, sino porque, si bien de las humanidades médicas surgió el germen de lo que posteriormente sería la medicina narrativa, esto no quiere decir que se trate de identidades semejantes, o de construcciones teóricas y prácticas equivalentes.

En los capítulos del marco teórico se pudo hacer una revisión bibliográfica extensa, que incluyó un análisis genealógico e histórico de los dos campos de estudio, evidenciando de esta forma la enorme expansión teórico-práctica y también geográfica que han tenido, y cómo han mantenido el compromiso de transformar la medicina y la educación médica. Por cierto, la educación médica también resultó ser un campo en extremo complejo por su hibridez.

Además, la pregunta de investigación sugería que para responderla había que decantarse mejor por una investigación de tipo teórica, de revisión de teorías y marcos conceptuales, para describirlos, analizarlos, criticarlos, compararlos y, si se quiere, desarrollarlos.

Esto hubiera sido difícil, pero en todo caso más sencillo que tratar de examinar esas teorías y conceptos en una investigación de tipo empírica. La magnitud de la pregunta no admitía tampoco que se adoptaran enfoques metodológicos cuantitativos con diseños cuasi-experimentales, por lo que optamos por enfoques cualitativos, específicamente por el método de estudio de caso como el más idóneo para nuestros objetivos.

El estudio de los casos, el de la FM-PUCE y el de la CM-PUJ Cali, permitió una indagación profunda de algunas cuestiones relacionadas con las humanidades médicas y la medicina narrativa, especialmente sobre las contribuciones de estos campos en los procesos de enseñanza-aprendizaje de las dos instituciones. La adecuación de esta metodología de estudio de caso permitió además concluir que no existe mejor forma de explorar contextos educativos tan distintos, tan complejos por su singularidad, puesto que responden a un pasado y a unas condiciones históricas únicas. Pienso que he dicho muy poco en comparación de todo lo que era posible decir a propósito de cada uno de estos casos.

La rutina metodológica representó incomodidades restrictivas, en el sentido de que seguir unos pasos determinados para explorar la realidad se aventuraba como algo nada emocionante. Por ese motivo preferimos construir la realidad en diálogo y colaboración, con una creatividad en el uso de los métodos. Las experiencias prácticas, vitales y existenciales de los docentes y los alumnos, así como del propio investigador, todas exploradas en clave hermenéutica, permitieron responder al objetivo de la investigación de comprender las contribuciones de las humanidades médicas y la medicina narrativa a la educación médica. La comprensión de los casos de la FM-PUCE y la CM-PUJ Cali condujo a su vez una (auto) comprensión de estas posibles contribuciones que, junto con la revisión teórica, sustentó la construcción de un modelo conceptual consistente (Ver Fig.7).

El caso de la CM-PUJ Cali se dibujaba como atractivo para los fines de esta investigación, ya que representaba los aportes potenciales a la educación médica de un grupo de docentes que ha apostado por una formación humanista, tomando como

referente al movimiento de la medicina narrativa del mundo anglosajón. Eso sí, todo lo que se pudo extraer de la experiencia formativa de este caso se debe principalmente al compromiso de este grupo de docentes digno de ser imitado. Ellos, con el auspicio de la facultad a la cual pertenecen, han venido construyendo una experiencia pedagógica conjunta que puede considerarse modelo de formación, claro que aún en construcción, y con algunos asuntos pendientes para establecerse definitivamente como tal.

Del caso de la CM-PUJ Cali, que representa a la medicina narrativa en este trabajo, se puede concluir que la gran importancia otorgada las humanidades en el proyecto educativo institucional, permitió el advenimiento de iniciativas interdisciplinarias que finalmente dieron paso, en este contexto particular, a la creación de la revista de Medicina Narrativa y posteriormente a la asignatura de este mismo nombre. Por tanto, la conclusión a la que podemos llegar es que iniciativas como esta de la medicina narrativa en la CM-PUJ Cali sólo son posibles dentro de un marco que favorezca el diálogo y la colaboración interdisciplinaria y multiprofesional.

De la comprensión de su actividad y sus experiencias, así como de los procesos de enseñanza- aprendizaje que llevan a cabo, hemos descubierto que las contribuciones de la medicina narrativa a la educación médica se pueden dividir en tres facetas: la medicina narrativa como instrumento clínico, la medicina narrativa como expresión catártica y la medicina narrativa como realización humana-estética (sensible). Dentro del componente clínico, el quipo argumenta que la medicina narrativa puede ser útil para entrenar el juicio abductivo y narrativo, y para disponer a la escucha atenta.

Además, en la relación médico-paciente, la medicina narrativa puede ayudar a generar perspicacia narrativa, ejercitar la imaginación narrativa y predisponer para la empatía, todo lo que indudablemente mejora esta relación. Por otro lado, dentro del componente de la catarsis, lo que este grupo ha comprendido es que es posible recurrir a la escritura como un medio para la expresión de conflictos no resueltos que se pudieran generar por las experiencias difíciles que tienen que confrontar los estudiantes de medicina. Finalmente, y como síntesis de todo lo anterior, el grupo concibe a la medicina narrativa como realización humana-estética (sensible), un vehículo potencial para desarrollar la creatividad, prevenir la insensibilidad en los estudiantes y re-humanizar la práctica clínica.

Por su parte, del caso de la FM-PUCE se puede concluir que su énfasis por buscar un modelo bio-psico-social de la salud y la enfermedad; que en el currículo se plasma como un eje programático Psico-social, y en el plan de estudios con asignaturas que pueden ser parte de las humanidades médicas, pero que corresponden específicamente a las ciencias sociales como la Antropología Médica y la Antropología Social, ha posibilitado una comprensión distinta de las contribuciones de estas disciplinas a la educación médica.

El principal aporte que se ha develado del estudio de caso de la FM-PUCE, ha sido el revelar a la medicina como sistema cultural, haciendo que las nociones de cultura se reflejen en la misma profesión, o lo que es lo mismo, que los estudiantes comprendan su cultura profesional como un grupo de valores, normas y comportamientos que determinan sus prácticas. También ha sido indispensable revelar el etnocentrismo implícito en toda relación cultural, incluida la relación cultura médica - cultura otra, puesto que este es un peligro latente en la atención clínica.

Por tanto, para esta facultad ha sido indispensable reformular la noción de “cultura” por una más acorde a la “construcción” (multi) cultural que tome en cuenta la diversidad y que responda a la multi-complejidad del mundo actual en donde se desenvuelve práctica de la medicina. Todo esto se puede resumir en que la demanda que hace la FM-PUCE, en sus componentes curriculares dispuestos a este fin, de que los estudiantes desarrollen una sensibilidad cultural, una competencia o una capacidad (multi) cultural y en las diversidades.

También, en la FM-PUCE se detectan iniciativas potenciales por desarrollar la medicina narrativa, tanto en el enfoque humanista narratológico como el socio-antropológico. Esto ha sido posible gracias a un proceso de rediseño que busca responder a las intenciones originales con las que fue creada la facultad en mención.

3. Unas pequeñas recomendaciones

Se recomienda que tanto la FM-PUCE como la PUJ-Cali desarrollen propuestas curriculares que integren auténticamente a las humanidades médicas y a la medicina

narrativa. Es necesario que ambas instituciones elaboren un currículo integrado con relación a estos dos campos de estudio que asegure experiencias de aprendizaje significativas para que los estudiantes puedan formar una identidad de *connoisseurs* de la medicina, y ser *conteurs* y escuchadores de las historias de sus pacientes.

Se recomienda también que la FM-PUCE implemente un programa de medicina narrativa equiparable al de la CM-PUJ Cali, y que aproveche sus fortalezas como el método del ABP para aplicar un aprendizaje basado en casos narrativamente detallados. Se recomienda por último que la PUJ Cali desarrolle el enfoque socio-antropológico de la medicina narrativa.

Bibliografía

- Acuña, L. E. (2000). Don't Cry for Us Argentinians: Two Decades of Teaching Medical Humanities. *Med Humanities*, 26(2), 66-70.
- Acuña, L. E. (2003). Teaching Humanities at the National University of La Plata, Argentina. *Academic Medicine*, 78(10), 1024-1027.
- Aguilar Fleitas, B. (2014). Humanidades Médicas. Su vigencia para la práctica clínica. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 29, 169-172.
- Ahlzén, R. (2007). Medical humanities – arts and humanistic science. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10(4), 385-393.
- Aizpuru Cruces, M. (2008). La Persona como Eje Fundamental del Paradigma Humanista. *Acta Universitaria*, 18, 33-40.
- Alves Silva, S., Charon, R., & Wyer, P. (2011). The marriage of evidence and narrative: scientific nurturance within clinical practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 585-593.
- Arcos Palma, R. J. (2009). La estética y su dimensión política según Jacques Rancière. *Nómadas*(31), 139-155.
- Arévalo, E. (2016). *Distribución de horas por ejes*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, Quito.
- Atkinson, P. (2009). Illness Narratives Revisited: The Failure of Narrative Reductionism. *Sociological Research Online*, 14(5).
- Bachelard, G. (1976). *La formación del espíritu científico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Barrena, S. (2014). El Pragmatismo. *Factótum*, 12, 1-18.
- Basilio Loza, M. (2012). El currículo por competencias, un prototipo del enfoque técnico curricular. *Magma*(15).
- Becerra, G., & Castorina, J. (2016). Acerca de la noción de “marco epistémico” del constructivismo. Una comparación con la noción de “paradigma” de Kuhn. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad (CTS)*, 11(31), 9-28.
- Belling, C. (2010). Commentary: Sharper Instruments: On Defending the Humanities in Undergraduate Medical Education. *Academic Medicine*, 85(6), 938-940.
- Benini, S. (2013). *L'«educativo» in sanità: reti di complessità e orizzonti di possibilità*. Tesis doctorato de investigación en Pedagogía, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna.
- Bishop, J. P. (2008). Rejecting Medical Humanism: Medical Humanities and the Metaphysics of Medicine. *The Journal of Medical Humanities*, 15-25.
- Bleakley, A. (2005). Stories as data, data as stories: making sense of narrative inquiry in clinical education. *Medical Education*, 39, 534-540.

- Bleakley, A., Bligh, J., & Browne, J. (2011). *Medical Education for the Future. Identity, Power and Location*. Dordrecht: Springer.
- Bleakley, A. (2004). Doctors as Connoisseurs of Informational Images: Aesthetic and Ethical Self-forming through Medical Education. En J. Satterthwaite, E. Atkinson, W. Martin, & (eds.), *Educational Counter-Cultures: Confrontations, Images, Vision* (págs. 149–164.). London: Trentham.
- Bleakley, A. (2009). Curriculum as conversation. *Advances in Health Sciences Education*, 297–301.
- Bleakley, A. (2012). The curriculum is dead! Long live the curriculum! Designing an undergraduate medicine and surgery curriculum for the future. *Medical Teacher*, 34(7), 543-547.
- Bleakley, A. (2014). *The Heart of the Matter: Patient-Centred Medicine in Transition*. Dordrecht: Springer.
- Bleakley, A. (2015). *Medical Humanities and Medical Education. How the medical humanities can shape better doctors*. New York: Routledge.
- Bleakley, A. (en preparación). *Thinking with metaphors in medicine: Re-shaping clinical work*. Routledge.
- Bleakley, A., Marshall, R., & Broemer, R. (2006). Toward an Aesthetic Medicine: Developing a Core Medical Humanities Undergraduate Curriculum. *Journal of Medical Humanities*, 197-213.
- Bleakley, A., Marshall, R., & Bromer, R. (2006). Toward an Aesthetic Medicine: Developing a Core Medical Humanities Undergraduate Curriculum. *Journal of Medical Humanities*, 197-212. doi:DOI 10.1007/s10912-006-9018-5
- Bloom, B. S. (1990). *Taxonomía de los objetivos de la educación*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial: Ética de lo humano. Compasión por la tierra*. Madrid: Trotta.
- Bonet, O. (1999). Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. *Revista Saúde Coletiva*, 9(1), 123-150.
- Borrell Bentz, R. (2005). La Educación Médica en América Latina: Debates centrales sobre los paradigmas científicos y epistemológicos. En R. Madis Chiara, *Proceso de transformación curricular. Otro paradigma es posible*. (págs. 11-57). Rosario: UNR Editora.
- Borrell Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clinica (Barc)*, 119(5), 175-179.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Briceño, M. Á. (2005). Epistemología y medicina compleja. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 364-372.
- Brody, H. (2003). *Stories of Sickness* (Second ed.). New York: Oxford University Press.

- Brody, H. (2011). Defining the Medical Humanities: Three Conceptions and Three Narratives. *Journal of Medical Humanities*, 1-7.
- Bruner, J. (1998). *Realidad mental y mundos posibles : los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Barcelona: Gedisa.
- Builes Correa, M. (2012). Un concepto foucaultiano: estética de la existencia. *Unipluri/versidad*, 12(1), 64-72.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167-182.
- Cabrera Cruz, J. L., & et al. (2014). Contribución de la revista Humanidades Médicas al desarrollo de la publicación científica. *Humanidades Médicas* 2014;14(2):351-365, 14(2), 351-365.
- Canguilhem, G. (2009). *Estudios de Historia y de Filosofía de las Ciencias*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cárdenas González, A. (2011). Médica en formación. *Medicina Narrativa*, 1(2).
- Cardoso, M., Camargo Jr., K., & Llerena Jr., J. (2002). A epistemologia narrativa e o exercício clínico do diagnóstico. *Ciênc. saúde coletiva*, 7(3).
- Carrió, S., De Cunto, C., Cacchiarelli San Román, N., Usandivaras, I., Catsicaris, C., & Wahren, C. (2007). Medicina narrativa en Pediatría. Relatos acerca de un paciente. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 27(2), 67-70.
- Carrió, S. (2007). *Medicina Narrativa. Relaciones entre lenguaje, pensamiento y práctica profesional médica*. Tesis maestría en Psicología Cognitiva y Aprendizaje, FLACSO, Buenos Aires.
- Carrió, S., De Cunto, C., Cacchiarelli, N., Ceriani Cernadas, C., Catsicaris, C., & Usandivaras, I. (2008). Medicina narrativa en Pediatría: relato de una experiencia. *Archivos argentinos de pediatría*, 106 (2), 138-142.
- Carvajal, I. (2016). Las nuevas Humanidades y la Universidad. En *Filosofía Hoy* (págs. 9-33). Quito: Centro de Publicaciones PUCE.
- Cavarero, A. (2000). *Relating Narratives: Storytelling and Selfhood*. Nueva York: Routledge.
- Cavarero, A. (2016). *Inclinations: A Critique of Rectitude*. Stanford: Stanford University Press.
- Charon, R. (2010). Commentary: calculating the contributions of humanities to medical practice-motives, methods, and metrics. *Academic medicine*, 85(6), 935-937.
- Charon, R. (2000). Literature and Medicine: Origins and Destinies. *Academic Medicine*, 75(1), 23-27.
- Charon, R. (2001). Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*, 286(15), 1897-1902.
- Charon, R. (2004). Narrative and Medicine. *New England Journal of Medicine*, 862-864.
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press.

- Charon, R. (2007). What to do with stories. The sciences of narrative medicine. *Canadian Family Physician*, 53(8), 1265–1267.
- Charon, R. (2013). Narrative medicine in the international education of physicians. *Presse Med*, 3-5.
- Charon, R. (2015). *Narrative Medicine: the essential role of stories in medical education and communication*. (I. Fernandes, C. Beecher Martins, A. Reis, & Z. Sanches, Edits.) Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Charon, R., & Montello, M. (2002). *Stories Matter: The Role of Narrative in Medical Ethics*. New York: Routledge.
- Charon, R., Hermann, N., & Devlin, M. J. (2016). Close Reading and Creative Writing in Clinical Education: Teaching Attention, Representation, and Affiliation. *Academic Medicine*, 91(3), 345–350.
- Charon, R., Trautmann, J., Connelly, J. E., Hunsaker Hawkins, A., Montgomery Hunter, K., Jones, A. H., & ... Poirer, S. (1995). Literature and Medicine: Contributions to Clinical Practice. *Annals of Internal Medicine*, 22(8), 599-606.
- Charon, R., Wyer, P., & Group, T. N. (2008). Narrative evidence based medicine. *The Lancet*, 371(9609), 296-297.
- Chaves Cevallos, O. (1994). La Facultad experimental de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y el médico del siglo XXI. *Revista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*(58), 19-24.
- Chen, D. C., Kirshenbaum , D. S., Yan , J., Kirshenbaum , E., & Aseltine, R. H. (2012). Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Med Teach*, 34(4), 305-311.
- Climént Bonilla, J. (2011). *Formación por competencias : tesoro de términos, conceptos e instrumentos*. México : Trillas.
- Colás Bravo , M. (1998). Enfoques en la metodología cualitativa: Sus prácticas de investigación. En L. Buendía Eisman , M. P. Colás Bravo, & F. Hernández Pina, *Métodos de investigación en psicopedagogía* (Primera ed.). Madrid, España: McGraw-Hill.
- Comelles, J. (2012). ¿Mirar y escuchar? a modo de prólogo. En L. Mariano Juárez , & C. Cipriano Crespo, *Medicina y Narrativas. De la teoría a la práctica* (Primera ed., págs. 13-22). Alicante, España - Unión Europea: Círculo Rojo.
- Conde Caballero, D. (2012). De las narrativas y otras historias. Poder y exclusiones formativas en ciencias de la salud. En L. M. Juarez, & C. Cipriano Crespo (Edits.), *Medicina y Narrativas. De la teoría a la práctica* (Primera ed., págs. 119-141). Alicante, España - Unión Europea: Círculo Rojo.
- Conrad, P., & Bury, M. (1997). Anselm Strauss and the sociological study of chronic illness: a reflection and appreciation. *Sociology of Health & Illness*, 19(3), 373-376.
- Consejo Directivo del Comité Patrocinador. (1994). *Diseño de Planificación de la Facultad Experimental de Medicina*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.

- Constand, M., MacDermid, J., Dal Bello-Haas, V., & Law, M. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Services Research*, 14(271), 1-9.
- Cooke, M., Irby, D. M., & O'Brien, B. C. (2010). *Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Cortés Gallo, G. (2012). Ciencias humanistas en medicina. *Cirujano General* , 34(2), 120-123.
- Crawford , P., Brown, B., Tischler, V., & Baker , C. (2010). Health humanities: the future of medical humanities? *Mental Health Review Journal*, 15(3), 4-10.
- DasGupta , S., & Charon, R. (2006). Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. *Academic Medicine*, 79(4), 351-356.
- DasGupta, S., al, e., (Meyer, D., Calero-Breckheimer, A., Costley, A. W., & Guillen, S. (2006). Teaching Cultural Competency Through Narrative Medicine: Intersections of Classroom and Community. *Teaching and Learning in Medicine*, 18(1), 14-17.
- De Siqueira, J. E. (2012). Del estudio de casos a la narrativa en educación en Bioética. En S. Vidal (Ed.), *La Educación en Bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros* (págs. 53-68). Montevideo , Uruguay .
- Delaye Aguilar, M. (2013). *LAS HUMANIDADES MÉDICAS EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO*. Tesis de medicina, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MEXICO, TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO .
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2002). *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia* (Quinta ed.). Valencia: Pre-Textos.
- Derrida, J. (2002). *La Universidad sin condición* . Madrid: Trotta.
- Di Teodoro , M. (2012). *IL RUOLO DELLA NARRATIVE IN MEDICAL ETHICS, MEDICAL PRACTICE E MEDICAL EDUCATION. Elementi di ricerca*. Tesis doctoral , Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, Bolonia.
- Díaz Berenguer, Á., & et al. (2015). Humanidades Médicas en la Facultad de Medicina - UdelaR. *Archivos de Medicina Interna*, 1(37), 24-29.
- Díaz Cruz, L. (2010). Humanidades Médicas, una contribución a la formación de recursos humanos en Salud. *Humanidades Médicas*, 10(2).
- Dominguez, F. (s.f). Humanismo y Medicina. En s/a, *Bioética clínica*. Quito.
- Duarte Nunes, E. (1986). Las contribuciones de Juan Cesar García a las Ciencias Sociales en salud. *II JORNADAS DE A.P.S. - CONAMER — A.R.H.N.R.G.* (págs. 565-582). Rosario: Cuadernos Médicos Sociales N° 47.
- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, J. D., Zarconi, J., Pethel , L., & Missimi , S. (2008). *Narrative in Health Care: Healing Patients, Practitioners, Profession, and Community* . Oxford: Radcliffe Publishing.
- Epstein, R. M. (1999). Mindful Practice. *JAMA*, 282(9), 833-839 .

- Epstein, R., & Hundert, E. (2002). Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA*, 287(2), 226-235 .
- Evans, H. M., & Greaves, D. A. (2002). 'Medical humanities'—what's in a name? *Medical Humanities* , 28(1), 1-2.
- Feito, L. (2013). A narrative future for healthcare. Congreso sobre Medicina Narrativa y lanzamiento de la International. Network of Narrative Medicine. *Eidon*(40), 89-91.
- Fernandes, I., Beecher Martins, C., Reis, A., & Sanches, Z. (Edits.). (2015). *Creative Dialogues: Narrative and Medicine*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in United States and Canada: A report to The Carnegie Foundation for the advancement of teaching*. Boston: The Merrymount Press.
- Foucault, M. (1974). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Curso de Medicina Social*. Rio de Janeiro.
- Foucault, M. (1996). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (2011). *La hermenéutica del sujeto : Curso en el College de France (1981-1982)*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Fox, D. (1985). Who we are: The political origins of the medical humanities. *Theoretical Medicine*, 6(3), 327-341.
- Frank, A. (2013). *The Wounded Storyteller: illness, body, and ethics*. Chicago/London : The University of Chicago Press.
- Frankl, V. (2004). *El hombre en busca del sentido*. Ciudad de México: Herder.
- Freire , P. (1967). *Cambio*. Bogotá: Editorial América Latina.
- Gangemi, M., & Zanetto, F. (2009). Approccio narrativo e relazione di cura in pediatria. En G. AE, L. I, R. S, & T. D (Edits.), *Convegno. Medicina narrativa e malattie rare. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 26 giugno 2009. Atti* (págs. 40-49). Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- García García, J., González Martínez, J., Estrada Aguila, L., & Uriega González Plata, S. (2010). Educación médica basada en competencias. *Revista Médica del Hospital General de México*, 73(1), 57-69.
- García Márquez, G. (1998). *Cien Años de Soledad*. Medellín: Furugugu.
- García Rillo, A., & et al. (2013). Las humanidades médicas en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma Del Estado De México. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo* .
- Geisler, S. (2007). The Value of Narrative Ethics to Medicine. *The Journal of Physician Assistant Education*, 17(2), 54-57.
- Gentile, A. E., Luzi, I., Iacono, D., & Taruscio, D. (Edits.). (2010). 2° *Convegno nazionale. Medicina narrativa e malattie rare. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 16 luglio 2010. Riassunti*. Rome: Istituto Superiore di Sanità.

- Gentile, A. E., Luzi, I., Iacono, D., & Taruscio, D. (Edits.). (2011). *3° Convegno nazionale. Medicina narrativa e malattie rare. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 13 giugno 2011. Riassunti*. Rome: Istituto Superiore di Sanità.
- Giarelli, G. (2009). Evidence based medicine-narrative based medicine: l'integrazione possibile. En G. AE, L. I, R. S, & T. D (Edits.), *Convegno. Medicina narrativa e malattie rare. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 26 giugno 2009. Atti. Roma* (págs. 50-60). Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Giarelli, G., Marsico, G., & Taruscio, D. (2015). Relazioni degli esperti. *Conferenza di Consenso "Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative"*. Rome: I Quaderni di Medicina" de Il Sole24Ore Sanità (Allegato al N.7, 24 feb.-2mar.2015).
- Gimeno Sacristán, J. (2008). *Educar por competencias, ¿qué hay de nuevo?* Madrid: Morata.
- Goic, A., Florenzano, R., & Velasco, C. (1985). Análisis de la formación humanista y psicosocial en el pregrado de la Carrera de Medicina. *Eucación Médica en Chile*, 137-158.
- González Díaz, C., & Sánchez, L. (2003). El diseño curricular por competencias en la educación médica. *Educación médica superior*, 17(4).
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Bellaterra, Barcelona.
- Good, B., & Good, M. J. (1993). "Learning Medicine": The Constructing of Medical Knowledge at Harvard Medical School. En S. Lindenbaum, & M. Lock (Edits.), *Knowledge, power and practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life* (págs. 81-107). Los Angeles: University of California Press.
- Gordon, J. J., & Evans, H. M. (2010). Learning Medicine from the Humanities. En T. (. Swanwick, *Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice* (págs. 83-98). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Gracia, D. (2006). Contribución de las Humanidades Médicas a la formación del médico. *HUMANITAS. Humanidades Médicas (tema del mes on-line)*(1), 1-23.
- Grant, V. (2002). Making room for medical humanities. *Medical Humanities*, 45-48.
- Greenhalgh, T. (2006). *What Seems to be the Trouble?: Stories in Illness and Healthcare*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Greenhalgh, T., & Collard, A. (2003). *Narrative Based Healthcare: Sharing Stories - A Multiprofessional Workbook*. London: BJM Books.
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1998). *Narrative Based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books.
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1999). Why study narrative? *BJM*, 318, 48-50.
- Gross Albornoz, M., Crespo Burgos, A., & Villegas Silva, R. (2014). *Repensando la formación del médico generalista del nivel básico de atención en salud : enfoque de desarrollo de competencias culturales*. Quito: Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

- Grossman , E., & Cabral de Almeida Cardoso, M. (2006). As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(1), 6-14.
- Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403-407.
- Hamui Sutton, L. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Cuicuilco*(52), 51-70.
- Harris, I. (2003). What Does “The Discovery of Grounded Theory” Have to Say to Medical Education? *Advances in Health Sciences Education* , 49-61.
- Hawkins, A. H., Ballard, J. O., & Hufford, D. J. (2003). ‘Humanities Education at Pennsylvania State University College of Medicine, Hershey, Pennsylvania’. *Academic Medicine*, 78(10), 1001-1005.
- Hojat, M. (2012). *Empatía en el cuidado del paciente : antecedentes, desarrollo, medición y resultados*. México: El Manual Moderno.
- Hojat, M., Vergare , M. J., Maxwell , K., Brainard , G., Herrine , S. K., Isenberg , G. A., . . . Gonnella , J. S. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, 84(9), 1182-1191. doi:10.1097/ACM.0b013e3181b17e55
- Holleman, W. (1991). Death education in American medical schools: Tolstoy's challenge to Kubler-Ross. *Journal of Medical Humanities* , 12(1), 11-18.
- Holmgren, L., Fuks, A., Boudreau, D., & Sparks, T. (2011). Terminology and Praxis: Clarifying the Scope of Narrative in Medicine. *Literature and Medicine*, 29(2), 246-273.
- Huertas, R. (2001). Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. *Frenia*, 1(2), 7-33.
- Hunter, K. M. (1991). *Doctors' stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge* (First ed.). Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Hurwitz , B., Greenhalgh , T., & Skultans, V. (2004). *Narrative Research in Health and Illness*. London: BMJ Books.
- Hurwitz, B., & Charon, R. (2013). A narrative future for healthcare. *The Lancet*, 381(9881), 1886 - 1887.
- Hurwitz, B., & Dakin, P. (2009). Welcome Developments in UK Medical Humanities. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 102(3), 84-85.
- Hydén, L.-C. (1997). Illness narratives. *Sociology of Health & Illness* , 19(1), 48-69.
- Jaramillo Echeverri, L. (2006). *Investigación y subjetividad: La complementariedad como posibilidad para investigar en educación*. Tesis doctoral, Universidade Trás-Os-Montes e Alto Douro .
- Jaramillo Echeverri, L. (2006). Ser sujeto en la investigación: investigando desde nuestra subjetividad. *Revista Colombiana de Educación*(50), 104-108.

- Jones , A., & Carson , R. (2003). Medical Humanities at the University of Texas Medical Branch at Galveston. *Academic Medicine*, 1006-1009.
- Jones , E. M., & Tansey, E. M. (2015). *The Development of Narrative Practices in Medicine c.1960–c.2000* (Vol. 15). London. Queen Mary, University of London.: Wellcome Witnesses to Contemporary Medicine.
- Jones, A. H. (1997). Literature and medicine: narrative ethics. *The Lancet*, 349, 1243–46.
- Jones, A. H. (1997). Literature and medicine: narrative ethics. *The Lancet*, 349, 1243–46.
- Jones, A. H., & Carson, R. A. (2003). Medical Humanities at the University of Texas Medical Branch at Galveston. *Academic Medicine*, 78(10), 1006-1009.
- Jones, T., Wear, D., & Friedman, L. D. (2014). *Health Humanities Reade*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Juárez, L. M. (2012). Definiciones de “evidencia” entre signos y palabras. De la antropología médica a la medicina basada en narrativas. En L. M. Juárez, & C. Cipriano Crespo (Edits.), *Medicina y Narrativas. De la teoría a la práctica* (Primera ed., págs. 25-69). Almería, España - Unión Europea: Círculo Rojo.
- Juarez, M. L. (2012). Definiciones de “evidencia” entre signos y palabras. De la antropología médica a la medicina basada en narrativas. En L. Mariano Juarez, C. Cipriano Crespo, & J. Lirio Castro, *Medicina y Narrativas. De la teoría a la práctica*. (Primera ed., págs. 25-69). Alicante, España - Unión Europea: Círculo Rojo.
- Kalitzkus, V., & Matthiessen, P. (2009). Narrative-Based Medicine: Potential, Pitfalls, and Practice. *The Permanente Journal*, 13(1), 80-86.
- Kay , J. (1990). Traumatic de-idealisation and future of medicine. *JAMA*, 263, 572–573.
- Kirklin, D. (2003). The Centre for Medical Humanities, Royal Free and University College Medical School, London, England. *Academic Medicine*, 10(78), 1048-1053.
- Kleinman , A. (2011). The divides self, hidden values, and moral sensibility in medicine. *The Lancet*, 804-805.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, 12, 85-93.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. London: Basic Books.
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of cultural competency adn how to fix it. *PLoS Medicine*, III(10), 1673-1676.
- Kottow, M. (2016). ¿Bioética narrativa o narrativa bioética? *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16(2), 58-69.
- Kreiswirth, M. (1994). Tell Me a Story: The Narrativist Turn in the human scienicies. En M. Kreiswirth, & T. Carmichael (Edits.), *Constructivist criticism: The human scienicies in age of theory* (págs. 61-87). Toronto: University of Toronto Press.

- Kuhn, T. S. (1980). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laín Entralgo, P. (1982). El diagnóstico hipocrático. En P. Laín Entralgo, *La medicina hipocrática* (págs. 225-276). Madrid: Alianza Editorial.
- Laín Entralgo, P. (2012). *Subjetualidad, subjetividad y enfermedad*. Recuperado el 27 de 10 de 2015, de Cervantesvirtual.com: <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcpv755>
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the Flesh: the Embodied Mind & its Challenge to Western Thought*. New York: Basic Books.
- Lancaster, T., Hart, R., & Gardner, S. (2002). Literature and medicine: evaluating a special study module using the nominal group technique. *Medical Education*, 36(11), 1071-1076.
- Langellier, K. M. (2009). Performing Narrative Medicine. *Journal of Applied Communication Research*, 37(2), 151-158.
- Launer, J. (2002). *Narrative based primary care. A practical guide*. Oxford: Radcliff medical press.
- Lempp, H., & Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ*, 329(7469), 770-773.
- Lewis, B. (2011). Narrative Medicine and Healthcare Reform. *Journal of Medical Humanities*, 32(1), 9-20.
- Lewis, B. (2011). *Narrative Psychiatry: how stories can shape clinical practice*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Lolas Stepke, F. (2010). *La medicina antropológica y el Juicio de Nürenberg: el aporte de Viktor von Weizsäcker*. Universidad de Chile, Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética .
- Lolas, F. (1993). La medicina como inversión narrativa. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.*, 114(1), 49-56.
- Lolas, F. (1997). *Más allá del cuerpo*. Santiago de Chile, Chile: Editorial Andrés Bello.
- López Merino, V. (2011). *La medicina como ciencia ;arte, ciencia y humanismo : discurso de recepción del académico electo Ilmo. Sr. Dr. D. Vicente López Merino, discurso de contestación del académico numerario Ilmo. Sr. Dr. D. Adolfo Benages Martínez*. Valencia: Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana .
- López, M. (2015). ¿Qué contenidos de humanidades seleccionamos para la educación médica? En A. H. [et.al.], & c. p. Viola., *Educación Médica y Humanidades* (págs. 176-185). San Miguel de Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán. Facultad de Medicina.
- Lovecchio, C. (2009). *Ética y medicina narrativa: una perspectiva filosófica*. Tesis doctoral, Universidad de Salamanca , Departamento de Filosofía, Lógica y Filosofía de la Ciencia, Salamanca.

- Luna, E. A., & López, G. A. (2011). El Currículo: Concepciones, Enfoques y Diseño. *Revista Unimar*, 65-76.
- Luzi, I., Gentile, A. E., & Taruscio, D. (Edits.). (2013). *First International Congress Narrative Medicine and Rare Diseases. Istituto Superiore di Sanità. Rome, June 4, 2012. Proceedings*. Rome: Istituto Superiore di Sanità.
- Macías Llanes, M. (2011). Ciencias Sociales y Humanísticas en la formación médica. *Revista Humanidades Médicas*, 11(1), 18-44.
- Macnaughton, J. (2000). The humanities in medical education: context, outcomes and structures. *Medical Humanities*, 23-30.
- Mainetti, J. (1992). *La transformación de la medicina*. La Plata: Quiron.
- Mainetti, J. (2009). *La crisis de la razón médica*. Recuperado el 13 de 06 de 2016, de Cervantes virtual: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-crisis-de-la-razon-medica/>
- Manchola Castillo, C. (2014). Por una bioética distinta: narrativa y latinoamericana. *Revista Redbioética/UNESCO, Año 5, 2 (10), 2(10)*, 70-80.
- Marini, M. (2016). *Narrative Medicine. Bridging the Gap between Evidence Based Care and Medical Humanities*. Springer .
- Maritain, J. (1999). *Humanismo Integral. Problemas temporales y espirituales de una nueva cristiandad*. (A. Mendizábal, Trad.) Madrid: Ediciones Palabra, S.A.
- Martínez Cortés, F. (2002). Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica. *Anales médicos de la Asociación médica del Hospital ABC*, 47(2), 112-117.
- Masini, V. (2009). *Medicina narrativa e sociologia della salute*. materiali dei corsi, Milano.
- Mattingly, C. (1998). *Healing Dramas and Clinical Plots: The Narrative Structure of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mattingly, C., & Garro, L. C. (Edits.). (2000). Narrative and the cultural construction of illness and healing.
- McManus, I. (1995). Humanity and the Medical Humanities. *The Lancet*, 1143-1145.
- Menéndez, E. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autotención en salud. *Arxiu d'etnografia de Catalunya: revista d'antropologia social*(3), 84-119.
- Menéndez, E. (1984). *Hacia una práctica médica alternativa : hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: CulturaSep. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, 8(1), 185-207. Recuperado el 8 de Noviembre de 2015, de *Ciência & Saúde Coletiva* online version.
- Merriam, S. (1998). *Qualitative Research and Case Study Applications in Education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative research : a guide to design and implementation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Meza , J. P., & Passerman, D. S. (2011). *Integrating Narrative Medicine and Evidence Based Medicine: The Everyday Social Practice of Healing*. London: Radcliffe Publishing.
- Meza Rueda, J. (2008). Narración y Pedagogía: elementos epistemológicos, antecedentes y desarrollos de la pedagogía narrativa. *Revista Actualidades Pedagógicas*(51), 59-72.
- Mille, E., al, e., (Balmer, D., Herma, N., Graham, G., & Charon, R. (2014). Sounding Narrative Medicine: Studying Students' Professional Identity Development at Columbia University College of Physicians and Surgeons. *Academic Medicine*, 89(2), 335-342.
- Mille, E., Balmer, D., Herma, N., Graham, G., & Charon, R. (Febrero de 2014). Sounding Narrative Medicine: Studying Students' Professional Identity Development at Columbia University College of Physicians and Surgeons. *Academic Medicine*, Vol. 89, No. 2 / February 2014, 89(2).
- Mishler, E. G., & Norwood, N. J. (1988). The discourse of medicine. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12(2), 249-256.
- Mójica, S. V. (2011). Salomeología. *Medicina Narrativa*, 1(1).
- Montgomery, K. (2006). *How Doctors Think: Clinical Judgment and Medicine*. Oxford : Oxford University Press.
- Mora Anto, F., Flórez, G. I., & Rovetto, P. (2015). La narrativa médica, una herramienta que humaniza. *Revista Estudios*, 31(2), 1-14.
- Moratalla, T. D. (2007). Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *Veritas*, 2(17), 281-312.
- Morehouse, R. (2004). Un modelo para la evaluación de la educación moral. *Diálogo Filosófico*, 323-340.
- Moreto, G., González-Blasco, P., Pessini, L., & Craice-de Benedetto, M. (2014). La erosión de la empatía en estudiantes de Medicina: reporte de un estudio realizado en una universidad en São Paulo, Brasil. *Atención Familiar*, 21(1), 16-19.
- Morin, E. (1997). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, España: Gedisa.
- Morin, E., Ciurana, E., & Motta, R. (2006). *Educación en la era planetaria*. Barcelona, España: Gedisa.
- Morris, D. (2000). How To Speak Postmodern: Medicine, Illness, and Cultural Change. *The Hastings Center Report*, 30(6), 7-16.
- Morse, W., Bottoms, M. S., & Wastlick, L. A. (1992). Liberal and professional undergraduate nursing education: Maintaining the connections. *Journal of Professional Nursing*, 8(5), 282-288.
- Nelson, H. (Ed.). (1997). *Stories and Their Limits: Narrative Approaches to Bioethics*. New York: Routledge.

- Neto Angotti, H. (2013). Humanidades Médicas – O Projeto de Edmund Pellegrino. *Mirabilia Medicinæ*, 1, 2-5.
- Neto Angotti, H. (2014). Editorial: II Seminário UNESC de Humanidades Médicas. *Mirabilia Medicinæ*, 3, 1-5.
- Neto Angotti, H. (2015). Editorial: III Seminário UNESC de Humanidades Médicas / I Seminário UFES de Humanidades Médicas. *Mirabilia Medicinæ*, 5, i-vii.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., . . . Scheffer, C. (2011). Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Academic Medicine*, 86, 996-109. doi:doi: 10.1097/ACM.0b013e318221e615
- Newton, B., Barber, L., Clardy, J., Cleveland, E., & O'Sullivan, P. (2008). Is there hardening of the heart during medical school? *Academic Medicine*, 83(3), 244-249.
- Nonnoi, G. (2012). Note e riflessioni storico-epistemologiche sulle Medical Humanities. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 1(1), 13-26.
- Nussbaum, M. (2005). *El cultivo de la humanidad: una defensa clásica de la reforma en la educación liberal*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Nussbaum, M. (2010). *Sin fines de lucro : por qué la democracia necesita de las humanidades*. Madrid: Katz.
- Nussbaum, M. (10 de 12 de 2015). *Educación para el lucro, educación para la libertad*. Medellín, Colombia.
- Ousager, J., & Johannessen, H. (2010). Humanities in Undergraduate Medical Education: A Literature Review. *Academic Medicine*, 85(6), 988-998.
- Pace, R. (2008). La enseñanza de humanidades en el Hospital Italiano. *Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina (CAEEM)* (págs. 18-29). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Portal de Publicaciones científicas Técnicas (PPCT).
- Peláez Ballestas, I. (2013). La construcción del sufrimiento como evidencia: compaginación de los movimientos de la medicina basada en evidencia y en la narración (MBEyN). En À. Martínez-Hernández, L. Masana, & S. DiGiacomo (Edits.), *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica* (Primera ed., págs. 73-84). Tarragona / Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil/España: Publicacions URV/Associação Brasileira da Rede Unida.
- Pellegrino, E. (1984). The humanities in medical education: Entering the post-evangelical era. *Theoretical Medicine*, 5(3), 253-266.
- Perales Cabrera, A. (2008). Ética y humanismo en la formación médica. *Acta bioethica versión On-line*, 14(1), 30-38.
- Pérez de Laborda, A. (2002). *Filosofía de la ciencia: una introducción*. Madrid: Encuentro, S.A.
- Petracca, Y. D. (2013). *Humanidades y Biomedicina: Las complejidades de su integración curricular en la carrera de Medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

- Pieranton, C., & Machado, M. (1994). Profesiones en salud: Una formación cuestionada. *Educación medica y salud*, 28(2), 199-210.
- Pinar, W., Reynolds, W. M., Slattery, P., & Taubman, P. M. (1996). *Understanding Curriculum: An Introduction to the Study of Historical and Contemporary Curriculum Discourses*. New York: Peter Lang.
- Pinto Bustamante, B. (2011). Prácticas narrativas en Bioética: una oportunidad para la experiencia, la edificación y la deliberación. *Revista Colombiana de Bioética*, 6, 110-121.
- Pinzón, C. E. (2008). Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. *Acta Médica colombiana*, 33(1), 33-41.
- Platón. (1998). *Protágoras ; Gorgias*. Madrid: Planeta Deagostini.
- Polkinghorne, D. (1988). *Narrative Knowing and the Human Sciences*. Albany: SUNY press.
- Polvani, S. e. (2013). NaMe experience in Florence. En I. Luzi, A. E. Gentile , & D. Taruscio (Edits.), *First International Congress Narrative Medicine and Rare Diseases. Istituto Superiore di Sanità. Rome, June 4, 2012. Proceedings*. Rome: Istituto Superiore di Sanità.
- Pontificia Universidad Javeriana Cali - Consejo Directivo Universitario. (1992). *Proyecto Educativo Institucional*.
- Pontificia Universidad Javeriana Cali - Departamento de Humanidades. (23 de 10 de 2016). Recuperado el 15 de 09 de 2016, de <http://www.javerianacali.edu.co/departamentos/humanidades>
- Pose, C. (2008). Humanidades Médicas: Marañón, Morente y Gracia. En *Gregorio Marañón: Cumbre y síntesis para el siglo XXI* (págs. 121-140). Madrid: Fundación Tejerina.
- Presman, C. (2009). *Letra de Médico*. Raíz de dos.
- Presman, C. (2014). *Vivir 100 años*. Raíz de dos .
- Quevedo , E. (1990). El proceso salud - enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. *Seminario permanente Salud y administración*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Quevedo V, E. (2012). Comprensión histórico-crítica del proceso salud-enfermedad: base para una renovación curricular en medicina. En G. Quintero, *Educación Médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados del aprendizaje* (págs. 269-314). Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Rancière , J. (2012). *El malestar en la estética*. Madrid: Clave Intelectual.
- Rancière, J. (1996). *El desacuerdo. Política y filosofía*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rancière, J. (2014). *El reparto de lo sensible: estética y política* (Primera ed.). Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Rees, G. (2010). The ethical imperative of medical humanities. *Journal of Medical Humanities*, 31(4), 267-277.

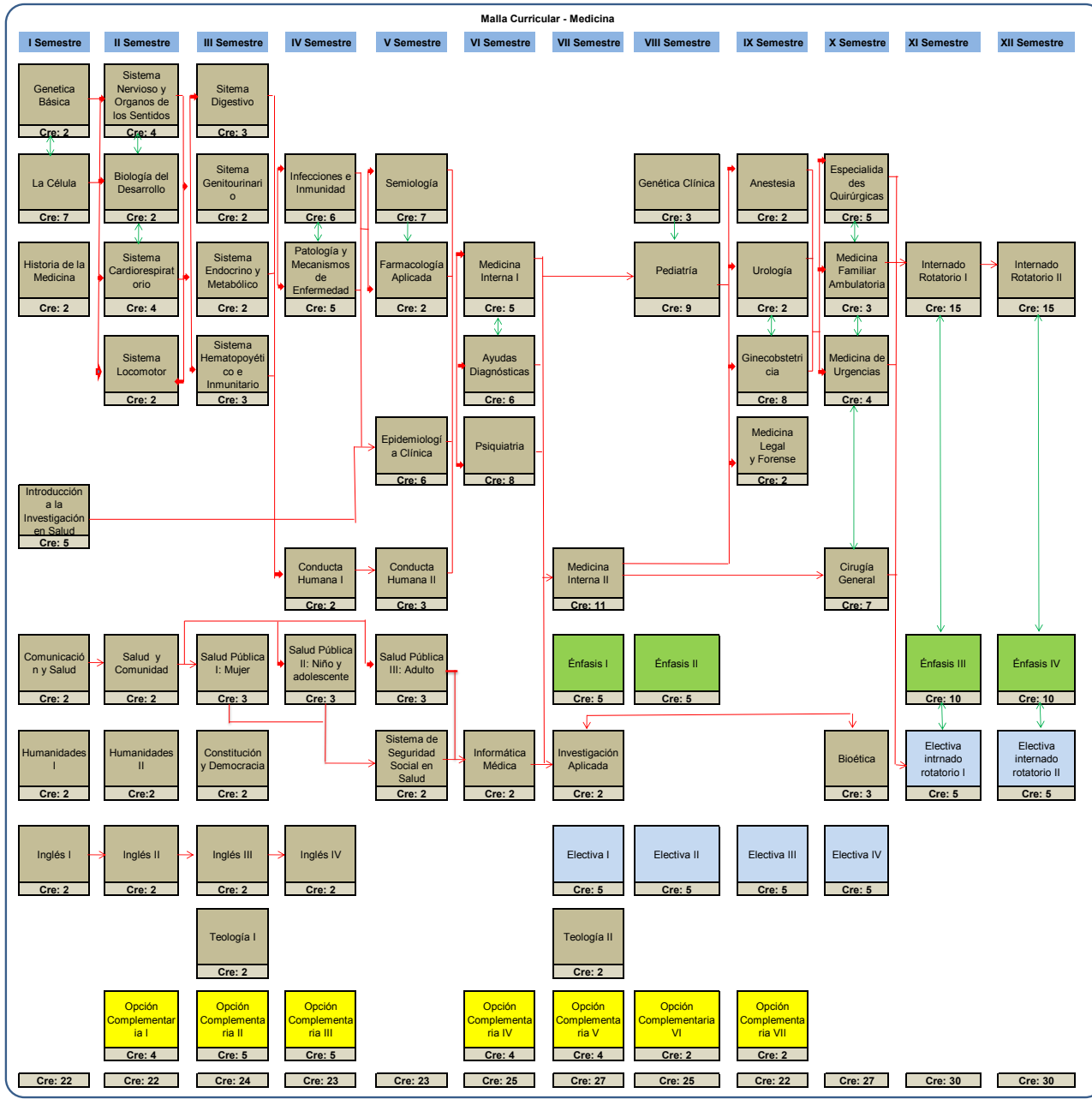
- Reynoso, C. (2009). *Modelos o metáforas : crítica del paradigma de la complejidad de Edgar Morin*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sb.
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Ricoeur, P. (2005). *Tiempo y narración: Configuración del tiempo en el relato histórico* (Quinta ed., Vol. I). (A. Neira, Trad.) México: Siglo XXI Editores.
- Riessman, C. (2001). Analysis of personal narratives. En J. Gubrium, & H. J. (eds), *Handbook of Interviewing*. Holstein: Sage Publications.
- Ringsted, C., Hodges, B., & Scherpbier, A. (2011). 'The research compass': An introduction to research in medical education: AMEE Guide No. 56. *Research in medical education*, 695–709.
- Ríos Saavedra, T. (2005). La hermenéutica reflexiva en la investigación educacional. *Revista Enfoques Educativos*, 7(1), 51-66.
- Rios, I. C. (2010). Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Suppl 1), 1725-1732.
- Rios, I. C., & et al. (2008). A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP – um caminho para o ensino. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(1), 112-121.
- Rudnytsky, P. L., & Charon, R. (Edits.). (2008). *Psychoanalysis and Narrative Medicine*. Albany: State University of New York Press.
- s/a. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Universidad de Vigo. Recuperado el 9 de 12 de 2015, de <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
- Sánchez González, M. A. (2014). "Curso introductorio de bioética para profesionales de la salud", *Presentación de las humanidades: Qué son y para qué sirven las humanidades médicas*, Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 12 de 03 de 2015, de <http://www.salud.gob.ec/material-para-formacion-en-bioetica-y-humanidades-2/>
- Sánchez Martín, M. (2014). Humanidades médicas: integrar arte y ciencia en Medicina. *Revista Española de Cirugía Osteoarticular*, 49(260), 187-196.
- Sánchez Martín, M. M. (2014). Humanidades médicas: integrar arte y ciencia en Medicina. *Revista Española de Cirugía Osteoarticular*, 49(260), 187-196.
- Sánchez Parga, J., & del Rey, A. (2011). Crítica de la educación por competencias. *Universitas. Revista de Ciencias Sociales y Humanas*(15), 233-246.
- Sánchez, J. (2016). Querido equipo de Medicina Narrativa. *Medicina Narrativa*, 6(1), 141-150.
- Santos, B. d. (2003). *Crítica de la razón indolente. Contra el desperdicio de la experiencia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sartre, J. P. (1999). *El existencialismo es un humanismo*. Barcelona: Edhasa.
- Saúl, F., Nunes, E., & Breilh, J. (1991). *Debates en la Medicina Social*. Quito: OPS-OMS.

- Schleifer , R., & Vannatta, J. (2013). *The Chief Concern of Medicine: The Integration of the Medical Humanities and Narrative Knowledge into Medical Practices*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Schleifer, R., & Vannatta, J. B. (2013). *The Chief Concern of Medicine: The Integration of the Medical Humanities and Narrative Knowledge into Medical Practices* . Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Scott , H. (2011). *Empathy in healthcare settings*. Thesis submitted for PhD, Goldsmiths, University of London , Department of Psychology.
- Self, D. (1993). The educational philosophies behind the medical humanities programs in the United States: An empirical assessment of three different approaches to humanistic medical education. *Theoretical Medicine*, 14(3), 221-229.
- Self, D. J. (1988). The pedagogy of two different approaches to humanistic medical education: cognitive vs affective. *Theoretical Medicine*, 9(2), 227-236.
- Shapiro, J., Coulehan, J., & Wear, D. (February de 2009). Medical Humanities and Their Discontents: Definitions, Critiques, and Implications. *Academic Medicine*, 84(2), 192-198.
- Shapiro, J., Coulehan, J., Wear, D., & Montello, M. (February de 2009). Medical Humanities and Their Discontents: Definitions, Critiques, and Implications. *Academic Medicine*, 84(2), 192-198.
- Sheehan , K. H., Sheehan, D. V., White , K., Leibowitz, A., & Baldwin , D. C. (1990). A pilot study of medical student "abuse": student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school. *JAMA* 1990. *JAMA*, 263, 533-537.
- Silva, M. G., Arboleda Castillo, J., & Díaz Narváez, V. P. (2014). Orientación empática en estudiantes de Medicina en una universidad de República Dominicana. *Educación Médica Superior*, 28(1), 74-83.
- Solomon, M. (2008). Epistemological Reflections on the Art of Medicine and Narrative Medicine. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(3), 406-417.
- Squier, H. (1998). Teaching humanities in undergraduate medical curriculum. En T. Greenhalgh, & B. Hurwitz, *Narrative Based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*. London: BJM Books.
- Stafford Schultz, D., & Flasher, L. (2011). Charles Taylor, Phronesis, and Medicine: Ethics and Interpretation in Illness Narrative. *Journal of Medicine and Philosophy*, 36(4), 394-409.
- Stake, R. (2005). *Investigación con estudio de casos* (Segunda ed.). Madrid: Ediciones Morata.
- Stanley , P., & Hurst , M. (2011). Narrative Palliative Care: A Method for Building Empathy. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 7(1), 39-55.
- Stein , E. (2004). *Sobre el problema de la empatía*. Madrid: Trotta.
- Susacasa, S. (2013). *Pedagogía médica: soporte de la formación docente específica para la enseñanza de las Ciencias de la Salud*. Tesis doctoral , Universidad de La Plata - Facultad de Ciencias Médicas, La Plata.

- Tadeu da Silva, T. (1994). *O sujeito da educação - Estudos Foucaultianos*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Tadeu de Silva, T. (1999). *Documentos de Identidad. Una introducción a las teorías del currículo* (Segunda ed.). Belo Horizonte: Autêntica Editorial.
- Tapajós, R. (2005). *O ensino da medicina através das humanidades médicas: análise do filme And the band played on e seu uso em atividades de ensino/aprendizagem em educação médica*. Tesis doctoral, Faculdade de Medicina. USP, Sao Paulo.
- Tapajós, R. (2008). Objetivos educacionais na pedagogia das humanidades médicas: taxonomias alternativas (campos de significado e competências). *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(4), 500-506.
- Taylor, C. (2005). El lenguaje y la naturaleza humana. En C. Taylor, *La Libertad de los Modernos* (págs. 33-76). Buenos Aires: Amorrortu.
- Taylor, C. (2005). La interpretación y las ciencias del hombre. En C. Taylor, *La libertad de los modernos* (págs. 143-198). Buenos Aires: Amorrortu.
- The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas. (1974). *Declaracion De Alma-Ata*. Recuperado el 8 de 12 de 2015, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=190
- Torres González, J. A. (2002). ¿Existe un currículo posmoderno? De las teorías curriculares de la modernidad al currículo posmoderno. *Innovación Educativa*(12), 197-208.
- Vallejo, F. (2004). *Años de indulgencia*. Bogotá: Alfaguara.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En *Estrategias de investigación cualitativa*. (Primera ed.). Barcelona, España: Gedisa editorial.
- Vásquez Rocca, A. (2005). Rorty: el Giro narrativo de la Ética o la Filosofía como género literario. *A Parte Rei*, 1-7.
- Vera Delgado, A. (2004). Humanismo y medicina, y algunas reflexiones pertinentes. *Revista Colombiana de Cardiología*, 11(6), 270-276.
- Villegas Silva, R. (2014). *Niveles de competencia cultural en estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador como insumo para el diseño de un programa de formación en competencias culturales*. Tesis medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.
- Viney, W., Callard, F., & Woods, A. (2015). Critical medical humanities: embracing entanglement, taking risks. *Medical Humanities*, 2-7.
- Viola, F. (2011). ¿Antropología o Antropologías? Propuesta curricular en la Facultad de Medicina de la UNT. *BIOPHRONESIS Revista de Bioética y Socioantropología en Medicina*, 6(2).
- Viola, F. (2014). Humanidades médicas: construcción de una línea de trabajo en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán. *Revista Facultad de Medicina*, 14(1).
- Viola, F., & Ricci, R. T. (2012). *Humanidades Médicas y Competencias clínicas*. San Miguel de Tucumán: Editorial de la Universidad Nacional de Tucumán.

- Von Engelhardt, D. (2004). El principio de la subjetividad (Viktor von Weizsäcker) en la antropología del siglo XX. En D. von Engelhardt, J. A. Mainetti, R. Cataldi Amatriain, & L. Meyer (Edits.), *Bioética y humanidades médicas* (Primera ed., págs. 65-74). Buenos Aires, Argentina: Biblos: Academia Argentina de ética en Medicina.
- Wallis, J., Burns, J., & Capdevila, R. (2011). What is narrative therapy and what is it not? The usefulness of Q methodology to explore accounts of White and Epston's (1990) approach to narrative therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(6), 486-497.
- Warren, K. (1984). The Humanities in Medical Education. *Annals of Internal Medicine*, 101(5), 697-701.
- Williams, G. (1984). The genesis of chronic illness: narrative re-construction. *Sociology of Health and Illness*, 6(2), 175-200.
- Zaner, R. (1990). Medicine and dialogue. *Journal of medical philosophy*, 3(15), 303-325.
- Zannini, L. (2009). Medicina narrativa e medical humanities. En G. AE, L. I, R. S, & T. D (Edits.), *Convegno. Medicina narrativa e malattie rare. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 26 giugno 2009. Atti* (págs. 15-39). Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Zecca, A. H., & et.al. (2015). *Educación Médica y Humanidades*. (c. p. Ricci, Ed.) San Miguel de Tucumán: Editorial de la Universidad Nacional de Tucumán.
- (2009). En G. AE, L. I, R. S, & T. D (Edits.), *Convegno. Medicina narrativa e malattie rare. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 26 giugno 2009. Atti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- (2014). *Une révolution pédagogique: La médecine narrative*. Les rencontres Hippocrates, Paris.
- (2015). Conferenza di Consenso. Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative. Rome: I Quaderni di Medicina" de Il Sole24Ore Sanità (Allegato al N.7, 24 feb.-2mar.2015).

Anexo 1: Plan de estudios CM-PUJ Cali



Anexo 2: Programa de la asignatura de Medicina Narrativa de la Carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI Facultad de Ciencias de la Salud Carrera de Medicina

NOMBRE DE LA ASIGNATURA: Medicina Narrativa

CÓDIGO: 300MDM026

PERIODO ACADÉMICO: 2015-1

INTENSIDAD HORARIA: 2 horas semanales.

DOCENTE(A): Pedro Alejandro Rovetto M.D., Florencia Mora A. Gloria Inés Florez V.

E- MAIL: rovetos@gmail.com; florenciamora46@yahoo.es;

glorianesflorezv@gmail.com

1.- NATURALEZA Y JUSTIFICACIÓN DE LA ASIGNATURA

Desde hace medio siglo nos lamentamos en el ambiente académico de la ruptura y separación de lo humanístico y lo científico (“Las dos culturas”, C.P.Snow, 1959) en nuestras sociedades y universidades. Esta ruptura es verdaderamente crítica en el campo de la educación médica porque la medicina es por definición una “ciencia” distinta (si es ciencia, lo que es discutible para muchos epistemólogos): su propósito fundamental es disminuir el sufrimiento que llamamos enfermedad y participar activamente en el cuidado de la salud social y personal en equipos y procesos multidisciplinarios. Por tanto, el profesional de la medicina debe ser capaz de mantener un diálogo activo y abierto con sus pacientes, la familia, la comunidad, la sociedad y con otros saberes diferentes a la medicina.

La anterior reflexión conlleva a una pregunta: ¿Es capaz de hacer esto el joven médico de nuestras universidades sin una sólida educación humanística?

Históricamente la medicina es parte de la cultura humana: cada cultura define sus enfermedades, acepta o no ciertos tratamientos, y de hecho cada cultura tiene “su” medicina y “narra” sus enfermedades. Podríamos decir que la medicina es aquella parte de la cultura humana que se ocupa del subconjunto de sufrimientos humanos que llamamos enfermedad, por tanto, es complejo el ejercicio de la medicina en una cultura cuyos discursos y “narraciones” se desconocen (o peor, se desprecian).

Por otro lado, desde el punto de vista estricto de la lógica diagnóstica el clínico debe integrar una serie de signos humanos y cambios biológicos en una decisión diagnóstica y terapéutica. La enfermedad no es una cosa ni sólo un órgano o sistema enfermo como muchos médicos (positivistas ingenuos) parecen creer. Es un proceso complejo que ocurre en el tiempo y en una persona particular, Por todo lo anterior la enfermedad podría concebirse entonces más como una decisión, a la que se llega después de un diálogo de narrativas: la del paciente, la narrativa perceptiva del

médico, la narrativa o discurso de la evidencia médica publicada, etc. Es por esto que el profesional del área de la salud, requiere ser “experto” en narrativas.

Pero no solo el profesional cuyo fundamento disciplinar conlleva a la interacción con pacientes, otros saberes y disciplinas están, y lo deben estar, intensamente interesados en la “narrativa médica”: la psicología, el trabajo social, la sociología, la economía, la literatura misma.

Por todo lo anterior se propone una materia electiva llamada “Narrativa Médica” para estudiantes de medicina y otras carreras que permita reflexiones necesarias alrededor del paciente, su enfermedad y su interacción con diferentes grupos sociales, de manera que la enfermedad se conciba más allá del diagnóstico clínico y se comprenda desde sus diferentes dimensiones humanas y sociales.

Universidades como Columbia en Nueva York han establecido cursos de “Narrative Medicine” a nivel de bachelor (licenciado) y maestría (Master of Science in Narrative Medicine, del catálogo de Educación Continua de Columbia University). En estos cursos en la Universidad de Columbia 50% de los estudiantes son de la escuela de medicina, 50% de otras carreras. En el caso de las universidades colombianas no se conoce un programa formal de Medicina Narrativa en nuestras universidades.

2.- OBJETIVOS DE FORMACIÓN

La materia “Medicina Narrativa” se ofrece a tres tipos de estudiantes:

- a) Estudiantes de medicina para desarrollar en ellos la habilidad de leer o escuchar y escribir narrativas con el propósito de “humanizar” su práctica y desarrollar su imaginación moral (“The call of stories-teaching and the moral imagination”, Robert Coles MD, 1989);
- b) A ellos y otros estudiantes que participen en el cuidado del enfermo (psicología, enfermería, nutrición, trabajo social, etc.) con el propósito de integrar la habilidad narrativa en su “arsenal” terapéutico (narraciones de pacientes, educación del paciente y la comunidad con narraciones, etc.);
- c) Estudiantes de literatura, historia, sociología y otros saberes humanísticos que quieran conocer e investigar el gran campo de la interacción medicina-cultura.

2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El estudiante conocerá la relación histórica entre las ideas médicas y la expresión literaria, sobre todo en la cultura occidental y el ámbito Judeo-cristiano.

El estudiante aprenderá los elementos fundamentales de la expresión literaria en las formas más relevantes al discurso médico: ficción, ensayo, memorias, diarios, poesía.

El estudiante aprenderá a escuchar y analizar la narrativa de los pacientes en su ámbito familiar y socio-cultural.

El estudiante realizará trabajos y entrevistas sobre enfermedades y enfermos, observando el efecto de estas acciones y comunicaciones en la evolución del paciente o el curso de la enfermedad.

El estudiante tendrá la posibilidad de conocer algunos elementos concebidos desde la perspectiva trascendente, de lo que pasa más allá de la muerte (bajo la perspectiva Judeo – Cristiana)

El estudiante participará en la redacción, edición y publicación de la revista “Narrativa Médica” (similar a lo que hacen los estudiantes de derecho en Harvard Law Review y otras reconocidas revistas estudiantiles).

Competencias

La asignatura es parte constitutiva de la formación integral de los estudiantes y la construcción del sentido de humanidad, al propiciar la relación entre la medicina y la expresión literaria, en las formas más relevantes al discurso médico: ficción, ensayo, memorias, diarios, poesía. Partiendo de la concepción de la Facultad de Ciencias de la Salud que concibe las competencias como un *saber* y un *hacer con excelencia*, la asignatura plantea las siguientes competencias a desarrollar:

Interdisciplinarias: Reconocer el aporte de diferentes campos de conocimiento a través de reflexiones y perspectivas de la literatura, antropología, la sociología, la política y la economía., en nuestro contexto.

Cognitivo-comunicativas: Reconocer y contrastar los contenidos de la asignatura Medicina Narrativa con el acontecer histórico, social y cultural de la época actual.

Interpretativa: Reconocer la relación histórica entre la Medicina y la Literatura, lo mismo que los elementos que caracterizan los géneros de ficción, ensayo, memorias, diarios, crónica, poesía y otras expresiones de la literatura, para facilitar la escritura de textos cuyo origen provenga de la relación humana con la Medicina.

Argumentativa: Comprender la relación de la Medicina y la Literatura y explicar la importancia de la lectoescritura, trátense de historias médicas o relatos de pacientes y/o médicos, que contribuyan al fortalecimiento de valores como la sensibilidad, solidaridad y capacidad creativa.

Propositiva: Aplicar los elementos de la creación literaria en el ejercicio y práctica de la Medicina con el fin de propiciar la narrativa y aportar en la formación de médicos y profesionales solidarios, sensibles y creativos.

3.- CONTENIDOS

El programa tiene una parte teórica y una parte práctica durante las cuales los estudiantes realizarán trabajos escritos y presentaciones orales o reportes de acciones extra-murales

La parte teórica abarcará tres temáticas:

- a) **Relación histórica de la medicina y la literatura:** Contenido médico de mitos y leyendas; encantamiento chamánico o tradicional con cantos, poesías y narraciones; la medicina en la literatura prehipocrática (Antiguo Testamento, *Ilíada*, *Odisea*); narraciones y origen de la historia clínica en el *Corpus Hippocraticum*; estoicismo y medicina; Nuevo Testamento, Padres de la Iglesia y medicina; narraciones contemporáneas a la Muerte Negra en 1348 y obra literaria relacionada con ella (*Decamerón* de Boccaccio y otros); el corazón en la poesía clásica; el tiempo, la enfermedad y la muerte en Quevedo, la poesía del Barroco y los poetas metafísicos ingleses; la TBC en el Romanticismo, post-Romanticismo y Naturalismo del siglo XIX y XX (*La Bohème*, *La Montaña Mágica* de Mann, etc.); depresión y suicidio en poetas. Evidentemente estos temas no agotan la relación literatura y medicina por lo que se estimulará la búsqueda y lectura de textos colombianos y extranjeros sobre la temática propuesta.
- b) **Familia y medicina:** Se discutirá con los estudiantes las herramientas de acercamiento y ayuda al enfermo y su familia (desde la perspectiva del trabajo social, cuyo abordaje es sistémico y concibe de manera holista el proceso de

enfermedad). Los estudiantes reflexionaran sobre una situación concreta familiar asociada con la enfermedad y sobre la propia historia familiar.

- c) **Expresión literaria de la enfermedad y el acto médico:** Se discutirá la preceptiva literaria de las formas más comúnmente usadas para narrar la experiencia médica: el cuento, el ensayo, las memorias, los diarios, la crónica histórica, la poesía. Se hará que los estudiantes experimenten con la producción de textos libres en estas formas referentes a alguna experiencia médica propia, familiar o social. Se hará crítica en grupo de los textos producidos por los estudiantes. Se escogerán textos para publicarlos en la revista "Narrativa Médica". Se suministrará a los estudiantes una lista de lecturas al comienzo del semestre, escogiendo ellos un ejemplo personal para su lectura y presentación oral.

4.- METODOLOGÍA

La parte práctica de la asignatura consistirá en la escritura de textos literarios y expresiones gráficas sobre la experiencia médica, presentaciones orales sobre lecturas y autores, reportes del trabajo o escucha extramural de pacientes y su red de apoyo (familia, amigos, etc.). Pueden intentarse investigaciones de campo sobre el efecto terapéutico de lecturas y narraciones en los pacientes pediátricos y adultos.

5.- EVALUACIÓN

Para la evaluación de la asignatura se tendrá en cuenta la elaboración de reseñas, crónicas y cuentos; los mismos contienen los elementos teóricos conceptuales y los aportes intelectuales que sobre éstos, construyan los estudiantes.

Modulo Medicina y Narrativa 15%

Modulo Familia y Narrativa 15%

Modulo Literatura y Narrativa 15%

Evaluación parcial: Narrativa con pacientes 25%

Bitácora 30%

6.- BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA

CALERO HERAS, José. De la letra al texto. Taller de escritura. Ediciones Octaedro. Barcelona. 2004.

ARIAS GARCÍA Benito. Grandes minicuentos fantásticos. Alfaguara. Edición Colombia. 2005.

ARREOLA, Angélica. La crónica. Edere. México. 2001.

SAMPER, Daniel. Prólogo de la Antología de grandes crónicas colombianas. Tomo I 1529-1948. Editorial Aguilar. Bogotá. 2003.

RINCÓN, Héctor. Oficio: Periodista. Hombre Nuevo Editores. Medellín. 2001.

SIMS, Norman. Los periodistas literarios. El Áncora Editores. Bogotá. 2002.

VALLEJO MEJÍA, Maryluz. La Crónica en Colombia. Medio Siglo de Oro. Biblioteca Familiar Presidencia de la República. Bogotá. 1997.

RUBIANO VARGAS, Roberto. Alquimia del escritor. Icono. Bogotá. 2006.

VÁSQUEZ, Fernando. La enseñanza literaria. Crítica y Didáctica de la Literatura. Editorial Kimpres. Bogotá. 2006.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

BORGE, Jorge Luis. Prosa. Círculo de Lectores. Barcelona. 1975.

CORTAZAR, Julio. Cuentos Completos. Alfaguara. Buenos Aires. 1998.
CORTAZAR, Julio. Las armas secretas y otros relatos. Colección Literaria latinoamericana. Casa de Las Américas. La Habana, Cuba. 1999
CUEENTOS BREVES LATINOAMERICANOS. Colección latinoamericana. Bogotá 2005.
HUTI, Serge. La vida cotidiana de los alquimistas en la Edad Media. Ediciones Temas de Hoy. Colección Historia. Bogotá. 1990.
KREMER, Harold. Antología del Cuento Vallecaucano. Ediciones Universidad del Valle. Cali. 1992.
LEAL, Pilar y otros. El Cuento. Edere. México. 2005.
LEÑERO, Vicente y otros. Manual de Periodismo. Editorial Grijalbo, S. A. México 1986.
RIVERON ROJAS, Ricardo. El ungüento de la magdalena. Ediciones La memoria. La Habana. 2008.
TEJADA, Luis. La Trascendencia Política de lo Efímero. Ediciones Desde Abajo. Bogotá 2006.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

Catálogo del Programa Narrative Medicine de Columbia University (NY, EEUU) que se puede consultar en la dirección www.ce.columbia.edu
“Narrative Medicine: honoring the stories of illness”, Charon, Rita (Oxford University Press, 2006)
“The call of stories: teaching and the moral imagination”, Coles, Robert (Houghton Mifflin Company, 1989)
“Doctors’ Stories: the narrative structure of medical knowledge”, Hunter, Kathryn (Princeton University Press, 1991)
“How Doctors Think”, Montgomery, Kathryn (Oxford University Press, 2006)
“How Doctors Think”, Groopman, Jerome (Houghton Mifflin Company, 2007)

ANEXO:

COLUMBIA UNIVERSITY LAUNCHES GRADUATE PROGRAM IN NARRATIVE MEDICINE

New Field Trains Clinicians to Listen to and Respond to Patients’ Stories

NEW YORK—Columbia University’s School of Continuing Education will launch a new Master of Science in Narrative Medicine in fall of 2009. Narrative medicine is an emerging clinical discipline that fortifies the practice of doctors, nurses, social workers, therapists, and other caregivers with the knowledge of how to interpret and respond to their patients’ stories.

In embracing the revolutionary advances in health care technologies, our modern medical system has all but forgotten the critical importance of stories: stories of suffering, stories of healing, stories of the relationships that tie patients to their clinicians. Not only does this failure affect the quality of patient care, but it contributes to an ailing health care system, with dissatisfaction and frustration felt by health care consumers and those who care for them. Columbia University’s Program in Narrative Medicine was founded in 2000 as a response to this crisis in our medical system, and since then has become a national leader in this innovative and influential model of educating health professionals and caring for patients.

The core curriculum of this innovative interdisciplinary Masters teaches narrative theory, skills of close reading, reflective writing, interpretation of illness narratives, and the philosophic underpinnings of developing empathic relationships between clinicians and patients. Through supervised teaching placements in hospital and clinic settings, candidates will develop pedagogic methods for teaching narrative skills and evaluating their effectiveness. Each year specialized seminars focus on areas of narrative

medicine research and practice, such as narrative genetics and narratives of living and caring at the end of life. The 38-credit degree also offers a choice of electives from other schools and departments at Columbia as well as a final project tailored to the career needs of individual students. The program can be completed in one year of full-time study or over two or more years of part-time study.

Dr. Rita Charon, director and founder of the Program in Narrative Medicine, will teach in the graduate program. "The Master of Science in Narrative Medicine is exactly what our field needs right now," notes Dr. Charon. "At a time when all news about health care is discouraging, this exciting event should give heart to sick people and those who care for them that patients can be heard, clinicians nourished, and deep health reached. We members of the core faculty can't wait to meet our first class."

"The mission of Columbia's School of Continuing Education is to mount innovative programs that meet Columbia's standard of excellence and take the best advantage of University resources," says Peter Awn, Acting Dean of the School of Continuing Education. "This new program embodies that aspect of our mission as it adds a new dimension to the Program in Narrative Medicine at Columbia's College of Physicians and Surgeons."

The M.S. in Narrative Medicine is appropriate for health care professionals and trainees in many disciplines such as medicine, nursing, dentistry, social work, physical therapy, occupational therapy, psychoanalysis, and pastoral care. It is also valuable for scholars trained in literary studies, creative writing, oral history, anthropology, and other social science or humanities disciplines who study illness narratives or educate health professionals. The M.S. can be combined with other degree programs in medicine or other fields.

An information session for the M.S. in Narrative Medicine will be held on Tuesday, February 10, at 6:30 p.m., in the Satow Room at Lerner Hall on Columbia's Morningside campus. To R.S.V.P. the information session or for more information, go to www.ce.columbia.edu/narrativemedicine, call 212-854-9699, or e-mail ce-info@columbia.edu.

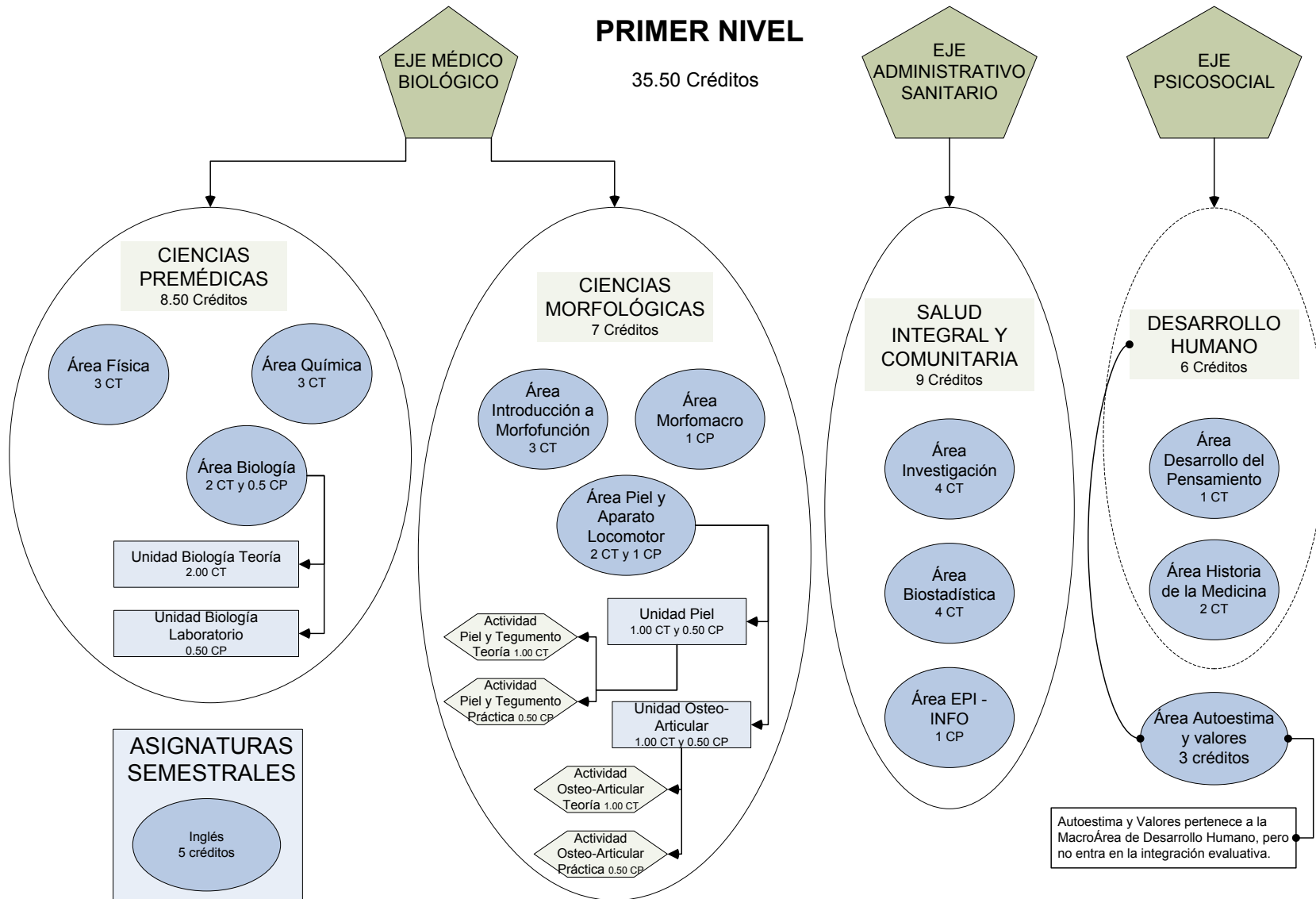
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
OFICINA DE EDUCACIÓN MÉDICA

PROPUESTA ACADÉMICA Y ADMINISTRATIVA DE
PLAN DE ESTUDIOS DE MEDICINA
2007-2008
PRIMER SEMESTRE
CIENCIAS BÁSICAS
PRIMERO A CUARTO NIVEL

CIENCIAS BÁSICAS
PRIMERO A CUARTO NIVEL

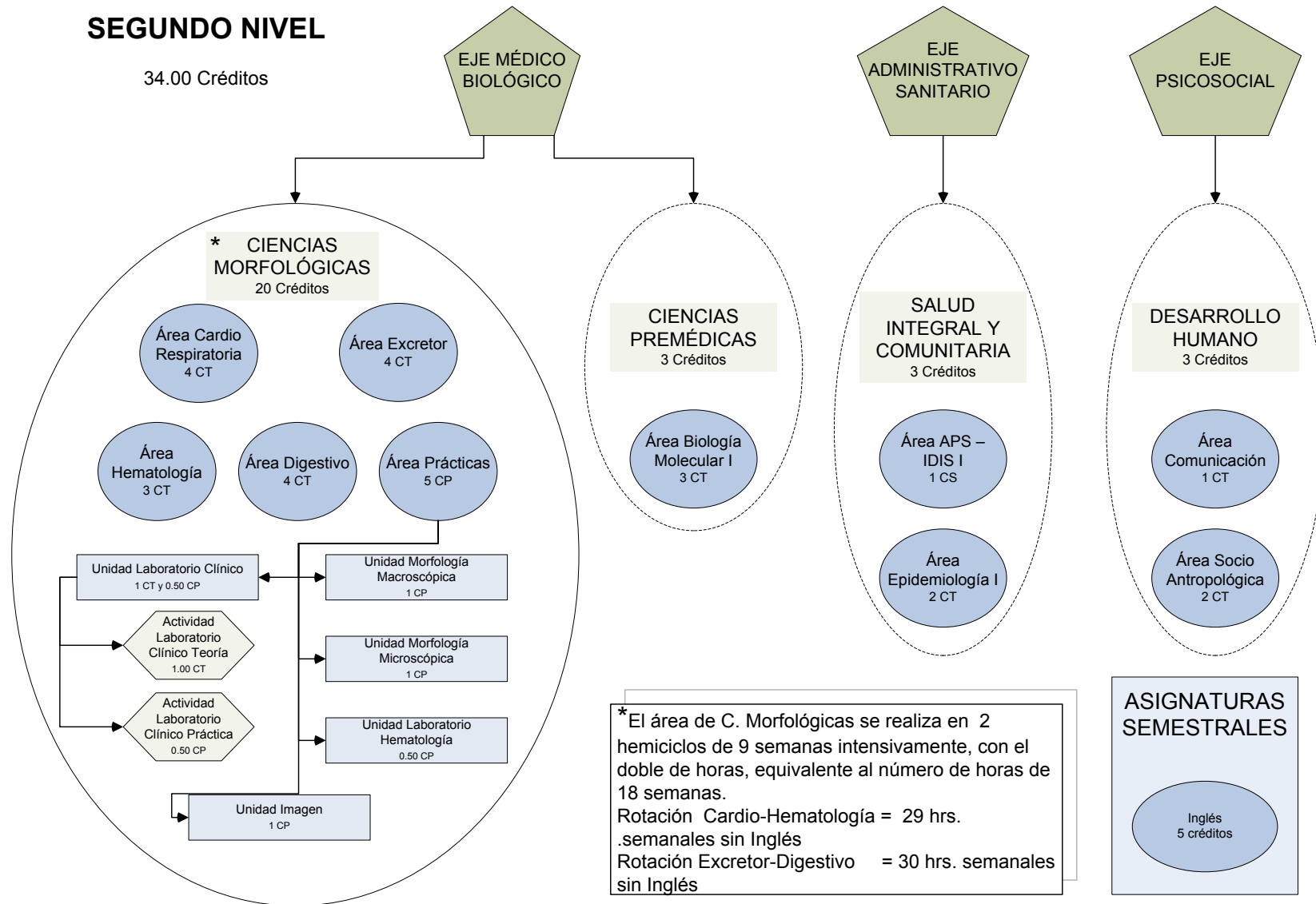
PRIMER NIVEL

35.50 Créditos



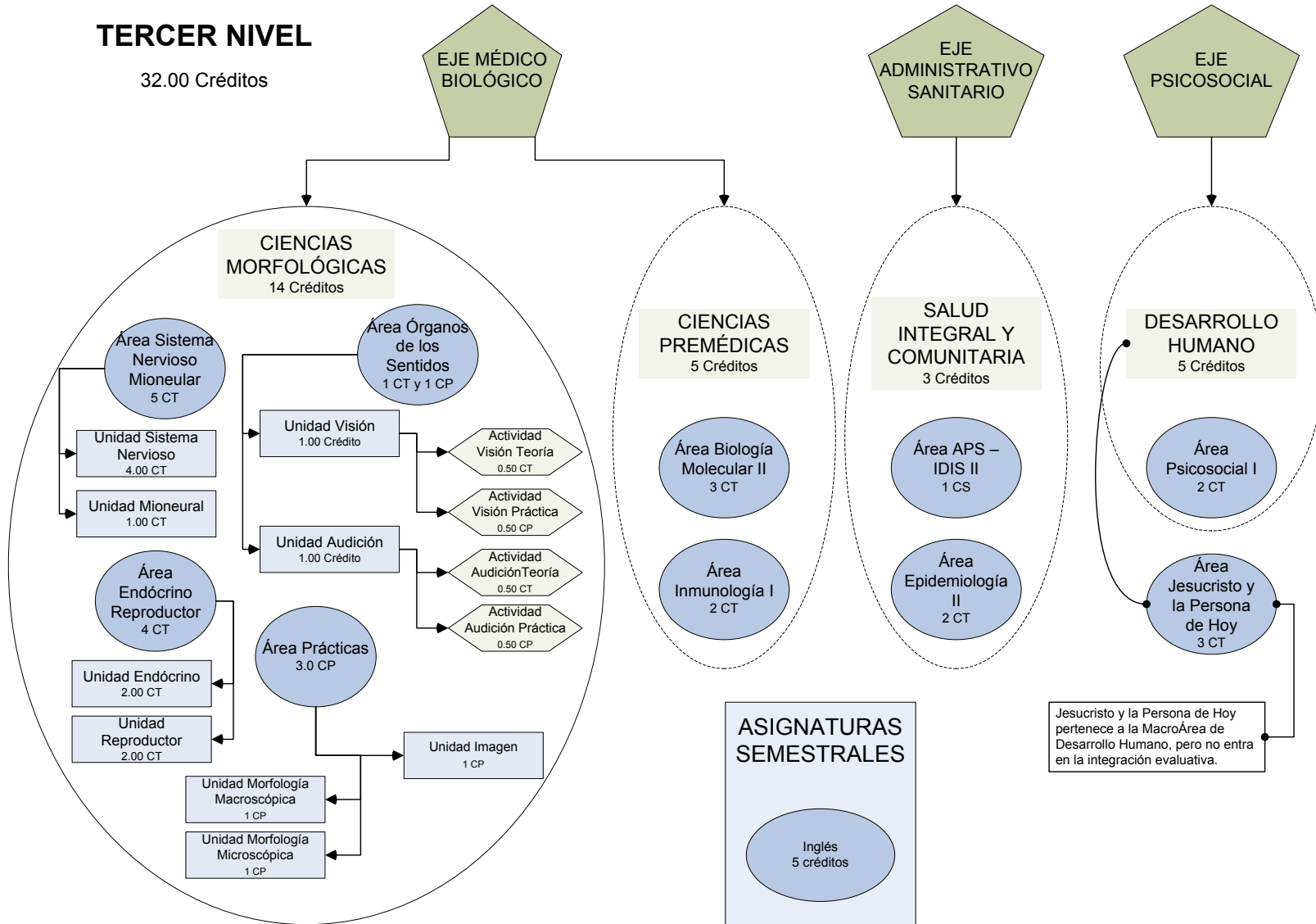
SEGUNDO NIVEL

34.00 Créditos



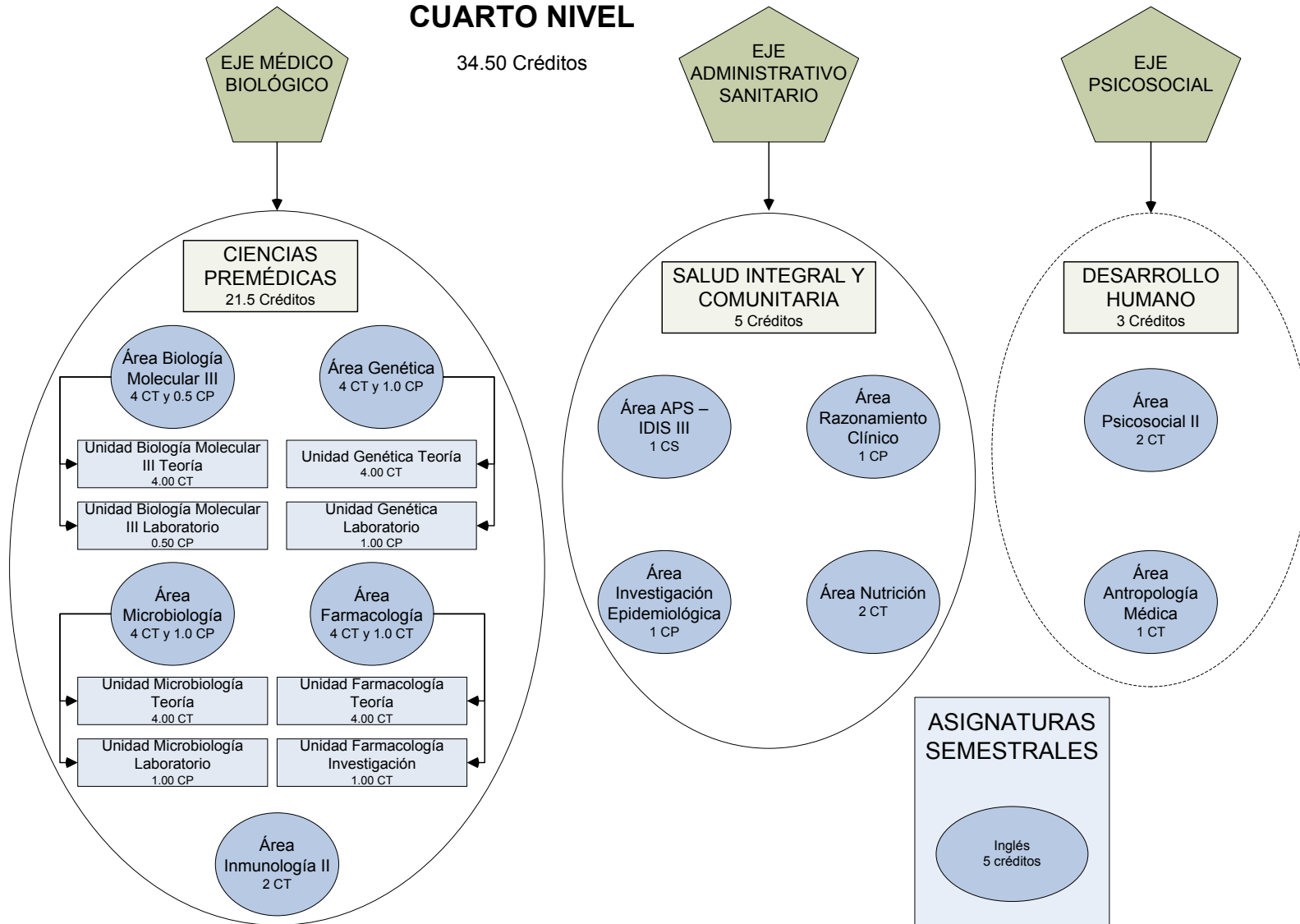
TERCER NIVEL

32.00 Créditos



CUARTO NIVEL

34.50 Créditos



CIENCIAS CLÍNICAS
QUINTO A OCTAVO NIVEL
(MADRE, NIÑO Y ADULTO)
PRIMER SEMESTRE 2007-2008

QUINTO NIVEL

CRÉDITOS SEMESTRALES

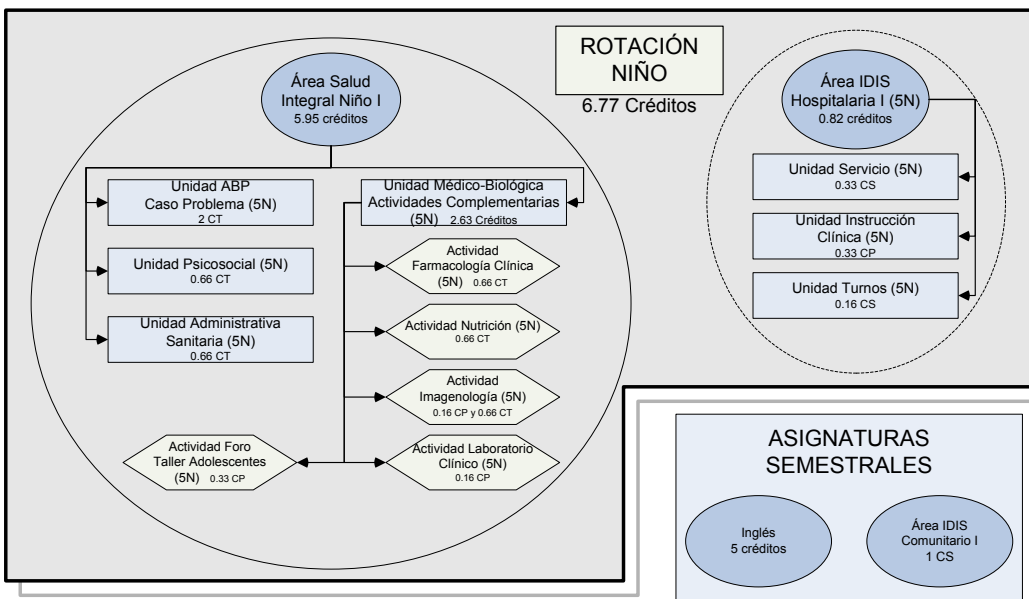
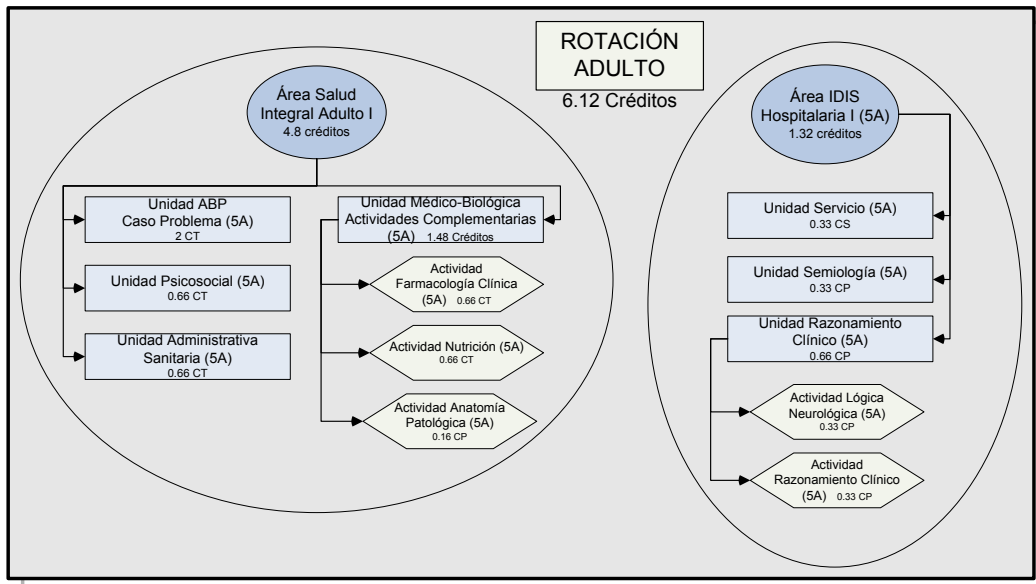
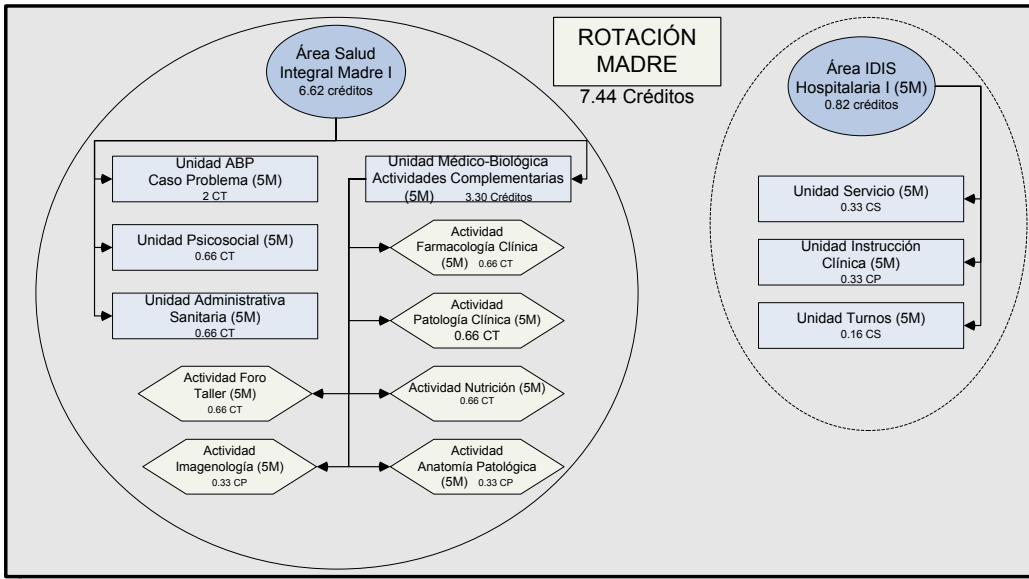
Inglés	5 Créditos Teóricos
IDIS Comunitario	1 Crédito Servicio (Adulto, Madre y Niño)
Total	6 créditos semestrales

CRÉDITOS POR 6 SEMANAS

Madre	7.44 créditos
Adulto	6.12 créditos
Niño	6.77 créditos
Total	20.33 créditos semestrales

Total del nivel	26.33 créditos semestrales
-----------------	----------------------------

QUINTO NIVEL 26.33 Créditos



SEXTO NIVEL

CRÉDITOS SEMESTRALES

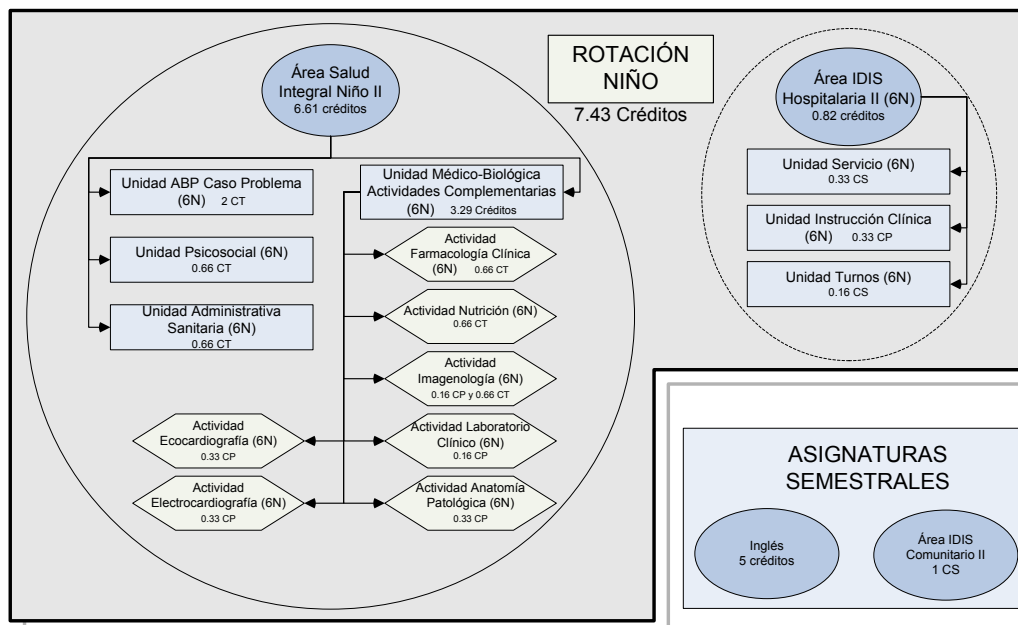
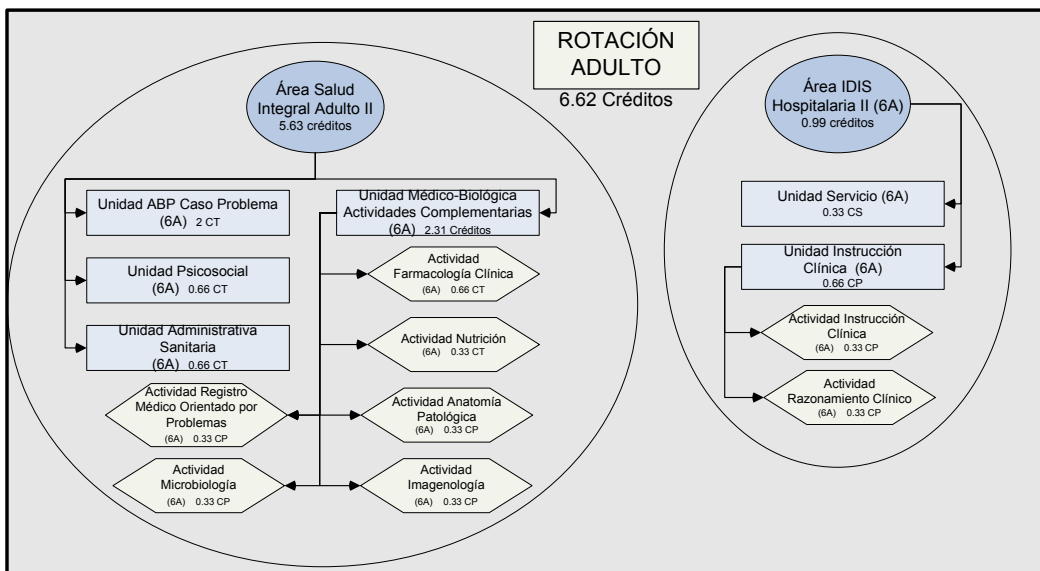
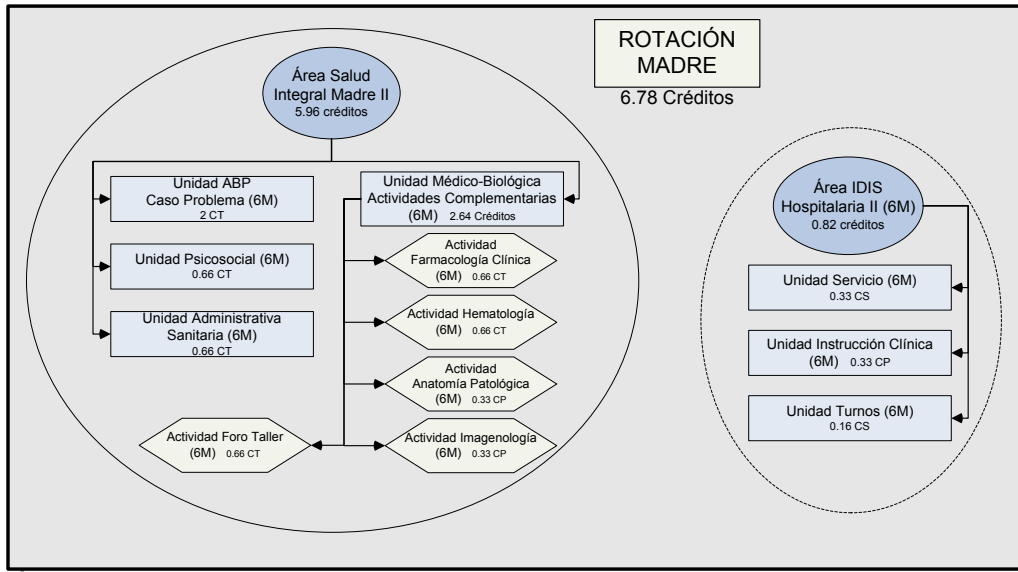
Inglés	5 Créditos Teóricos
IDIS Comunitario	1 Crédito Servicio (Adulto, Madre y Niño)
Total	6 créditos semestrales

CRÉDITOS POR 6 SEMANAS

Madre	6.78 créditos
Adulto	6.62 créditos
Niño	7.43 créditos
Total	20.83 créditos semestrales

Total del nivel	26.83 créditos semestrales
-----------------	----------------------------

SEXTO NIVEL 26.83 Créditos



SÉPTIMO NIVEL

CRÉDITOS SEMESTRALES

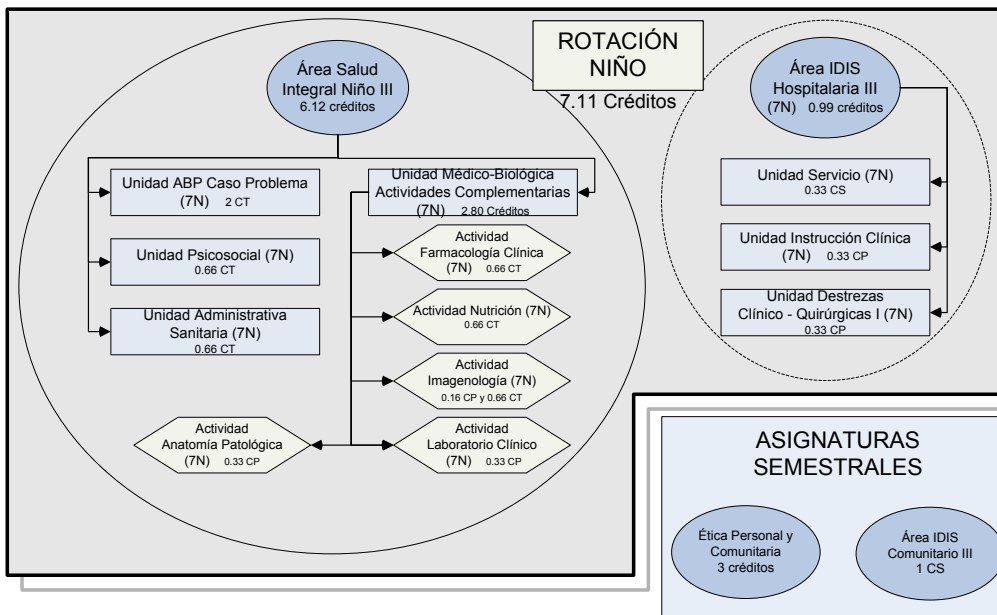
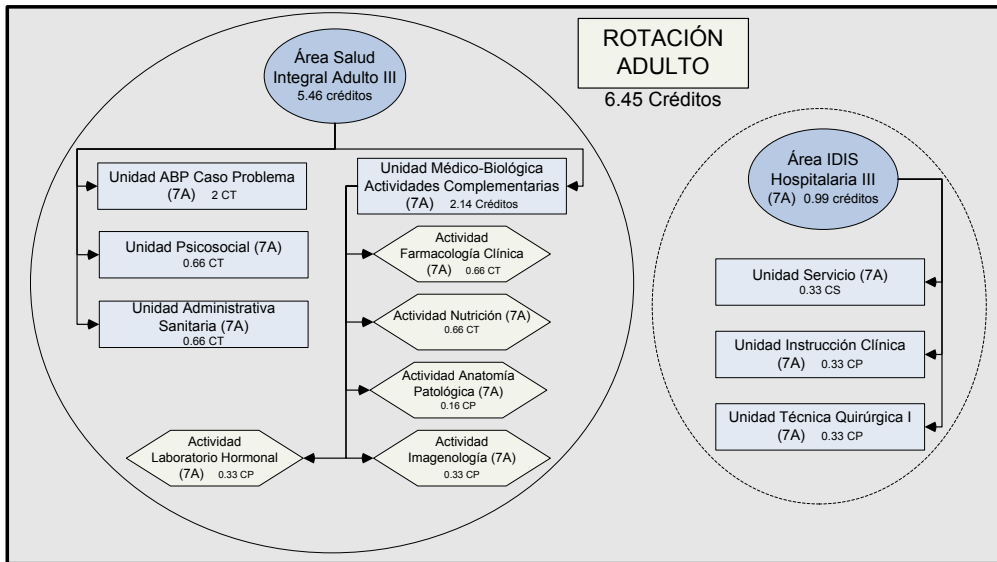
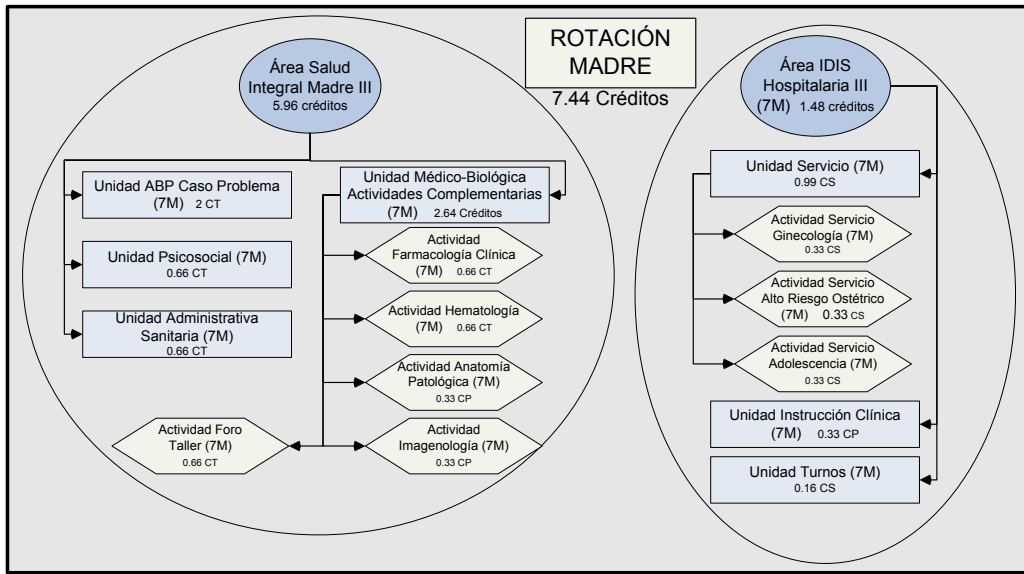
Ética Personal y Social	3 Créditos Teóricos
IDIS Comunitario	1 Crédito Servicio (Adulto, Madre y Niño)
Total	4 créditos semestrales

CRÉDITOS POR 6 SEMANAS

Madre	7.44 créditos
Adulto	6.45 créditos
Niño	7.11 créditos
Total	21.00 créditos semestrales

Total del nivel	25.00 créditos semestrales
-----------------	----------------------------

SÉPTIMO NIVEL 25.00 Créditos



OCTAVO NIVEL

CRÉDITOS SEMESTRALES

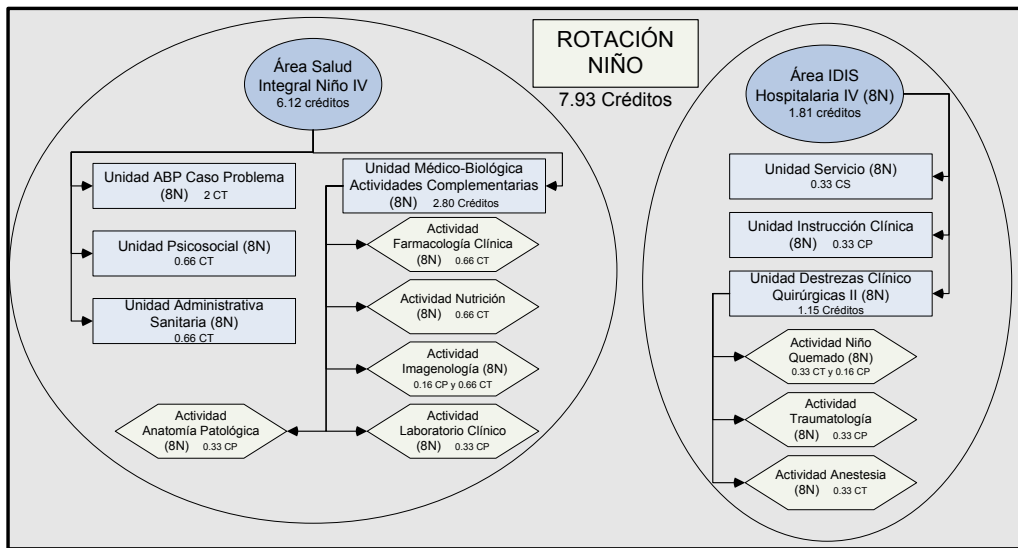
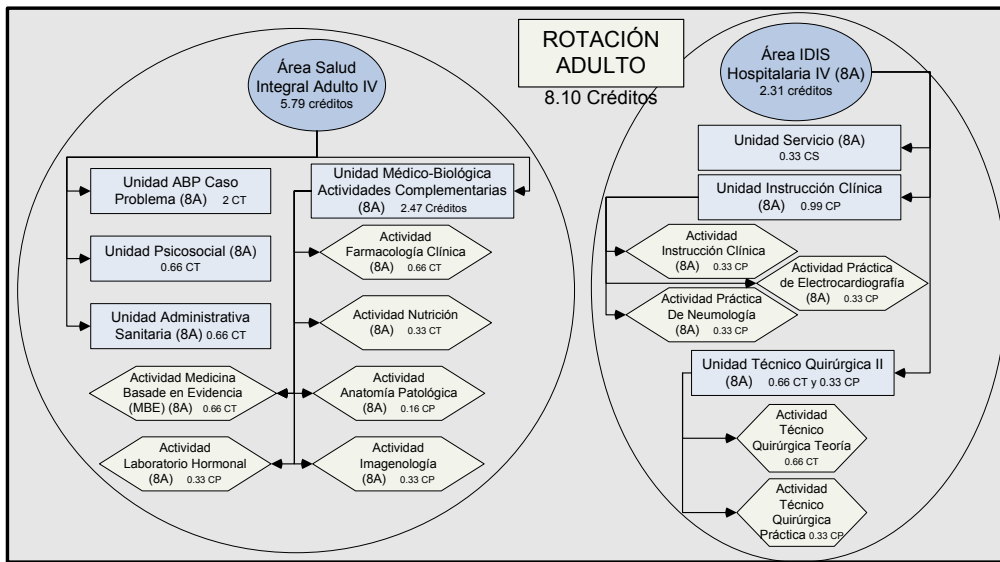
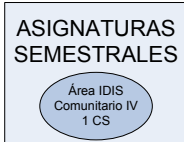
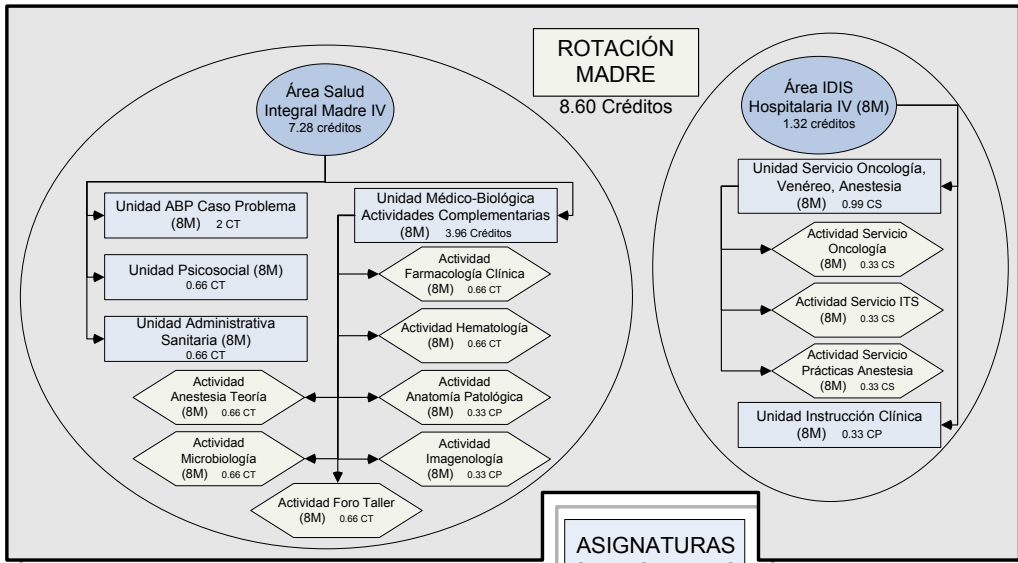
IDIS Comunitario	1 Crédito Servicio (Adulto, Madre y Niño)
Total	1 créditos semestrales

CRÉDITOS POR 6 SEMANAS

Madre	8.60 créditos
Adulto	8.10 créditos
Niño	7.93 créditos
Total	24.63 créditos semestrales

Total del nivel	25.63 créditos semestrales
-----------------	----------------------------

OCTAVO NIVEL 25.63 Créditos



NOVENO NIVEL EXTERNADO I

CRÉDITOS SEMESTRALES

Bioética	3 Créditos Teóricos (Adulto, Madre y Niño)
Total	3 créditos semestrales

CRÉDITOS SEMANALES

ROTACIONES	CRÉDITOS	# DE SEMANAS
Madre	3.53 créditos	4 Semanas
Adulto	8.00 créditos	9 Semanas
Niño	3.99 créditos	5 Semanas
Total	15.52 créditos semestrales	18 Semanas

Total del nivel	18.52 créditos semestrales
-----------------	----------------------------

Nota explicativa sobre el Externado:

Las rotaciones del Externado se cumplen en varios hospitales con los cuales la Facultad de Medicina - PUCE tiene convenios firmados. Todos cumplen con la función docente asignada; sin embargo, son diversos: unos del Ministerio de Salud Pública, otros de las Fuerzas Armadas y privados. Esto motiva que cada uno de ellos tenga sus propias características. A pesar de ello, mantienen en común las especialidades médicas básicas, necesarias para las pasantías y prácticas dirigidas de los estudiantes.

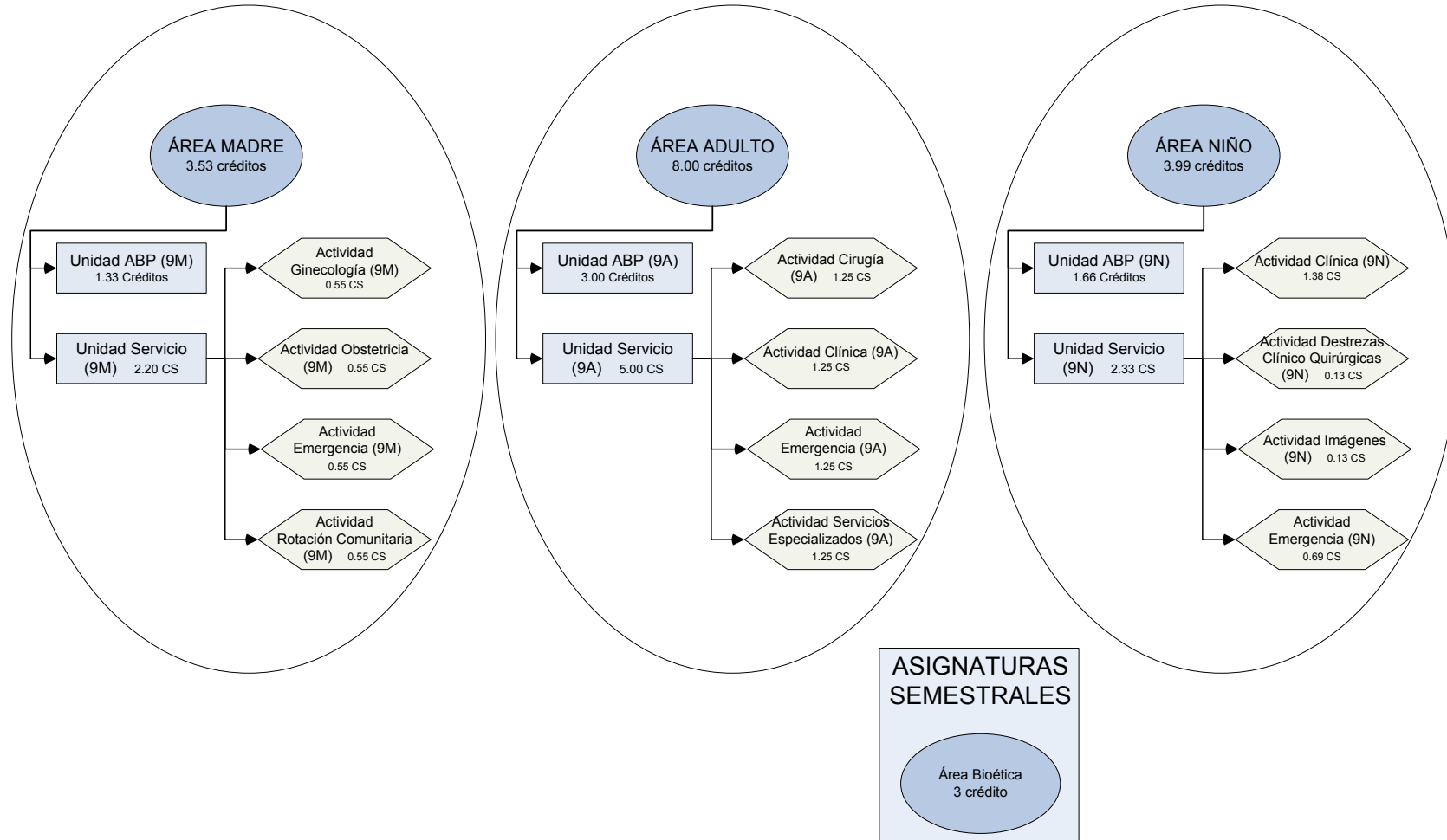
Los estudiantes realizan una rotación de 9 semanas por un hospital grande (ADULTO) y otra rotación dividida en dos hospitales (MADRE Y NIÑO) .
Ambas rotaciones se subdividen en subgrupos de 4-5 estudiantes por servicio.

PRIMERA ROTACION	SEGUNDA ROTACION	
ADULTO	MADRE	NINO
9 SEMANAS	4 SEMANAS	5 SEMANAS
- Hospital Enrique Garcés	- Hospital San José	- Hospital Baca Ortiz
- Hospital Militar	- Maternidad Isidro Ayora	

NOVENO NIVEL

18.52 Créditos

EXTERNADO I



NOVENO NIVEL EXTERNADO II

CRÉDITOS SEMESTRALES

Medicina Legal y Deodontología	1 Crédito Teórico (Adulto, Madre y Niño)
Total	1 crédito semestral

CRÉDITOS SEMANALES

ROTACIONES	CRÉDITOS	# DE SEMANAS
Adulto I	9.00 créditos	9 Semanas
Adulto II	4.02 créditos	4 Semanas
Niño	4.41 créditos	5 Semanas
Total	17.43 créditos semestrales	18 Semanas

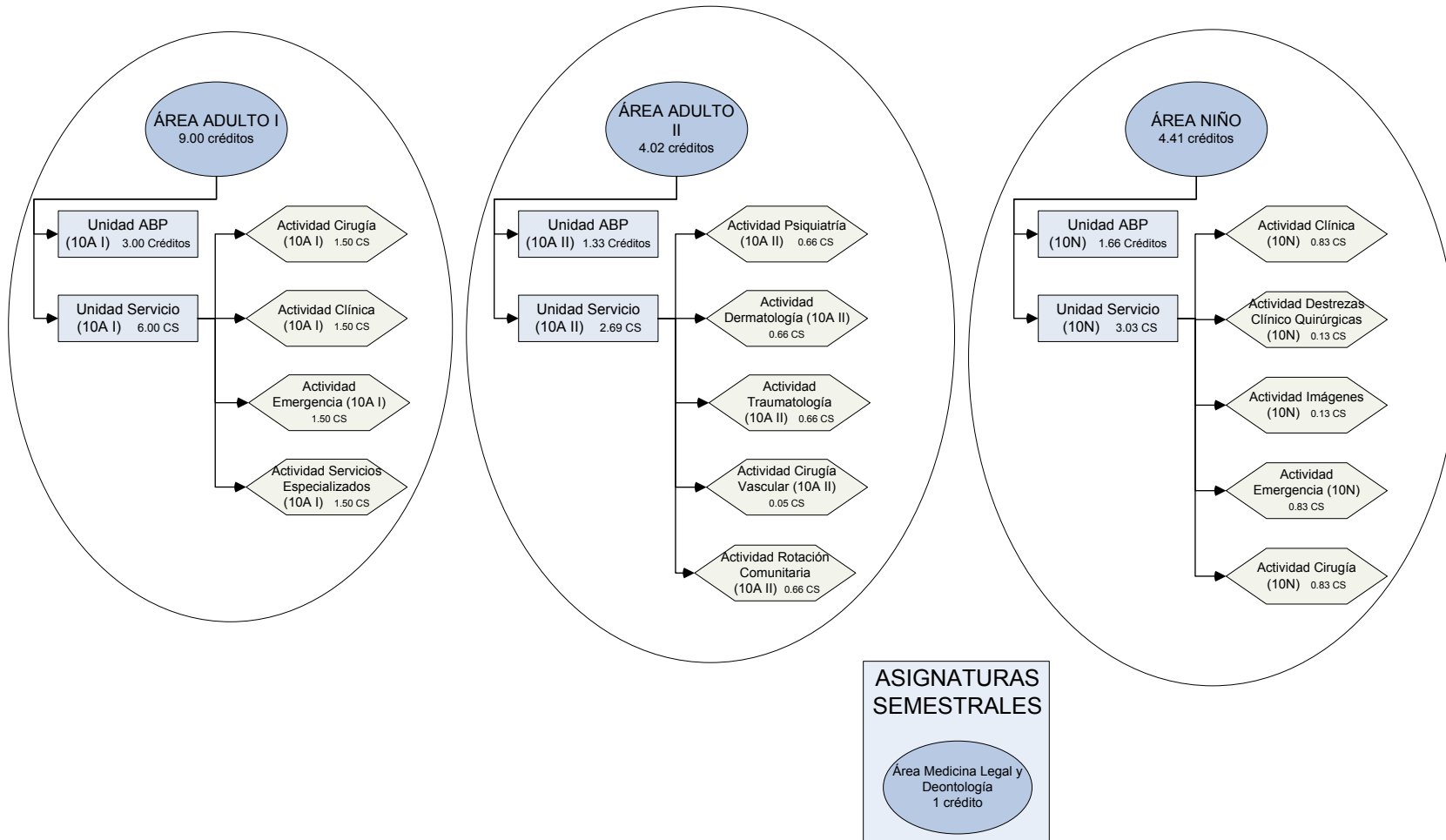
Total del nivel	18.43 créditos semestrales
-----------------	----------------------------

PRIMERA ROTACION	SEGUNDA ROTACION	
ADULTO 1	ADULTO 2	NINO
9 SEMANAS	4 SEMANAS	5 SEMANAS
- Hospital Enrique Garcés	- Hospital Carlos Andrade Marín	- Hospital Baca Ortiz
- Hospital Vozandes		
- Hospital Policía		

DÉCIMO NIVEL

18.43 Créditos

EXTERNADO II



DÉCIMO PRIMER NIVEL INTERNADO ANUAL

El internado tiene una duración anual.

Cuando la Universidad está en vacaciones los estudiantes permanecen en actividades de Internado en los diferentes Hospitales.

El orden de las rotaciones depende del hospital, debido a que los grupos de rotación están formados por internos de diferentes universidades.

Área de Cirugía tiene 2h teoría y 6h prácticas durante un año.

Área Clínica tiene 2h teoría y 6h prácticas durante un año.

Área Gineco-Obstetricia tiene 2 horas teoría y 6 horas prácticas durante un año.*

Área pediatría tiene 2 horas teoría y 6 horas prácticas durante un año.*

Área Rotación Comunitaria – Pre-Rural tiene 2 horas teoría y 12 horas prácticas, según plan curricular.*

* Ver Anexo 5

DÉCIMO PRIMER Y DÉCIMO SEGUNDO NIVELES

50.00 Créditos

INTERNADO
ROTATIVO

Área Cirugía
10 créditos

Área Clínica
10 créditos

Área Gineco-
Obstetricia
10 créditos

Área Pediatría
10 créditos

Área Pre-Rural
Rotación Comunitaria
10 créditos

ANEXO

4

COMPARACIÓN ENTRE LOS PLANES DE ESTUDIOS DE LOS PERÍODOS: 1995, 2002-2003 Y PROPUESTA PARA PRIMER SEMESTRE 2007-2008

Abril 2007

PLAN DE ESTUDIOS APROBADO DGA 1995	PLAN DE ESTUDIOS ACTUAL 2° semestre 2001-2002	PROPUESTA PLAN DE ESTUDIOS 1er semestre 2007-2008
PREPARATORIO- 1ER SEMESTRE	PRIMER NIVEL PRIMER SEMESTRE	PRIMER NIVEL-PRIMER SEMESTRE
AREA DE CIENCIAS PREMEDICAS	AREA CIENCIAS PREMEDICAS	EJE MEDICO BIOLÓGICO CIENCIAS PRE-MEDICAS
Física	Unidad Física	Area Física
Química	Unidad Química	Area Química
Biología: teoría y Práctica	Unidad Biología	Area Biología
		CIENCIAS MORFOLOGICAS
	AREA INTRODUCCION MORFOLOGICA Unidad Morfofuncional	Area de Morfofunción
	Unidad Morfología Macroscópica	Area Morfomacroscópica
		Area Piely Aparato loco-motor(piel osteoartricular (viene de tercer nivel)
		EJE ADMINISTRATIVO SANITARIO
	AREA METODOLOGIA CIENTIFICA DE INVESTIGACIÓN	SALUD INTEGRAL Y COMUNITARIA
Metodología de la Investigación	Unidad Investigación	Area Investigación
Bioestadística	Unidad Bioestadística	Area Bioestadística
EPIINFO	Unidad Epi-Info	Area EPI-INFO
Informática		
		EJE PSICOSOCIAL
	AREA PPSICOSOCIAL	DESARROLLO HUMANO
	Unidad Historia De La Medicina I y II	Area Historia de la Medicina (I y II)
		Area Desarrollo del Pensamiento (viene de 2° Nivel.)
	AREA DE DESARROLLO HUMANO ♦ Unidad Autoestima Y Valores	PASA A ELECTIVA
• Comunicación y Lenguaje	AREA COMUNICACION Y ORIENTACION Unidad Comunicación	PASA A SEGUNDO NIVEL COMO ÁREA

	INGLES	5 CT
--	---------------	-------------

PENSUM APROBADO DGA 1995	PENSUM ACTUAL 2° semestre 2001-2002	PROPUESTA PLAN DE ESTUDIOS 1er semestre 2007-2008
PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL SEGUNDO SEMESTRE	SEGUNDO NIVEL
		EJE MEDICO BIOLÓGICO
		CIENCIAS PRE-MEDICAS
	AREA BIOLOGIA MOLECULAR	AREA BIOLOGIA MOLECULAR I
	I Unidad Bioquímica Estructural	
MORFUNCIONAL I	AREA CIENCIAS MORFO- FUNCIONALES I	CIENCIAS MORFOLOGICAS
Introdutoria		
Cardiorrespiratorio	Unidad Cardiorrespiratorio	AREA Cardiorrespiratorio
Sangre Linfa (Hematología)	Unidad Hematología Inmunología	AREA Hematología I (Inmunología pasa a 3°)
Excretor	Unidad Excretor	AREA Excretor
Digestivo	Unidad Digestivo	AREA Digestivo
	Unidad De Prácticas	AREA De Prácticas
		Unidad de práctica
• Imagenología	• Imagenología	• Imagenología
	• Laboratorio Hematología	• Laboratorio Hematología
	• Morfología Microscópica	• Morfología Microscópica
	• Morfología Macroscópica	• Morfología Macroscópica
	• Laboratorio Clínico	• Laboratorio Clínico
		EJE ADMINISTRATIVO SANITARIO
		SALUD INTEGRAL Y COMUNITARIA
APS-INTRODUCTORIO I	AREA APS- IDIS I	AREA APS- IDIS I
	Unidad Comunidad	
• EPIDEMIOLOGÍA II	Area Epidemiología I	AREA EPIDEMIOLOGIA I
	Unidad Epidemiología	
		EJE PSICOSOCIAL
	AREA PSICOSOCIAL-INTRODUCCION	DESARROLLO HUMANO
	Unidad Desarrollo Del Pensamiento	Pasa a primer nivel

	Unidad Socioantropología	AREA SOCIOANTROPOLOGICA
		AREA COMUNICACION (viene de 1er nivel)
Historia de la Medicina II		
	AREA DESARROLLO HUMANO Educación en el Amor y Sexualidad	Pasa a electiva

PENSUM APROBADO DGA 1995	PENSUM ACTUAL 2° semestre 2001-2002	PROPUESTA PLAN DE ESTUDIOS 1er semestre 2007-2008
SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL TERCER SEMESTRE	TERCER NIVEL
		EJE MEDICO BIOLÓGICO
		CIENCIAS PRE-MÉDICAS
	AREA BIOLOGÍA MOLECULAR II	AREA BIOLOGIA MOLECULAR II
	Unidad Bioquímica Metabólica	
		AREA INMUNOLOGIA I (separada de Hematología 2° nivel)
MORFOFUNCIONAL II	AREA CIENCIAS MORFOFUNCIONALES 2	CIENCIAS MORFOLOGICAS
Unidad Sentidos especiales	Unidad Visión	AREA ORGANOS DE LOS SENTIDO (audición y visión)
	• Teoría Visión	Unidad Teoría
	• Práctica Visión	Unidad Práctica
	Unidad Audición	
	• Teoría Audición	
	• Práctica Audición	
Piel , músculos, Esqueleto	Unidad Piel Y Tegumentos	Pasó a primer nivel
Sistema Nervioso Mioneural	Unidad Sistema Nervioso	AREA SISTEMA NERVIOSO-MIONEURAL
	Unidad Mioneural	Se unen Nervioso y Mioneural
Reproductor	Unidad Reproductor	AREA ENDOCRINO REPRODUCTOR (Se unen endócrino y reproductor)
Endócrino	Unidad Endocrinología	AREA PRACTICAS
	Unidad Prácticas	Unidad de Prácticas
	• Imagenología	• Imagenología

• Morfología Microscópica	• Morfología Microscópica	• Morfología Microscópica
• Morfología Macroscópica	• Morfología Macroscópica	• Morfología Macroscópica
		EJE ADMINISTRATIVO SANITARIO
		SALUD INTEGRAL Y COMUNITARIA
EPIDEMIOLOGIA II	AREA EPIDEMIOLOGIA II	AREA EPIDEMIOLOGIA II
	Unidad Epidemiología II	
APS IDIS INTRODUCTORIO II	AREA APS / IDIS II	AREA APS / IDIS II
Historia de la Medicina II	Pasó unificado a primer nivel	
		EJE PSICOSOCIAL
		DESARROLLO HUMANO
PSICOSOCIAL I INTRODUCTORIO	AREA PSICOSOCIAL	AREA PSICOSOCIAL I
	Unidad Psicosocial I	
	AREA DE DESARROLLO HUMANO	
	Unidad Jesucristo y el Hombre de Hoy	AREA JESUS Y LA PERSONA DE HOY

PLAN DE ESTUDIOS APROBADO DGA 1995	PLAN DE ESTUDIOS ACTUAL 2°SEMESTRE-2001 –2002	PROPUESTA DE PLAN DE ESTUDIOS PARA 1ER SEMESTRE 2007-2008
TERCER NIVEL	CUARTO NIVEL CUARTO SEMESTRE	CUARTO NIVEL
		EJE MEDICO BIOLÓGICO CIENCIAS PRE-MÉDICAS
FARMACOLOGIA GENERAL	AREA FARMACOLOGIA	AREA FARMACOLOGIA
	Unidad Teoría	Unidad Teoría
	Unidad Investigación	Unidad Investigación
MICROBIOLOGIA	AREA MICROBIOLOGIA	AREA MICROBIOLOGIA
• Bacteriología	Unidad Microbiología	
• Virología	• Teoría	
• Parasitología	• Práctica	

	Unidad Inmunología	AREA INMUNOLOGIA II
	AREA BIOLOGIA MOLECULAR III	AREA BIOLOGIA MOLECULAR III
	Unidad Biología Molecular	
	Teoría	Unidad teoría
	Práctica	Unidad Práctica
	Unidad Genética	AREA GENETICA
	Teoría	Unidad teoría
	Práctica	Unidad práctica
		EJE ADMINISTRATIVO SANITARIO
		SALUD INTEGRAL Y COMUNITARIA
APS INTRODUCTORIO III	AREA APS / IDIS III	AREA APS / IDIS III
Investigación	Unidad Investigación Epidemiológica	AREA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA
Nutrición	Unidad Nutrición	AREA NUTRICION
Medicamentos en la Sociedad	Se ve en Farmacología	
	Unidad Comunidad	
INTRODUCCION A LA EXPLORACION FISICA(Cambia nombre 1996	AREA INSTRUCCION CLINICA	Desaparece como área
	Unidad Razonamiento Clínico	AREA RAZONAMIENTO CLINICO
		EJE PSICOSOCIAL
		DESARROLLO HUMANO
PSICOSOCIAL INTRODUCTORIO II	AREA PSICOSOCIAL II	AREA PSICOSOCIAL II
	Unidad Psicosocial	
	Unidad Antropología Médica	AREA ANTROPOLOGIA MEDICA
	Jesucristo Y El Hombre De Hoy(Solo remedial por cambio a 2º nivel)	INGLES