James Pilco Luzuriaga



MEDICINA

basada en el ego

homo MEDICINA

MEDICINA

basada en el ego

Medicina basada en el ego es un ensayo de James Pilco Luzuriaga.
Las opiniones y expresiones vertidas en el mismo son de exclusiva responsabilidad del autor.

Medicina basada en el ego

© del texto: James Pilco Luzuriaga
© de esta edición: Casa Editora. Universidad del Azuay.
Cuenca-Ecuador. 2026

ISBN: 978-9942-54-145-1
e-ISBN: 978-9942-54-146-8
e-PUB: 978-9942-54-147-5

Con la colaboración de: Raúl Pino Andrade, Oswaldo Alfonso Borráez Gaona
Diseño y diagramación: Sebastián Ramón Lazo
Revisión de texto: Christian Parra
Libro arbitrado por pares: Hernán Tenorio Carpio, David Achig Balarezo

Impresión: PrintLab / Universidad del Azuay
Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra, por cualquier medio, sin la autorización expresa del titular de los derechos

CONSEJO EDITORIAL / UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Francisco Salgado Arteaga
Rector

Genoveva Malo Toral
Vicerrectora Académica

Raffaella Ansaloni
Vicerrectora de investigaciones

Toa Tripaldi
Directora de la Casa Editora

James Pilco Luzuriaga

MEDICINA
basada en el ego

UNIVERSIDAD DEL AZUAY | Casa Editora

A mi familia siempre, porque saben
de mis egos escondidos.

A todos los colegas que sepan que
en algún momento se quiebra el ego.

Al ego pedirle que no me permita
entrar.

A los creadores de inteligencia artificial que dejen sus egos a un lado y que paren o regulen una probáble catástrofe

Índice

PRÓLOGO 15

INTRODUCCIÓN 19

Los pecados de la medicina 23

Humanización de los servicios de salud como imperativo ético 29

Colonialismo y educación médica 36

La crisis de valores en la medicina actual 37

Salud, ética y narrativa en la historia 41

Narcisismo en la medicina 46

La industria del ego 49

Escultura del yo 51

La insatisfacción crónica del ego 55

La inteligencia artificial en épocas de falta de empatía 66



James Pilco Luzuriaga, *Elogios mutuos*, acuarela sobre papel,
20 cm × 15 cm, 2025.

El ego se (des)aprende 73

Cirugía, cirujanos y ego 80

ENTREVISTAS

Dr. Gustavo vega 91

Dra. Doris sarmiento 100

Pedro martínez 110

Elsa gonzález moscoso 116

Dr. Francisco juan josé viola 122

GALERÍA

La enseñanza de las humanidades y el poder del arte 129

Sobre el autor y sus colaboradores 150

Prólogo

Para deleitarse del presente trabajo es indispensable adentrarse en aguas profundas y analizar delicadamente esta connotación denominada ego, realizando un viaje a través del tiempo y de la psicología, para valorar y evitar los riesgos que ella conlleva.

Esta corta palabra hace referencia a lo que hemos creado sobre nosotros, a la valoración de una persona por sí misma. Todos los seres humanos tenemos un umbral de ego. Cuando existe un exceso de este umbral, utilizamos ciertas frases muy comunes como: *tiene un ego muy grande* o *su ego no le deja ver más allá*.

¿Qué es el ego en la medicina?

De acuerdo a la teoría psicoanalítica, el ego es una parte de la personalidad humana que se experimenta como el *yo* o *sí mismo*, y que está en contacto con el mundo externo a través de la percepción. Para la psicología, el ego es la parte fundamental de nuestra mente que juega un papel crucial en la percepción del mundo y en cómo interactuamos con él. Es un mediador entre nuestros deseos más básicos y las normas sociales y morales que nos impone el superyó.

El ego como tal puede ser un aliado o un obstáculo en las decisiones médicas. Un ego excesivo puede desembocar en conflictos y en la falta de colaboración, lo que afectaría negativamente en la atención adecuada de un enfermo. No debemos olvidar que la confiabilidad, la responsabilidad y la buena preparación son las cualidades esenciales de un buen médico.

Como médico, cuenta mucho la preparación y los conocimientos, ya que estas cualidades son fundamentales para servir adecuadamente a los pacientes. Pero debemos ser conscientes de que estas cualidades no nos hacen excelentes, pues la verdadera excelencia está en mantener el equilibrio, la humildad y el pensar que siempre hay espacio para aprender y crecer. La empatía, la sencillez y la solidaridad nos permiten una conexión más profunda

con las normas sociales y morales con las que nos topamos en nuestra vida, lo que redundará en una mejor relación con los pacientes y colegas, así como con nuestro entorno familiar y social, obteniendo de esta manera una mejor colaboración y el respeto mutuo, lo cual dará como resultado decisiones más efectivas y afectivas en nuestro diario vivir.

Obviamente, al tratar este tema, debemos también tocar algo sobre el narcicismo, considerando y aclarando que el ego y el narcicismo no significan lo mismo, aunque estén relacionados.

El ego es un concepto más amplio que describe una dificultad para ver otras perspectivas; se refiere a la autoconciencia de uno mismo y a la imagen que proyectamos hacia el mundo externo. La persona egocentrista puede mantener rasgos de compasión y empatía.

El narcicismo, en cambio, es un trastorno de la personalidad que implica una admiración excesiva de uno mismo, una falta total de compasión y empatía hacia los demás y una necesidad constante de reconocimiento, incluyendo la manipulación como una medida para ser el centro de atracción, lo cual a menudo enmascara una profunda inseguridad subyacente.

Desgraciadamente, un ego mal manejado o no controlado puede llevarnos al narcicismo; del estado de narcicismo común se pude pasar a un estado de narcicismo maligno, considerado como la quintaesencia de la maldad humana. Esta alteración fue descrita por el famoso psicoanalista, psicólogo y filósofo humanista de origen judío-alemán Erich Fromm, en 1964, como una fusión letal entre el narcicismo extremo y la psicopatía, ya que el narcisista maligno no hiere por inseguridad ni manipula por miedo al abandono: disfruta viendo sufrir, sonríe mientras el otro se derrumba, siente placer al destruir todo lo que brilla. Es alguien que combina la necesidad de admiración con el deseo de poder absoluto; estos personajes se presentan como líderes, visionarios, y supuestamente protectores. Su obsesión no es amar sino poseer, su vínculo no es el afecto sino el control. No se conmueven con la pasión ni el llanto ajeno, no piden perdón, no sienten culpa: sienten poder, viven alimentándose del sufrimiento ajeno; todo lo que tocan lo destruyen.

Además de los vibrantes capítulos descritos con gran intuición, valentía, transparencia y profesionalismo, como: «Los pecados de la medicina», «La humanización en los servicios de salud», «La crisis de valores en la medicina», «La industria del Ego», «La falta de empatía», «La inteligencia artificial en la época actual», etc., en los cuáles James Pilco nos invita a realizar un acto de *mea culpa*, debemos destacar también las valiosas acuarelas y óleos que se insertan en

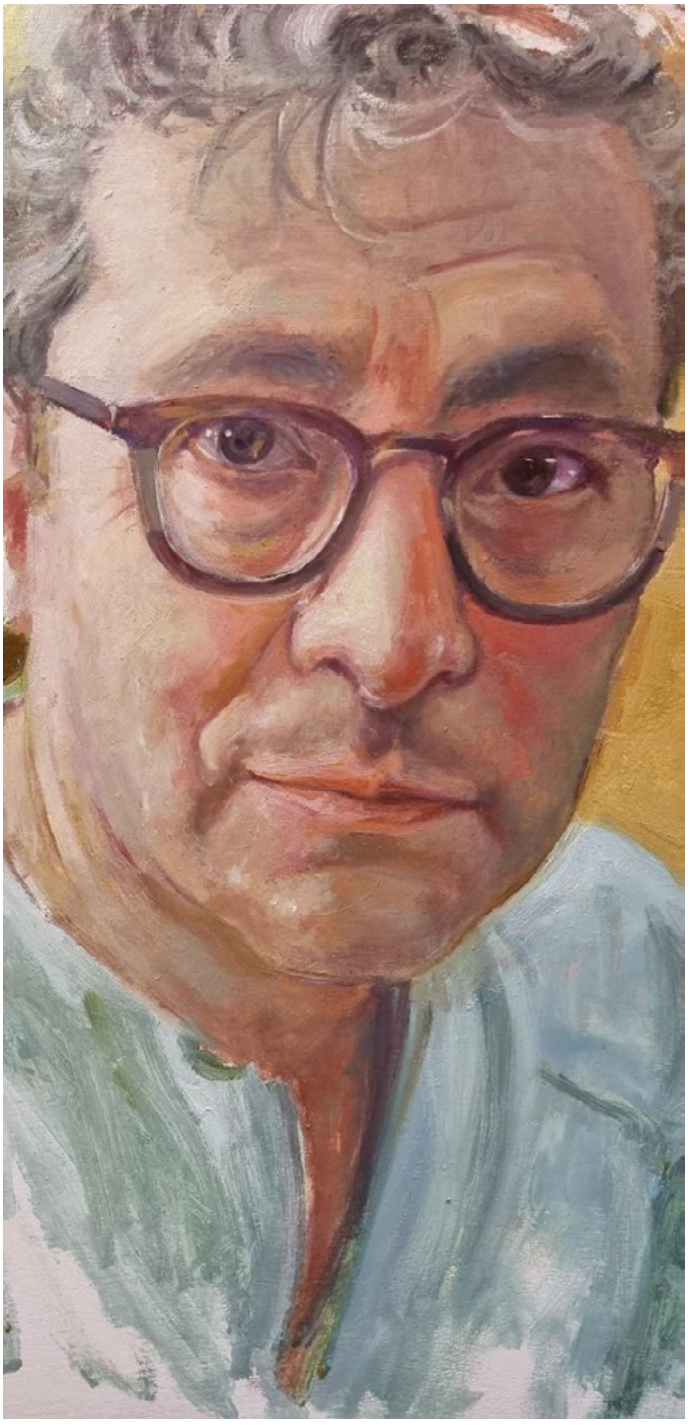
la obra, formando una magnífica galería que nos invita a contemplar el arte en todas sus expresiones, así como a reflexionar sobre la alegría, la infancia herida y las juventudes inciertas; todo lo cual demuestra una vez más la gran capacidad en las artes plásticas del autor.

Un reconocimiento especial merece la sección de entrevistas a distinguidas e ilustradas personalidades de nuestra ciudad y de fuera de ella, relacionadas con la ciencia, la academia y la docencia universitaria, como Elsa González Moscoso, Gustavo Vega Delgado, Doris Sarmiento, Pedro Martínez Borrero y Juan José Viola, Todos ellos analizan con maestría y sutileza la temática de este libro, proponiendo cambios sustentables y trasmitiéndonos sabios consejos, sobre todo a los médicos jóvenes.

¿Quién más para invitarnos a transitar por las olas tenebrosas de un mar incognito como es el ego, sino un verdadero médico humanista, sociólogo, gestor cultural, artista, pintor, cirujano gastroenterólogo y meritísimo profesor de Historia de la Medicina de una de las más prestigiosas universidades de Cuenca, como es mi dilecto amigo el Dr. James Pilco Luzuriaga?

Así es que les invito a seducirse con la lectura de este libro, que al igual que en todas sus publicaciones anteriores como *Dietas para desobedientes* y *Anecdotario visual*, por citar dos ejemplos, el autor nos convida su corazón y sus sentidos, además de sus versados conocimientos, para instruirnos sobre temas trascendentales que competen a la clase médica y, por qué no, a todos los amantes de la buena lectura.

Francisco Chérrez Tamayo



Kleber Moscoso, *Retrato de James Pilco Luzuriaga*, óleo sobre tela, 21 cm × 27,9 cm, 2025.

Introducción

Quien escribe este libro propone incorporar un octavo pecado capital: el esnobismo, expresión moderna de la idolatría del yo que se reviste de virtud. No pertenezco a ningún concilio ni aspiro a que la Iglesia convoque uno nuevo para declararlo oficial —aunque, si lo hiciera, es probable que varios vicios más reclamarían su lugar en la lista.

Hasta la fecha, la Iglesia católica ha reconocido veintiún concilios ecuménicos. No obstante, también existen concilios de otras tradiciones cristianas, como los ortodoxos, anglicanos, presbiterianos y de las iglesias orientales ortodoxas. Sin embargo, en sentido estricto, solo se consideran siete concilios ecuménicos principales: el de Constantinopla (381); el de Éfeso (431); el de Calcedonia (451); el segundo de Constantinopla (553); el tercer concilio de Constantinopla (680); y el segundo de Nicea (787).

Este libro puede entenderse como un concilio autoconvocado desde la perspectiva bioética del siglo XXI, con especial énfasis en la labor de los médicos. En sus páginas se introduce un nuevo pecado —sin la autorización de ninguna congregación—: el esnobismo, que inevitablemente conduce al ego.

Después de todo, el ser humano se ha impuesto sus propias restricciones; ha inventado a Dios y, con ello, sus propias normas y pecados. Su capacidad de autoengaño parece no tener límites: llega a creer que aquello que ha concebido en su pensamiento es definitivo en su existencia.

José Saramago plantea una reflexión incisiva: «¿Qué idea es esa de que un Dios poderosísimo e imponente iba a crear seres a su imagen y semejanza para ponerlos en una pequeña galaxia, en un sistema solar insignificante, en un minúsculo planeta, con todo el universo a su alrededor?».

Desde ahí, el ego humano se elevó, convencido de que todo ese universo existía solo para él. La soberbia, la avaricia y otros vicios se apoderaron de los habitantes del mundo.

El narcisismo es una enfermedad en la que predomina la preocupación por los propios sentimientos, la apariencia y la opinión ajena. Se trata de una dedicación desmesurada a la imagen, en detrimento del verdadero yo.

Quienes la padecen carecen de una base interior sólida y viven en un estado de desolación, donde la riqueza material prevalece sobre la humana.

Los siete pecados capitales tradicionales —soberbia, pereza, gula, envidia, ira, avaricia y lujuria— siguen presentes en el quehacer diario. Sin embargo, podríamos añadir los pecados más comunes del siglo XXI:

- Uso excesivo de la inteligencia artificial,
- Revisión de novedades en redes sociales
- La inmediatez.

En definitiva, el esnobismo. El ego.

Me atrevería a reunirlos todos en un solo término: el ego. Pero es necesario hacer un *mea culpa* desde la perspectiva médica, una profesión que se entrelaza con el sentido de la vida, la trascendencia y el constante juego de creerse dioses.

En ocasiones, los médicos se sienten por encima de otras profesiones; quedan atrapados en la complejidad de situaciones difíciles y caen en tentaciones que van más allá de la carne humana, tentaciones más elaboradas.

Este libro busca ser un espacio de intercambio entre escritores, pacientes, médicos y filósofos. Hubiese sido oportuno entrevistar al verdadero Satanás, quien, después de todo, se ha encargado de defender cada uno de los pecados y de convencernos de sus beneficios.

No se trata de exponer las fallas de la profesión médica con ánimo de censura, sino de reflexionar para evitar caer en estos tropiezos éticos.

Una pregunta que todos deberíamos hacernos antes de aplicar un procedimiento innovador es si realmente resulta útil, si los resultados son verdaderamente mejores y si el aumento en complejidad o costo se traduce en beneficios tangibles.

Existen numerosos ejemplos, tanto en la literatura como en la práctica clínica, de procedimientos costosos pero poco eficaces.

El atractivo de la innovación resulta provocador para todos los cirujanos, especialmente para los más jóvenes. Aquí surgen dos consideraciones éticas

fundamentales frente a la adopción de nuevas técnicas: ¿adopción temprana o tardía?, y ¿cuál es la interacción de los cirujanos con el sistema de salud local?

Respecto al primer punto, y pensando en nuestro país, estas preguntas pueden tener respuestas dispares según el entorno laboral e institucional en el que se desempeñe el médico.

Los más conservadores prefieren esperar hasta contar con resultados probados, aceptados y consensuados que demuestren que una técnica es beneficiosa y representa un verdadero progreso en el tratamiento de los pacientes.

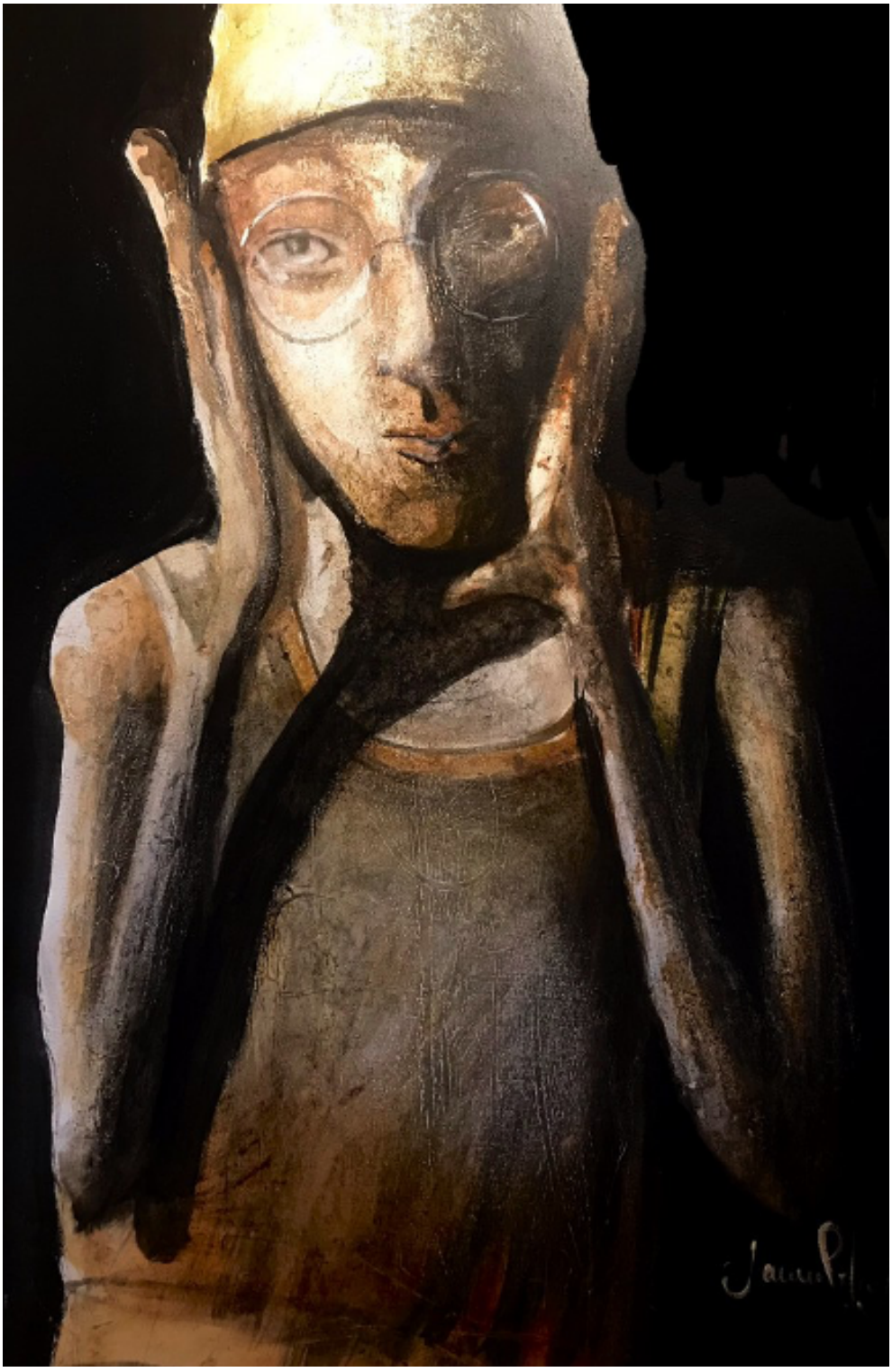
Otros, más impacientes, las adoptan precozmente, sin esperar el veredicto del tiempo ni una evaluación definitiva, impulsados por el ego de ser los primeros, aún sin un respaldo científico sólido.

Es en este punto donde entran en juego el ego del médico y la presión de las empresas. Con respecto a la segunda pregunta, y nuevamente considerando el contexto local, debemos cuestionarnos si es justificable aceptar una nueva técnica como estándar de salud en detrimento de otras ya probadas, especialmente cuando existen prioridades más urgentes. Antes de tomar una decisión, es esencial evaluar todos los aspectos mencionados.

Un ejemplo claro en la actualidad es la incorporación de la robótica en nuestros centros de salud. ¿Debemos adoptarla indiscriminadamente o es necesario establecer un protocolo riguroso, con indicaciones precisas, asegurando que los costos no recaigan ni en el paciente ni en la institución?

Esta crítica se formula desde adentro, desde un entorno en el que me desenvuelvo, donde interactúan médicos, visitadores, enfermeras y pacientes. Es un medio del cual soy parte, y también he sido partícipe de ese esnobismo. Siento que, en estas épocas dedicadas a la *escultura del yo* y de la mente, es importante poner el dedo en la llaga, al margen de las críticas que ello pueda suscitar.

J.P.L.



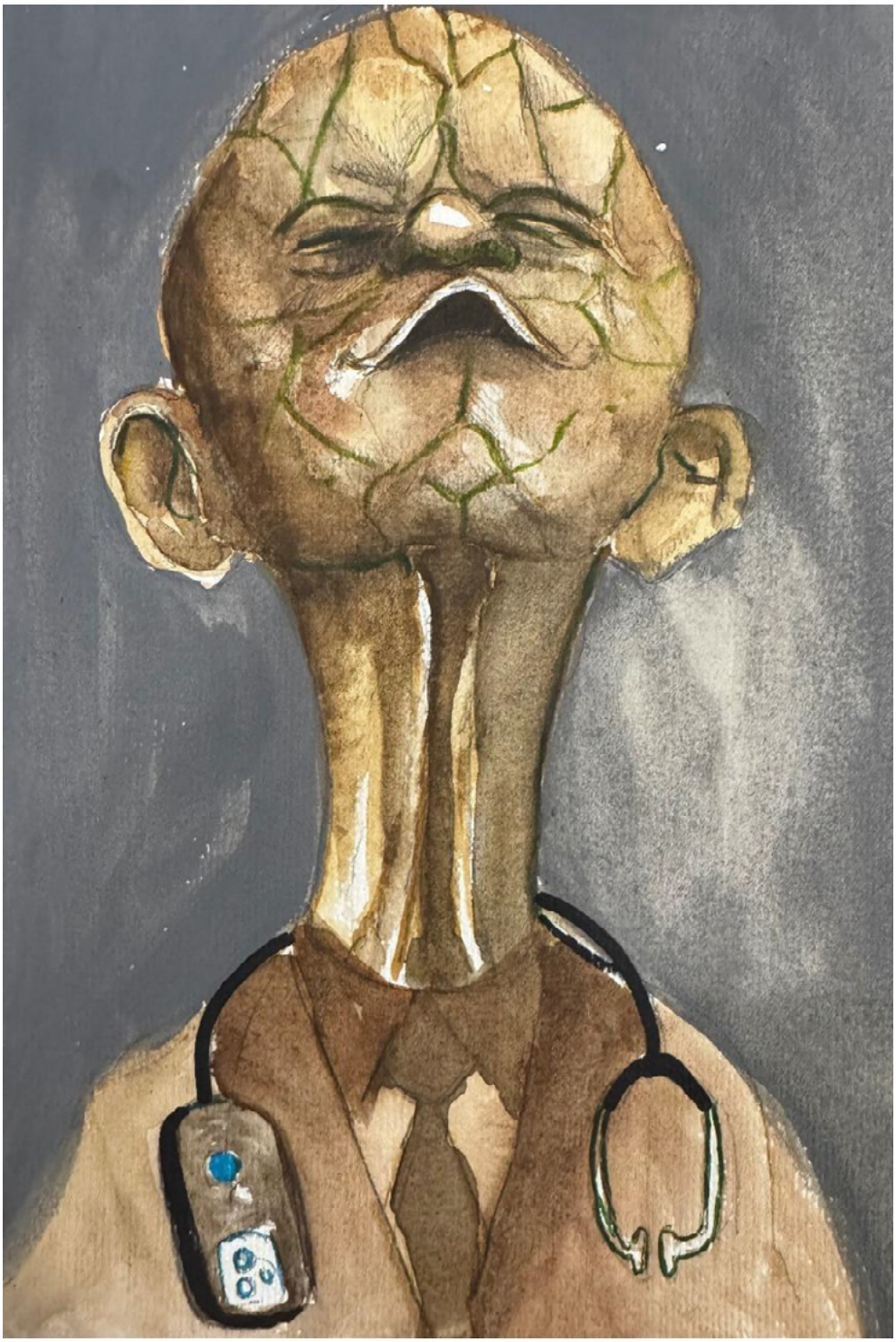
James Pilco Luzuriaga, *El cirujano sordo*, acrílico sobre tela,
100 cm × 90 cm, 2025.

Los pecados de la medicina

Estamos en una época en la que nos carcome una hiperactividad destructiva, donde nos abruma el ruido incesante de la información digital, que se posiciona cada vez con más fuerza. Solo basta mirar —o detenernos a mirar— algo que nos interese para que nos bombardeen con ofertas. En la época actual estamos viendo y viviendo un orden digital que nos gobierna. Traigo a colación dos novelas capitales, adelantadas a su tiempo. La primera, 1984, de George Orwell: él temía a los totalitarismos; el Gran Hermano nos vigila. Hoy por hoy, esa predicción queda pequeña: nos monitorean en absolutamente todo y, probablemente, nos estemos aprovechando de ello no solo los gobiernos, sino también los médicos.

La otra obra es Un mundo feliz, de Aldous Huxley. Allí aparece la pastilla SOMA: él temía a esa felicidad artificial que hoy podría representarse en el celular y las redes sociales, que mantienen a la gente aislada, pero aparentemente feliz en su mundo, donde no manejamos las situaciones y damos likes como autómatas que reaccionan por impulsos. Como señala Byung-Chul Han en su libro No-cosas (2021, p. 16): «La existencia es cuidarse; la inteligencia artificial se halla en proceso de librar de cuidados a la existencia humana, optimizando la vida y velando el futuro como fuente de preocupación, es decir, sobreponiéndose a la contingencia del futuro».

Los médicos nos metemos en un mundo controlado por algoritmos; nos perdemos en la publicidad instantánea, sin capacidad para obrar por nosotros mismos, y la información que damos no es informativa, sino deformativa. La felicidad da un paso atrás, dando paso a una cascada de información: si algo no me interesa, la borro inmediatamente; puedo hacer una captura de pantalla, ampliar con los dedos la imagen. En resumen, el celular es una extensión de nuestras extremidades: refuerza el egocentrismo, donde el otro —el paciente— está cada vez menos presente, y ese teléfono termina controlándonos a nosotros.



James Pilco Luzuriaga, *Ego erguido*, acuarela sobre papel,
21 cm × 29,7 cm, 2025.

Actualmente se puede «comprar» un honoris causa: es solo cuestión de pagar. En ceremonias rimbombantes, en lugares «académicos» poco conocidos, se invita a no quedarse atrás: «mereces un reconocimiento aplica ahora». También se ofrecen posicionamientos como «el mejor especialista» sin más requisito que pagar una cuota. Se gestionan invitaciones a congresos y ponencias en una especie de dar y recibir: yo te invito, tú me invitas; tú me citas, yo te cito. Caemos en la falacia de creernos únicos proveedores de una técnica en un mundo tan amplio. El miedo puede ser el mejor aliado de los médicos, pero es un aliado nefasto. Inculcarlo en los pacientes —hacerles creer que, si no se realizan tal o cual procedimiento, todo puede empeorar— es una práctica cuestionable.

Queremos ser prósperos pronto, sin importar los tropiezos éticos. TikTok, Instagram, etc... imponen la inmediatez; la competencia se vuelve voraz y no se permite la tregua.

Desde un principio, la industria de la publicidad busca transformar el capital en dinero. Los nuevos profesionales se ven forzados a ser partícipes de esa avalancha: el sistema no puede parar, no puede permitirse la escasez de la demanda.

El auge de los influencers camina junto con el desarrollo de internet, y los médicos nos vamos dejando llevar de la mano. Los influencers regulan el efecto digital y el capital; buscan aguijonear los deseos de consumo. Los influencers médicos se vuelven una forma perfeccionada de publicidad testimonial. Instagram se presta para que los usuarios modifiquen sus fotografías y se parezcan cada vez más a sus ídolos.

Surge así el nacimiento de cuerpos digitales que se exhiben. ¿Cómo es posible que, en nuestra profesión, nos presentemos como animadores que inspiran, creando un espejismo público? Pasamos a ser una reserva de influencers a los que recurrir.

Debemos admitir que el entorno digital ya es parte del día a día de los profesionales sanitarios. Por ello, es importante establecer límites claros y aprender a cuidar la reputación digital, dando credibilidad y desarrollo profesional. Hay que tener en cuenta que lo que publicamos llega a mucha gente y deja huella en internet. Interactuar con otros no está mal, siempre que se mantenga el respeto y la educación. Si publicamos contenido de terceros, debemos verificar la credibilidad de la fuente. Recordemos que todo lo que se publica puede aparecer en resultados de búsqueda.

Finalmente, los límites de los médicos en redes están en no comprometer la confidencialidad, la ética y la confianza de los pacientes. Lamentablemente, esto se está perdiendo, lo que puede llevar a una descontextualización peligrosa. Vale la pena cuidar el tono y el contenido, equilibrando cercanía y profesionalidad.

No compartir datos de pacientes.

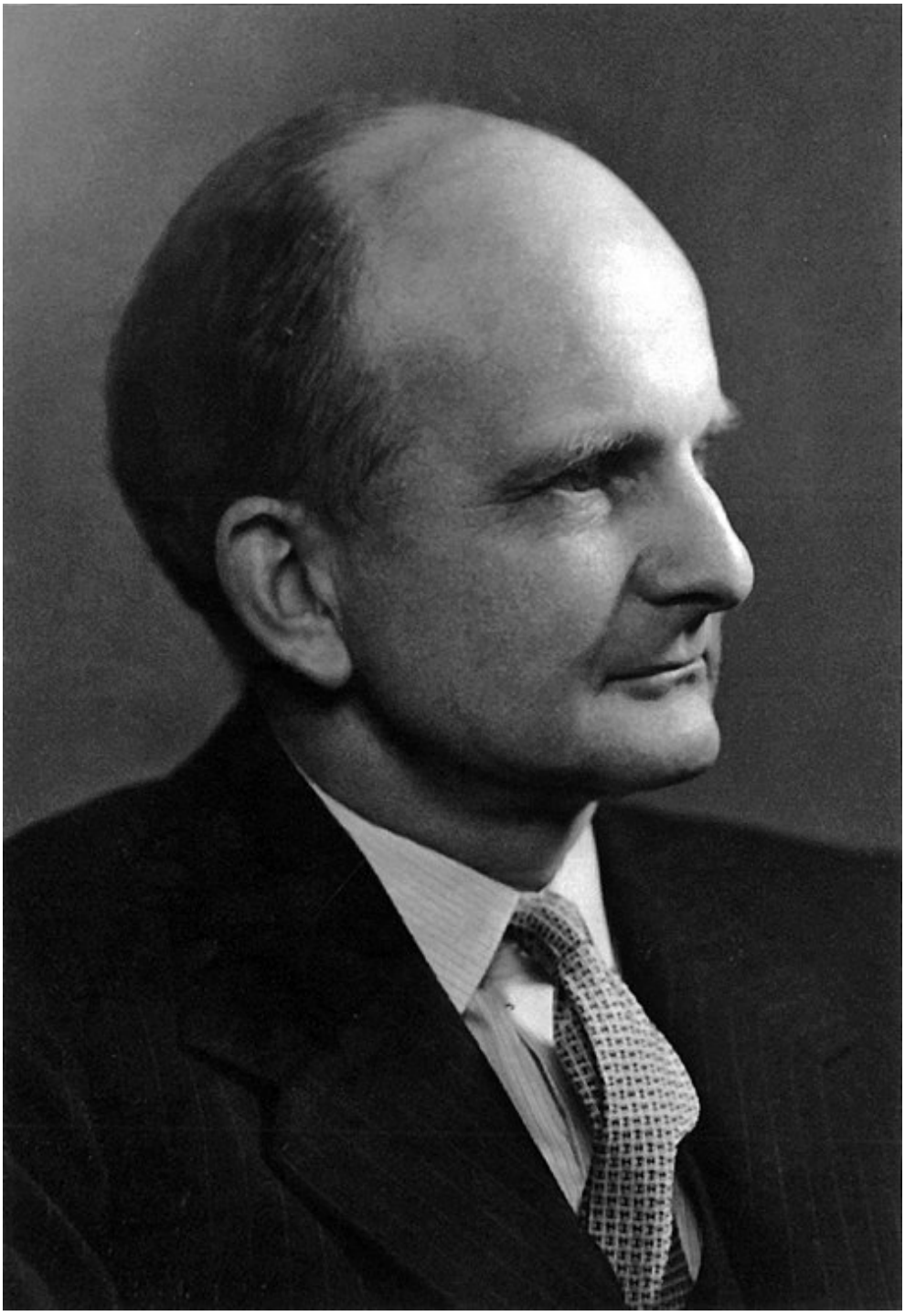
Evitar casos clínicos identificables y sin consentimiento.

Por ello, es fundamental compartir contenido con valor humano y científico, respetando la privacidad del paciente. Pensar no una, sino diez veces antes de publicar, actuar con coherencia profesional y, sobre todo, no hacerlo de forma impulsa.

Persistir en una comunicación ética y regulada no está mal; al contrario, es necesario. Dar importancia a la verdad y fortalecer una mejor relación médico-paciente.



James Pilco Luzuriaga, *Payaso social, payaso inalámbrico*,
acuarela sobre papel, 70 cm × 80 cm, 2025.



Dr. Richard Asher (1912 – 1969). Fotografía de autor desconocido, tomada de Wikipedia.

HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD COMO IMPERATIVO ÉTICO

La humanización de los servicios de salud es un imperativo ético que va más allá de un estilo de vida, una ideología o una filosofía. Implica pasar de una relación meramente personal a una relación empática, centrada en la persona.

Lastimosamente, la deshumanización de los servicios de salud —la injusticia, la dificultad de acceso, el poder concentrado en los sistemas sanitarios y la cosificación de la persona— se ha vuelto abrumadoramente visible. En muchos casos, se observa cómo algunos profesionales utilizan la imagen de sus pacientes con fines promocionales, incluso obligándolos a dar testimonio de su *éxito* en redes sociales.

Esta deshumanización, que en parte se relaciona con el ego y el narcisismo —temas de los que ya hemos hablado—, tiene varios elementos que influyen en su desarrollo.

Por ejemplo, la formación médica es intensa y exigente, con altos y bajos; evidentemente, deben ser más los *altos*, pues en esta profesión no se puede fallar. Sin embargo, a veces este hecho fomenta una falsa sensación de superioridad. Esa presión constante, jerarquizada y en ocasiones castrante puede formar médicos con rasgos de ego elevado, necesitados de validación constante, hoy muchas veces expresada a través de *reels* o redes sociales.

Estos enunciados son importantes, porque pueden presionar a los médicos hacia otras conductas menos empáticas y más centradas en la autoimagen que en el bienestar del paciente.

Según Correa Zambrano (2011):



James Pilco Luzuriaga, *Rodeados y halagados*, acuarela sobre papel, 70 cm × 80 cm, 2025.

1. Responsabilidad y poder
Los médicos tienen un rol de autoridad, tomando decisiones que afectan vidas. Este poder puede alimentar el ego, especialmente si se internaliza como una cualidad personal en lugar de una responsabilidad profesional, llevando a actitudes de grandiosidad.

2. Expectativas sociales
La sociedad suele idealizar a los médicos, viéndolos como salvadores o figuras casi heroicas. Este pedestal cultural puede nutrir el narcisismo, ya que algunos profesionales internalizan esta admiración como una confirmación de su excepcionalidad.

3. Mecanismos de defensa
El estrés emocional de lidiar con la enfermedad, la muerte y la incertidumbre puede llevar a algunos médicos a desarrollar un ego fuerte o actitudes narcisistas como escudo. La arrogancia puede ser una forma de protegerse de la vulnerabilidad o del miedo al fracaso.

4. Selección y personalidad previa
Algunos estudios sugieren que la medicina atrae a personalidades con rasgos narcisistas, como la ambición, la autoconfianza y la necesidad de control. Estas características, aunque útiles para liderar en entornos de alta presión, pueden derivar en comportamientos narcisistas si no se equilibran con empatía.

5. Falta de retroalimentación crítica
En muchos entornos médicos, la jerarquía dificulta que los colegas o pacientes cuestionen actitudes arrogantes. Sin críticas constructivas, el ego puede crecer sin control.

6. Burnout y desconexión emocional
El agotamiento profesional puede exacerbar el narcisismo, ya que algunos médicos, al sentirse desbordados, priorizan su autoimagen sobre la empatía con los pacientes, reforzando actitudes egocéntricas.



James Pilco Luzuriaga, *Selfie*, acuarela sobre papel,
21 cm × 27,9 cm, 2025.



James Pilco Luzuriaga, *Narración de la bioética*, acrílico sobre tela 7 m × 3 m, 2020.

Se escucha con frecuencia sobre la deshumanización en los servicios de salud y la necesidad impostergable de humanizarlos. Pero cabe preguntarse: ¿estamos realmente generando conciencia en nuestros estudiantes?

Al hablar de salud no nos referimos únicamente al tratamiento de las personas enfermas, sino también a las acciones que inciden positivamente en los determinantes sociales de la salud. Si no se actúa con criterio independiente y autónomo —sin dejarse arrastrar por modas o nuevas corrientes tecnológicas, que en sí mismas no son negativas—, estas herramientas pueden deslumbrar tanto a médicos como a pacientes. Ello puede derivar en el consumo de servicios innecesarios, amparados por artículos publicados en revistas indexadas que, en muchos casos, responden a intereses particulares o comerciales. En definitiva, se configura una medicina de consumo.

En este sentido, es imperativo promover una medicina humanista, que combine el rigor científico con una profunda conciencia ética. Se debe otorgar plena autonomía y libertad a los profesionales de la salud para guiarse por técnicas, conocimientos y habilidades acordes con los avances actuales, sin caer en el esnobismo médico. No obstante, esta práctica requiere de profesionales cultos, reflexivos y sabios, capaces de aplicar la ciencia y la filosofía de manera racional. Solo así se fomenta una actitud crítica hacia la propia práctica médica.

El ejercicio médico es, ante todo, un compromiso con el ser humano enfermo. La interacción con otros actores del sistema de salud exige que los profesionales reconozcan y acepten con humildad los límites de sus conocimientos. Las tecnologías empleadas no deben utilizarse de forma indiscriminada; su aplicación conlleva un profundo compromiso ético, que equilibre el control de la enfermedad con la centralidad del paciente como protagonista de su propio cuidado.

Las responsabilidades vinculadas a la comunicación con el paciente incluyen el respeto, la privacidad, la prudencia y el sigilo profesional. Actualmente, estos valores se han visto fragmentados, especialmente con el uso de la imagen del paciente como parte de la promoción personal del médico —a través de fotografías del *antes y después* de procedimientos estéticos, bariátricos, entre otros.

Los integrantes de un equipo de salud deben presentarse como un apoyo constante, sin falsas poses ni actitudes de superioridad. Su objetivo debe ser establecer vínculos profesionales y afectivos adecuados, respetando a cada paciente como un ser único, con su historia y particularidades. Solo así se

podrán alcanzar metas compartidas orientadas a la recuperación de la salud y al fortalecimiento del proyecto de vida de cada persona.

Hacer convivir los conocimientos, la técnica y los avances tecnológicos con la empatía, la afectividad y la eficacia, acompañados de la capacidad de hablar y escuchar, serán siempre un recurso inigualable frente a las plataformas digitales e inalámbricas.

COLONIALISMO Y EDUCACIÓN MÉDICA

Esta parte del libro pretende reflexionar sobre los efectos de la educación médica en la actualidad, ya que, partiendo de una instrucción adecuada, podremos evitar que nuestros alumnos caigan en el epicentro del ego médico. En otras palabras, se trata de pensar la educación.

Los términos *educare* y *educere* —hoy en día ignorados al momento de pensar en la educación— provienen del latín y aluden a dos formas inversas de comprender el proceso educativo. Permiten, además, caracterizar una amplia diversidad de prácticas pedagógicas según su correspondencia con uno u otro enfoque.

Educare significa *criar* o *nutrir*; equivale a dotar de conocimientos al alumnado, donde el proceso ocurre de fuera hacia adentro y el protagonista es el docente.

Educere, en cambio, significa *extraer* o *sacar desde dentro*; implica incitar y guiar al discente hacia su propia realización (Viniegra, 2004).

Estas reflexiones nos invitan a luchar con mayor énfasis por una educación más humana, para no convertir a los educandos en consumidores compulsivos y acríticos.

LA CRISIS DE VALORES EN LA MEDICINA ACTUAL

El *valor supremo* de la vida humana parece haberse desplazado hacia el lucro sin límite y la ganancia a toda costa. Todo aquello que no contribuye a los buenos negocios languidece o se vuelve inviable.

La dignidad humana se ha transformado en una mercancía en constante devaluación.

La codicia sin freno ha convertido en lucrativos el hambre, la miseria, la infamia, el tráfico de personas, las cárceles, las guerras, el terror y la destrucción del ecosistema (Viniegra, 2004).

De ahí la importancia de revalorar las relaciones humanas con nuestros pacientes, recibiendo y apreciando sus historias como un libro abierto.

Después de todo, al contarnos historias —a nosotros mismos y a los demás— crecemos lentamente, no solo para conocer quiénes somos, sino para llegar a ser quienes somos.

Aspectos tan importantes como el reconocimiento de uno mismo y del otro permiten ejercer una medicina que, practicada con competencia narrativa, es más capaz de comprender el entorno del paciente y sus enfermedades. Esto nos permitirá unirnos humildemente a nuestros pares y acompañar a los pacientes y sus familias en el sufrimiento de la enfermedad, alcanzando así un cuidado más ético y eficaz.

Es quizás en la enseñanza donde los docentes de futuros médicos debemos poner mayor énfasis. Pocas situaciones en la práctica médica carecen de un componente narrativo: la docencia, la clínica, el interrogatorio prequirúrgico o la investigación están atravesados por la narración.

Incluso el interrogatorio prequirúrgico requiere tejer un hilo de amistad y confianza, conociendo el entorno del paciente que se someterá al cuidado de un especialista que, por supuesto, no está exento de errores.

El cuidado del paciente y el reconocimiento de los deberes éticos y personales de los profesionales de la salud deben propiciar relaciones sanadoras entre médicos, pacientes y comunidad. Parte de la misión de este libro es señalar aquello que le falta a la medicina actual: singularidad, humildad, responsabilidad y empatía; cualidades que pueden desarrollarse a través de una formación narrativa profunda.

Los seis puntos de Viniegra

Viniegra (2004) nos alerta sobre seis problemas fundamentales en la educación y el ejercicio de la medicina:

1. Individualismo
Supone proyectos vitales regidos por la lógica del cada quien lo suyo y sálvese quien pueda. En un mundo individualista, «la responsabilidad colectiva por los males de la sociedad no existe» (Bauman, 1999, p. 20).

2. Especialización reduccionista y excluyente
El profesional pierde de vista la raíz de los acontecimientos que lo afectan, generando distancia del pensamiento complejo e integrador.

3. Pasividad ante los abusos de poder
Producto de limitaciones cognitivas y de la sumisión ancestral a la autoridad.

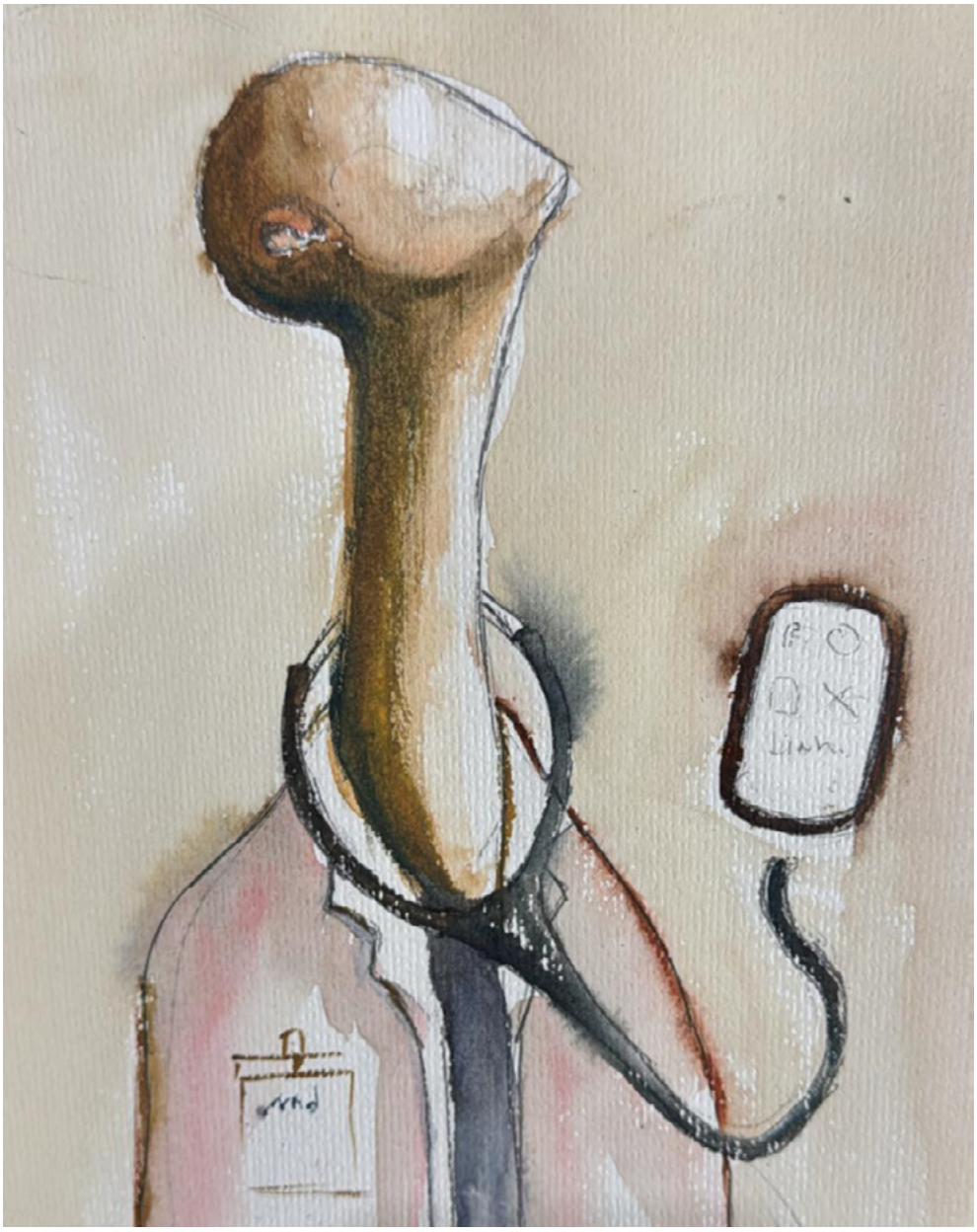
4. Competitividad exacerbada
Impulsada por un mercado laboral restrictivo que fomenta la rivalidad, la desconfianza y el estrés profesional.

5. Consumismo insaciable
Motor de una economía que profundiza desigualdades y agota los recursos del planeta.

6. Alta vulnerabilidad a la manipulación mediática

Consecuencia de la indiferencia o del escaso entendimiento de los problemas sociales.

Debemos, por tanto, ampliar los círculos de influencia hasta alcanzar las dimensiones legales, éticas y de justicia social, promoviendo una educación médica comprometida con la libertad, la equidad y el respeto a la dignidad humana.



James Pilco Luzuriaga, *Selfie colgado*, acuarela sobre papel,
21 cm × 27,9 cm, 2025.

SALUD, ÉTICA Y NARRATIVA EN LA HISTORIA

El bienestar de las personas ha estado, desde la antigüedad, ligado a lo divino. Si un dios —de cualquier cultura— no favorecía a alguien, este estaba condenado a sufrir. Un ejemplo clásico es el de Odiseo, quien, tras la guerra de Troya, pasó diez años errante sin poder regresar a Ítaca por haber desafiado la autoridad de Poseidón. Así, el proceso de salud-enfermedad fue interpretado durante siglos como resultado de fuerzas divinas.

Los griegos creían que los dioses eran causantes o dadores de salud: «Apolo y su hermana Artemisa disparaban las flechas que provocaban la enfermedad o la peste, el deterioro y la muerte» (Ortiz, 2002, p. 18).

En la medicina actual, algunos colegas pretenden ser superiores, y los jóvenes se inclinan hacia profesiones en las que resulta más fácil ostentar poder. Ese poder del médico frente al paciente —quien confía ciegamente en el personal de salud— puede convertirse en una trampa peligrosa. Cuando el estudiante culmina su carrera, realiza su posgrado y su hiperespecialización, corre el riesgo de caer en una visión según la cual, una vez alcanzado el objetivo final, todo lo demás deja de importar.

Nuestra misión es evitar que los médicos caigan en un espiral megalomaníaco de ego, poder y rigidez, pues esto conduce a una pérdida de credibilidad y a un distanciamiento con la verdadera esencia de la medicina: el servicio humano.

La conciencia de las brechas entre enfermos y sanos debe estar presente cuando interrogamos a los pacientes y sus familias. La enfermedad debe abordarse en conjunto, ya que la temporalidad y la ética no se contraponen al intervenir en ella; más bien, se complementan.

La relación médico-paciente debe ser holística y esperanzadora. A los estudiantes se les debe enseñar no solo los éxitos, sino también los fracasos, pues

estos, en gran medida, son fracasos anímicos: sufrimientos que no pueden afirmarse del todo. Es cuando dejamos de percibirnos como objetos valiosos —pero inescrutables para el enfermo— que comprendemos que médicos y pacientes intentan penetrar en los secretos del otro: qué estarán pensando, si ocultan algo, si el tratamiento propuesto será adecuado. Nos situamos frente a frente, silenciados por un misterio: la alteridad, puesta en suspenso, a la espera.

Nuestra misión es erradicar el *colonialismo médico*, ayudando al paciente a aprehender el significado de su enfermedad. A veces, un estudiante de medicina expresa su rabia ante la injusticia del padecimiento; muchas veces, nos sentiremos solos y acompañados al mismo tiempo, extraños y semejantes.

El paciente y el médico comparten esta dualidad: ambos se sumergen en la oscuridad y la familiaridad del otro. Por ello, como docentes, médicos y alumnos, debemos romper con ese colonialismo a través de la diversidad de nuestras combinaciones: nuestros dones, nuestras cargas y nuestras posibilidades, mientras hacemos todo lo posible por curar.

El humanista renacentista poseía una visión integral del mundo y, al igual que el médico-filósofo, sus conocimientos no se restringían a un solo ámbito. El arte de transitar con naturalidad de una disciplina a otra fue característico de grandes médicos filósofos de la antigüedad, como Marsilio Ficino, Andrés Laguna o Francisco Vallés.

Esa *anestesia social*, acuñada por Leonardo Viniegra, es un término que describe los comportamientos actuales de algunos médicos que, consciente o inconscientemente, fomentan la industria del miedo. El horror a la enfermedad opera como un distractor, mientras que la fe ciega en el saber científico se convierte en un recurso para encontrar *mejores modos de vida.*

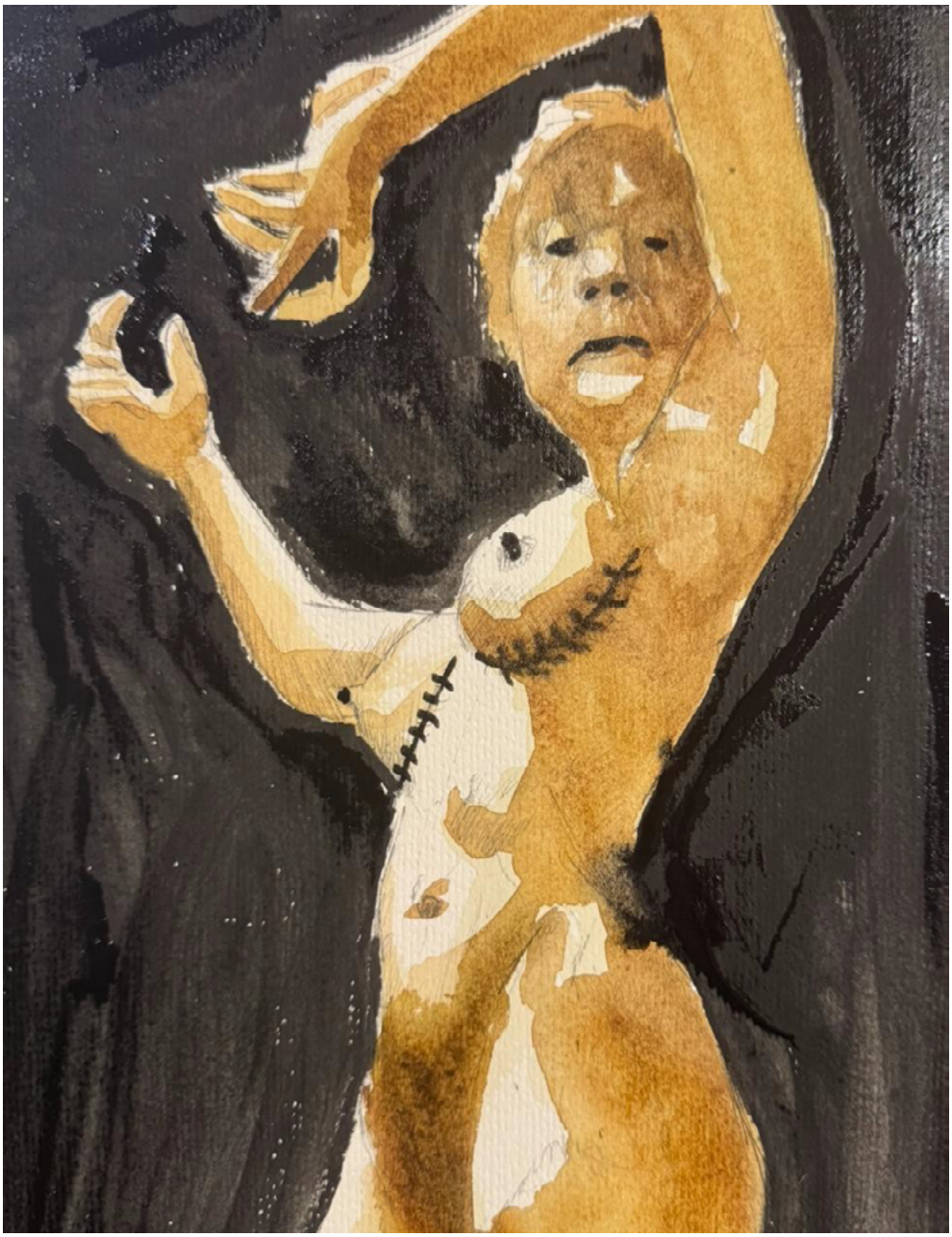
Vivimos en una época de publicidad avasallante, sin control ni base científica, en la que predomina la obtención de altas tasas de ganancia mediante la manipulación del mercado. Los seres humanos permanecen agachados frente a un dispositivo, consumiendo dosis elevadas de fantasía y publicidad ilusoria que inducen necesidades alienantes e infundadas.

Ello genera un patrón compulsivo, tanto en médicos como en pacientes, consolidando una salud entendida como mercancía a un costo cada vez más alto.

En contraste, desde la antigüedad se entendía la enfermedad como un trastorno de la armonía interna, cuyo tratamiento debía centrarse en recupe-

rar el equilibrio del enfermo mediante métodos modestos, con menor dependencia de la medicalización. Es necesario evitar la creación de consumidores anómalos, un negocio creciente para la industria de

la salud, especialmente visible en las enfermedades mentales, donde cada vez se reclutan más dependientes de ansiolíticos y antidepresivos. En otras palabras, se crean dependientes para mantener un flujo constante de pacientes deseosos de ser medicalizados.



James Pilco Luzuriaga, *Esculpiendo y presumiendo cuerpos*,
acuarela sobre papel, 21 cm × 27,9 cm, 2025.



James Pilco Luzuriaga, *Ego arrepentido*, acuarela sobre tela, 2 m × 1,50 m, 2023.

NARCISISMO EN LA MEDICINA

La palabra Narciso suele interpretarse de manera despectiva, descalificando a una persona y equiparándola con el egoísmo. Sin embargo, la intención de este capítulo es que el narcisismo médico sea comprendido en términos que permitan evitar su impacto negativo en la relación médico-paciente.

Como refiere Mariana Troilo (2010), este narcisismo puede conducir a la destitución del conflicto con la castración y el rechazo del inconsciente. Un aspecto significativo de esta particularidad es la megalomanía, a veces presente en el quehacer médico, que puede volver al profesional inaccesible a la interpretación común, provocando un rechazo inconsciente hacia la crítica o la reflexión

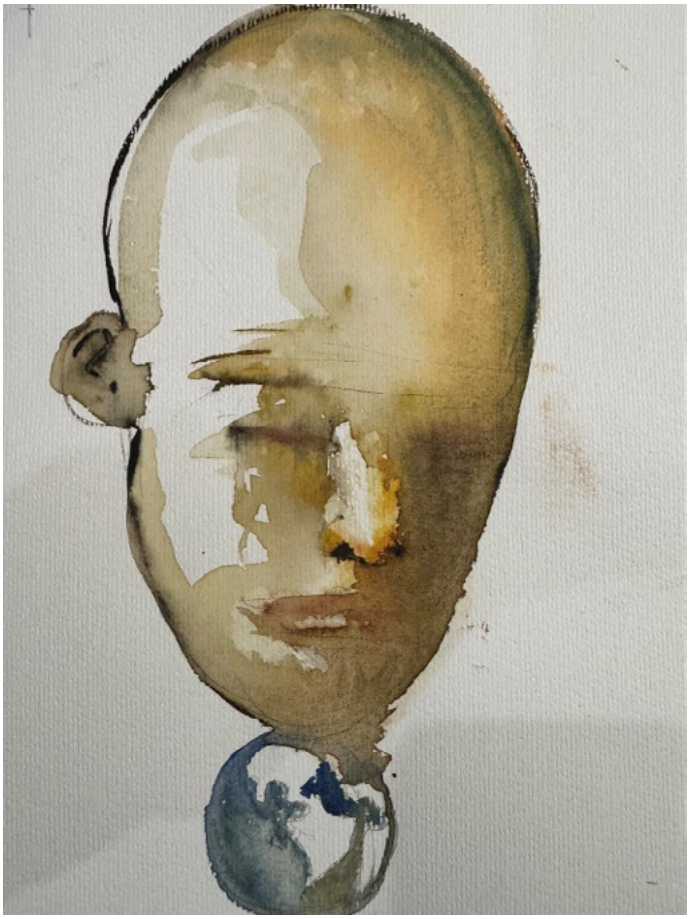
La deriva narcisista puede generar cambios profundos en la actitud del médico, llevándolo a una postura refractaria, centrada en su imagen y desligada de lo que realmente importa: el otro. En el camino del narcisismo no hay hombre ni mujer; predomina una figura andrógina, autosuficiente y abstraída del mundo.

Después de todo, el narcisismo radica en la función de la mirada en el espejo: verse requiere amarse, y en tiempos de redes sociales —depredadoras en su consumo de imágenes— la mirada narcisista se inscribe en un ciclo interminable de autoafirmación.

En la actualidad, los nuevos especialistas e hiperespecialistas moldean su figura profesional a partir de la imagen y los títulos, en un contexto donde la medicina se ha convertido en una mercancía. En países como Ecuador, la carrera médica es altamente rentable para las universidades, y este fenómeno ha convertido al galeno en un ser, muchas veces, divorciado de la realidad y la cultura.

Este exceso de realismo puede adquirir rasgos neuróticos, impulsando al médico a buscar el éxito y el amor de quienes trata mediante la manipulación emocional. Se observa con frecuencia cómo algunos moldean su imagen a través de testimonios de pacientes o fotografías de procedimientos quirúrgicos, utilizando esa exposición para fortalecer la *escultura del yo.*

Sin embargo, el narcisista de éxito está lejos de ser un loco, salvo que exista un grado de contaminación social, algo que, sin duda, está ocurriendo. La locura colectiva de la sociedad contemporánea —obsesionada con el dinero, el poder y la visibilidad— alimenta estas conductas.



James Pilco Luzuriaga, *Sobre el mundo*, acuarela sobre papel
70 cm × 50 cm, 2025.

LA INDUSTRIA DEL EGO

El narcisismo médico se alimenta de múltiples recursos: los viajes a congresos —donde muchos asisten como oyentes, pero se presentan como conferencistas—; los premios virtuales, que pueden adquirirse pagando sumas de dinero a organizaciones que otorgan títulos honoríficos; las medallas autoimpuestas; y la promoción de tecnologías inexistentes; y hablo con propiedad, porque he sido testigo en primera línea de estos ofrecimientos.

Todo se justifica en nombre de la visibilidad. Lo importante ya no es la ética o la excelencia médica, sino *ganar notoriedad*, incluso a costa de exagerar o falsificar logros.

Pero estar en la cima exige sacrificios personales y una cierta negación emocional. Surge entonces la pregunta: ¿qué fue primero, la imagen o la negación de los sentimientos? Ambas parecen ser dos caras de la misma moneda: la imagen domina y subordina las emociones, eliminándolas si es necesario para mantener la apariencia de perfección.

Existen, incluso, *artistas del timo* en el ámbito médico: profesionales que construyen una imagen de poder con propuestas terapéuticas inviables o *curas milagrosas*. Su objetivo no es sanar, sino ganar, aun si ello implica aplastar a otros colegas o engañar a los pacientes.

Pareciera mentira, pero así como hay guerras entre bandas, también existen guerras entre grupos médicos, cuyos miembros actúan como soldados disfrazados de humanitarios. Buscan diferenciarse y mostrarse como los mejores, aunque no lo sean, convirtiendo la imagen en mercancía deseada.

El narcisismo escinde la realidad: el médico termina identificándose con su propia imagen, mientras proyecta en otros los aspectos rechazados de su propio yo.

La sociedad actual fomenta el narcisismo, especialmente en una carrera como la medicina, donde ya no basta con ser médico: se exige una especialidad, una subespecialidad y, finalmente, una alta especialidad. Este proceso prolongado —que puede extenderse más de seis años— somete al profesional

a una presión constante y a una necesidad creciente de visibilización, principalmente en redes sociales.

En Ecuador, por ejemplo, el número de médicos duplica al necesario, lo que genera una competencia feroz por la atención del público. Esta sobreoferta, combinada con una sociedad digital y consumista, impulsa la búsqueda desesperada de reconocimiento, aunque sea a través del narcisismo.

En este contexto, el poder se reduce al uso de los encantos narcisistas: captar admiradores, reclutar seguidores, explotar miedos y debilidades. El miedo, la ansiedad y la belleza son grandes negocios. El narciso médico proclama ser luz y seguridad, y quienes caen en sus redes lo ven como un salvador. Si no logra tener muchos seguidores, al menos tendrá uno devoto.

Asumir el poder terapéutico desde una personalidad narcisista no produce un cambio real en el paciente. Por el contrario, lo hace dependiente, reforzando la creencia de que solo ese médico —*ese yo médico*— puede sanarlo.

Los efectos narcisistas impiden la narración y la mirada contemplativa, que son las que traducen la experiencia humana. La medicina requiere reinventar esa capacidad de escuchar y atender tanto palabras como silencios, sin reducirlo todo a un espectáculo mediático.

Los médicos autocomplacientes propician una fragmentación del conocimiento científico, encerrándose en disciplinas cada vez más especializadas que excluyen otras visiones. Esto reduce el pensamiento complejo y hace a los profesionales más vulnerables a la manipulación mediática.

Vivimos bajo un régimen informático totalitario, donde el conocimiento se mide por algoritmos y datos. El big data sustituye la narración por lo numérico, pero, como advierte Byung-Chul Han (2017): «Los algoritmos, por muy inteligentes que sean, no sustituyen los relatos ideológicos ni las experiencias humanas».

El narciso médico se despide de la realidad: no imagina nada más allá de la pantalla. Es el totalitarismo sin ideología, el dominio del dato sobre el sentido, la desaparición del otro.

ESCULTURA DEL YO

En este capítulo pretendo abordar, a partir de ejemplos de médicos-filósofos que ejercieron la medicina con criterio humanista, un modelo a seguir para no caer en el narcisismo médico. Desde los presocráticos —Alcmeón y Empédocles—, pasando por la Grecia clásica (Hipócrates), la Roma antigua (Galeno, Sexto Empírico), la Edad Media —con los árabes Avicena y Averroes; los judíos Isaac Israeli y Maimónides; y, entre los cristianos, Petrus Hispanus y Marsilio de Padua—, hasta el Renacimiento y la modernidad —Francisco Sánchez, John Locke, Julien Offray de La Mettrie—, y épocas más recientes —Albert Schweitzer, Sigmund Freud, Karl Jaspers, Georges Canguilhem, Pedro Laín Entralgo—, encontramos ejemplos de médicos que antepusieron la vocación y el humanismo, integrando la filosofía para un manejo integral del ser humano, sin poses ni narcisismos tan abundantes hoy.

Nuestro mundo —hablo del campo de la salud— se encuentra asolado por una degradación omnímoda, producto del agotamiento y de la caída de una civilización occidental basada en el lucro sin límites, que convierte en mercancía lo más sublime y lo más vil de la condición humana, especulando con la *escultura del yo* de los profesionales y volviendo rentables sus acciones.

El narcisismo médico conduce a un reduccionismo científico y a una reclusión de las conciencias: algunos médicos priorizan su *escultura del yo* sobre las ideas y favorecen un conocimiento *capitalizable*, guiado por la innovación tecnológica en la carrera por ser los primeros, a veces sin el seguimiento científico adecuado de las técnicas. Esta lógica compite dentro de empresas que sostienen tecnologías de control social.

El narcisismo en la medicina no difiere del de la vida en general: el profesional moldea su *escultura del yo*, pero puede perder de vista la realidad del entorno. Lejos de la locura —aunque alimentado por la frenética necesidad de posicionamiento—, busca ganar pacientes, poder y prestigio. Aun reconociendo sus limitaciones, la búsqueda compulsiva de novedades científicas puede distorsionar su juicio ético.

Las limitaciones del saber y la novedad científica, con sus mitos y certezas, generan consecuencias perturbadoras: favorecen la hegemonía del médico como actor de poder en la lógica del pensamiento, mientras el desarrollo tecnológico opera como herramienta en la relación familiar, espacial, cibernética e informática, abriendo la puerta a mecanismos de control (*yo tengo, yo sé, yo soy el primero*). Así se consolida una hegemonía de intereses y *buenos negocios*. La innovación tecnológica ofrece una razón subyacente que, al desplazar la conciencia crítica de los involucrados, puede propiciar conductas enajenantes y fanáticas, manipulando conciencias adheridas a las redes sociales e induciendo prejuicios y fobias que fomentan pasividad, obediencia, individualismo médico y autocomplacencia.

A lo largo de la vida profesional, un narcisismo mal encauzado impacta la relación médico-paciente, volviéndola asimétrica: se explica con términos impronunciables, se indican pruebas costosas y dolorosas y se reduce la autonomía del paciente. Si bien la franqueza en pronósticos adversos es necesaria, la sociedad otorga al médico un halo de grandeza como figura de poder y poseedor de un conocimiento exclusivo, lo que puede inflamar su autoimagen.

Como trabajadores de la salud debemos procurar armonía, certezas y serenidad, aliviar miedos e inseguridades y ofrecer soluciones integrales a los problemas de salud.

Con frecuencia, colegas caen en un espiral megalomaníaco: no aceptan críticas, creen poder resolverlo todo solos, incluso en el ámbito quirúrgico, donde la colaboración es indispensable. En emergencia, cuando la técnica cambia de rumbo o surge una complicación, son clave la cabeza fría y la humildad. El trípode ego-poder-rigidez conlleva consecuencias graves.

Algunos buscan una afirmación impulsiva del éxito, cueste lo que cueste, a veces atacando a colegas a través de los medios masivos. En esta fase de narcisismo posmoderno se instala la desconfianza mutua entre médico y paciente.

Como sintetiza H. Bernard (2013), un patrón general del narcisismo médico es la grandiosidad y la necesidad de admiración. Entre sus rasgos están: (1) un sentido grandioso de autoimportancia; (2) preocupación por fantasías de éxito ilimitado, poder y brillantez; (3) creerse especial y comprensible solo por personas de alto estatus; y (4) exigir admiración excesiva.

Este fenómeno se acentúa en los hiperespecialistas, que empiezan su carrera pública en un mundo más competitivo y voraz. La hipermedicalización de la vida cotidiana se distancia del progreso civilizatorio: la salud se convierte

en obsesión y mercancía. Como advirtió Malcolm X: «Si no estás prevenido ante los medios de comunicación, te harán amar al opresor y odiar al oprimido».

La industria de la salud, poderosa y transnacional, produce constreñimiento social: la tecnología de última generación condiciona los problemas que se investigan.

La metáfora de la máquina perfecta y la máquina averiada —el sano y el enfermo, con el médico como reparador— resulta reduccionista. Favorece un individualismo temeroso y multiplica fracasos en la atención. La hiperespecialización privilegia fragmentos del organismo y desatiende el resto. Este andar, colmado de ansiedades y obsesiones, marca la práctica diaria; en ciertos sectores existe resistencia, pero la hipermedicalización avanza, afecta sobre todo a los más desfavorecidos y no propicia serenidad ni una buena convivencia.

Bajo el eslogan de promover y conservar la salud, se impulsan chequeos invasivos, ejercicios compulsivos, uso indiscriminado de fármacos y dispositivos para bajar de peso (por ejemplo, balones intragástricos, *bypass* o *sleeve gástrico*), en una comercialización de conciencias.

El ego puede quebrarse ante sucesos inesperados —que no se publican. Enfrentar esos fracasos debería reconstruir la *escultura del yo*: no somos infalibles, ni debemos esperar siempre ser comprendidos. Ningún médico entra para hacer daño; lo que nos parece lógico puede no serlo para otros. Mantengamos legitimidad y valores humanos y científicos, sin perder la bondad y el servicio. No cobrar no te convierte automáticamente en *buen médico:* se trata de reconciliarse con uno mismo y con el entorno. Los médicos formamos parte de una sociedad de masas; no podemos estar alejados del bien común: debemos contribuir a construir una sociedad sólida. San Agustín propuso edificar sobre la caridad y el amor al prójimo las bases de una sociedad fraterna. No se trata de abrazar una religión, sino de reconocer nuestra vulnerabilidad y evitar convicciones hipócritas para agradar al paciente.

El carácter narcisista puede proyectar una imagen más grande que el propio ego: presume logros y se sobrevalora en un mundo regido por el dinero, en contradicción con la realidad del yo.



Meme difundido en redes sociales (autor desconocido)

LA INSATISFACCIÓN CRÓNICA DEL EGO

Si con todo lo que tienes no eres feliz,
con todo lo que te falta tampoco lo serás.
ERICH FROMM

Como seres humanos —y en este caso, médicos— podemos esculpir nuestra figura mediante los medios de comunicación. Una imagen muy pulida del yo puede carecer de la integridad y honestidad que pretende exhibir. La *escultura del yo* implica con frecuencia una negación de sí, una mentira que requiere ser transformada.

El ego es el reflejo que nos convence de ser entidades separadas: el yo que señala el cuerpo, los roles y los deseos. Es arquitecto y prisionero: negocia entre instintos y razón, pero también teje la ilusión de separación que alimenta el sufrimiento. Para el budismo, el ego es una máscara confundida con el rostro; su disolución no destruye, despierta. En Occidente, Descartes formuló el *ego cogito*; Freud lo ubicó como mediador entre el caos pulsional y la civilización. Hoy, la psicología lo concibe como paradoja: ni enemigo a aniquilar ni dios a adorar, sino herramienta frágil que oscila entre conexión y aislamiento (Canjura, año).

Detrás de una *escultura del yo* hiperinsuflada se presume ausencia de miedo y de vulnerabilidad, pero comentarios adversos o exigencias incumplidas hieren.

¿Engendran las redes sociales una generación narcisista? Quizá insatisfecha, atrapada en un yo digital que titiritea el cerebro y se desvanece como un espejismo. Las soluciones no serán simples: el mundo se vuelve adictivo y dependiente.

La antropología filosófica, la psicología social y la sociología —en nuestra facultad impartimos Antropología de la salud— permiten abrir otros espacios

de conocimiento, comprender dinámicas del ciberespacio y entender necesidades humanas distorsionadas por el prisma digital.

En nuestra era postcultural, proliferan pseudoculturas. En *El arte de ser humanos*, Rob Riemen (2014) menciona: *kitsch*, pragmática, capitalismo y farándula, esnobismo estético y desesperación.

- **Kitsch**

  En medicina, vender la profesión como moda y garantía de ingreso; promoción superficial; buenos clientes académicos.

- **Pragmática**

  Médicos de la mano de ciencia y tecnología que absolutizan solo lo verificable; redes sociales todopoderosas que confirman intereses mediante algoritmos.

- **Capitalismo y farándula**

  Médicos de farándula que buscan felicitaciones por invitaciones como oyentes a congresos, a veces sin dominar el idioma; importa la fama y la riqueza.

- **Esnobismo estético**

  Veneración de lo bello y efímero para evadir la realidad; visible en ciertos ámbitos plásticos y bariátricos.

Como trastorno del carácter, el narcisismo —amor acentuado por sí mismo— deviene doloroso. «El narcisista no busca experiencias; en todo lo que le sucede, busca la vivencia de sí mismo… uno se ahoga en el yo» (Han, 2012/2014).

Las redes sociales nos hacen sentir falsos millonarios en amistades. Carl Schmitt señaló que tener más de un único verdadero enemigo es signo de escisión interior; análogamente, la multitud de *amigos* en Facebook indicaría falta de carácter y flexibilidad camaleónica, rasgos útiles para la eficiencia económica (Han, 2012/2014).

El entorno promueve una valoración constante de nuestros actos y una aceptación digital de los logros: el *like* valida el narcisismo y convierte al médico en un Sísifo digital, condenado al aplauso virtual y a la autoexhibición permanente.



El médico de Platero, escultura de Darbon (España).



Médico en base de mármol, escultura de Ángeles Anglada (España).

La filósofa Judith Butler argumenta que la identidad es performativa: se construye mediante la repetición de actos y gestos socialmente reconocidos (1990/2007). En el escenario actual de hiperconectividad y performatividad, los usuarios sienten la necesidad de representaciones idealizadas de sí mismos. Entre los médicos, la propaganda deviene *reality show*: el *like* es aplauso en emoticones, pero no se siente. Se construyen identidades fragmentadas, narrativas adaptadas al ojo del potencial paciente, con poses estudiadas y relatos no siempre bien articulados.

Zygmunt Bauman describe la modernidad líquida: fluidez, incertidumbre y vínculos frágiles (Bauman, 2000/2003). Los vínculos humanos —prioridad para la medicina— se rompen con la misma facilidad con la que se tejen: basta tocar un botón para cancelar una relación. Prima la gratificación inmediata y la aceptación superficial sobre el tejido de lazos profundos.

Las redes sociales, desarrolladas y en constante innovación, prometen mejorar la calidad de vida, pero habilitan un libre albedrío de emisión y difusión sin verificación. A modo de recordatorio profesional:

- **Facebook**
  Alcance etario amplio, manejo sencillo; útil para mensajes menos agresivos.

- **X (antes Twitter)**
  Microblogging de alta velocidad y replicabilidad.

- **YouTube**
  Ventajoso para explicaciones didácticas y procedimientos.

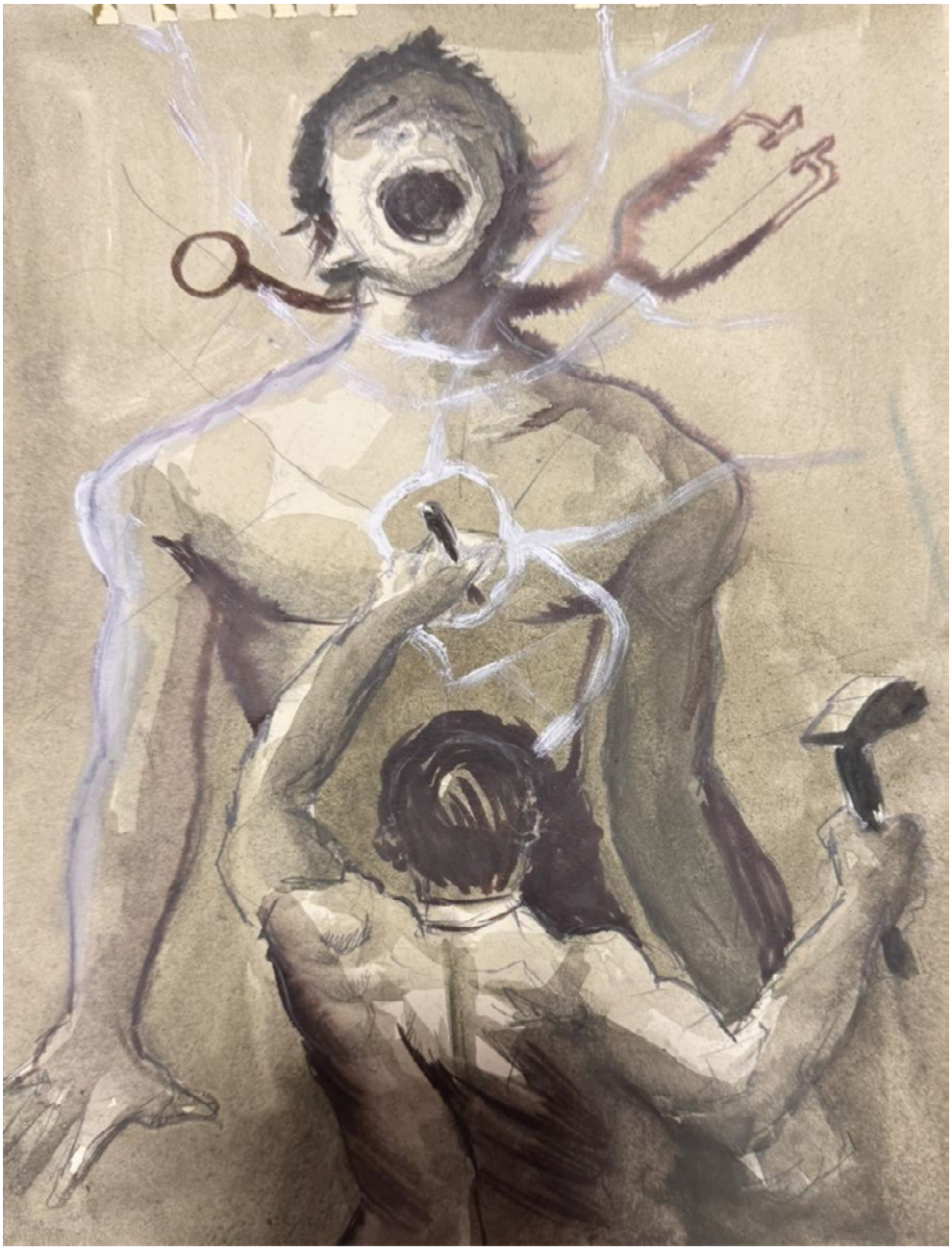
- **LinkedIn**
  Red de contacto profesional y académico.

- **Instagram**
  Estética, filtros y escultura del yo por excelencia.

¿Por qué hablar de la *escultura del yo*? Porque permite al médico definirse inalámbricamente: retocar logros, exagerar proezas, reforzar el ego con likes y comentarios, sin mostrar fracasos. Se promueve un yoísmo: ser el primero, el



James Pilco Luzuriaga, *Ego abrazado*, acuarela sobre papel,
60 cm × 80 cm, 2025.



James Pilco Luzuriaga, *Ego partido*, acuarela sobre papel,
70 cm × 80 cm, 2025.

único, el hiperespecialista; exhibir partes del cuerpo como trofeos o una falsa humildad que publicita lo *bueno* que se es.

El decoro humano es difícil de esculpir, pero es prioridad vital en cualquier edad. Frente al individualismo, urge una conciencia esclarecida que defienda y mejore la dignidad. Los médicos debemos reconocer y enfrentar los efectos degradantes del lucro sin límites, el individualismo y un superyó que insensibiliza. Se trata de redefinir la dignidad, robustecer valores de superación espiritual, intelectual y moral, ejercer la libertad, elevar la convivencia e integrar lazos de cooperación y solidaridad.

Debemos ejercer una conciencia crítica ante los medios: no magnificarlos como mecanismos de control que deslumbren al usuario con una difusión supuestamente objetiva e inexorable, ocultando información incómoda y propagando versiones justificativas del orden imperante. Esa insistencia avasallante provoca temores y creencias sin sustento que fomentan el individualismo (Viniegra, 2004).

Massimo Recalcati (2016), en *La hora de clase*, afirma que Narciso encarna la tragedia egótica de perderse en la propia imagen: el mundo reducido al reflejo del yo. Hoy somos un ejército de narcisos digitales, enamorados de nuestra proyección en pantallas, como si estas amplificaran la voz propia. Pero esa visibilidad es transitoria y conduce al duelo digital: el cerebro, saturado de información, la descarta o consume superficialmente. La luz adictiva se vuelve dato fugaz.

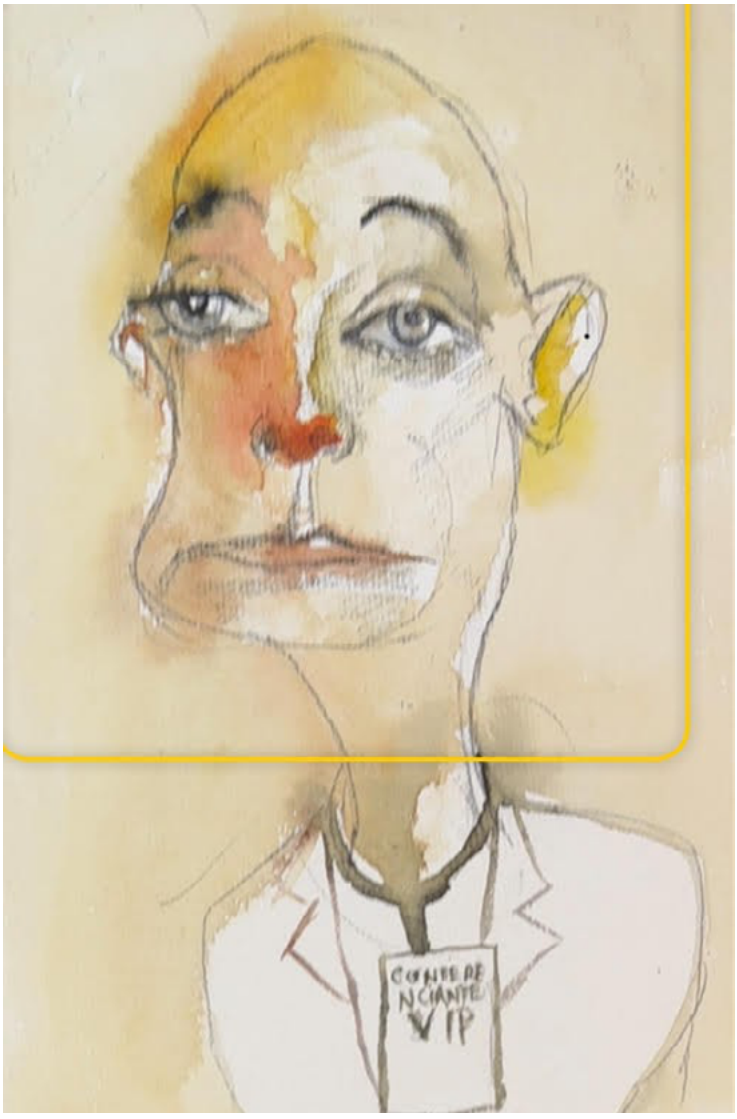
La *selfie* es un acto comunicativo expuesto al escrutinio público. No solo la del rostro: también la *selfie* de logros. Es información adictiva y efímera: no narra. Como señala Byung-Chul Han (2021) en *No-cosas*, somos *homo ludens*; la comunicación por imágenes, sobre todo la fotografía digital, es más apta para jugar y teatralizar que la escritura. Podemos hacer poses extremas: no hay selfies silenciosas; su alcance es masivo, pero pobre. Nos colocamos máscaras según el logro del momento: una mercancía para la gran masa. Diría Walter Benjamin: pierden su aura.

No conozco la fuente exacta, pero la sentencia merece nota: «Ningún médico que no sepa manejar su ego debería ser docente de medicina: se educan humanos, no prepotentes que se crean dioses».

La *escultura del yo* se quiebra cuando el médico desconoce la particularidad de cada sujeto. Debemos escuchar necesidades y evitar respuestas



Yayoi Kusama, *Jardín de Narcisos*, acero inoxidable, 2009.



James Pilco Luzuriaga, *El conferencista egocéntrico*, acuarela sobre pape l21 cm × 27,9 cm, 2025.

codificadas y dogmáticas. Aceptar la crítica y ejercer la autocrítica es saludable. El diálogo entre saberes es necesario: creer para entender y entender para creer. La comunidad científica exige apertura, inteligencia y razón intuitiva para discernir la verdad. Esto no se logra ensalzando el ego inalámbrico, sino en una correcta relación médico-paciente.

La sobrecarga comunicativa y el exceso de información —conversaciones mediadas por lo digital— amenazan las defensas del alma y quiebran la integridad humana. En una sociedad que exige rendimiento, los médicos quedamos atrapados en prácticas de *marketing* a menudo exageradas y sin sustento ético. Las redes irradian un exceso de positividad, exhiben triunfos inalámbricos y fomentan el enfrentamiento entre nosotros mismos.

LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN ÉPOCAS DE FALTA DE EMPATÍA

Las tecnologías digitales y los medios de comunicación no solo afectan la libertad: también pueden fomentar desigualdad e impactar la justicia. Al mismo tiempo, facilitan la autoinformación del paciente. De hecho, existen estudios que señalan que algunos pacientes se sienten más cómodos conversando con un chatbot tipo ChatGPT —al que pueden preguntar cuántas veces quieran y durante el tiempo que deseen—; sin embargo, este acompañamiento puede estar en riesgo de interferencia o mal uso. Es decir, una *libertad negativa* que, si se gestiona mal, puede derivar en dependencia y explotación.

Además, el solo hecho de anunciar que determinado examen se realizó *con ayuda de IA* puede funcionar como un plus (positivo o negativo) para el médico. El paciente llega a la consulta con más información y argumentos: el conocimiento ya no es patrimonio exclusivo de nadie.

Existen innumerables cursos de IA aplicados a la salud. Estas herramientas permiten la vigilancia mutua mediada por algoritmos. Las personas recurren a la *sousveillance* —vigilar *desde abajo*, grabando interacciones—, lo que puede amenazar la libertad tanto del paciente como del médico, atravesando la autonomía de la privacidad y de la esfera personal, en una sociedad que promueve la cultura de compartir (Mann y Wellman, 2002).

Como advierte Véliz (2020), el liberalismo exige que solo esté sujeto al escrutinio público aquello estrictamente necesario para proteger a los individuos y cultivar una vida colectiva física y moralmente saludable; por el contrario, una cultura de la exposición pretende que todo sea compartido y público.

Al crear un *reel*, publicar logros o usar IA, todo se registra y quedamos expuestos en esa *caja abierta* de información. Muchos profesionales adoptan esta exhibición como forma de trabajo, creando dosieres digitales y com-

partiéndolos voluntariamente: no hace falta un Gran Hermano que obligue; nosotros mismos nos exponemos al escrutinio público, mientras las grandes compañías obtienen datos de manera transparente y, a la vez, descarada. El problema se enquista: nuestra forma de pensar se subordina a un orden social más extenso y, poco a poco, perdemos control sobre la propia vida.

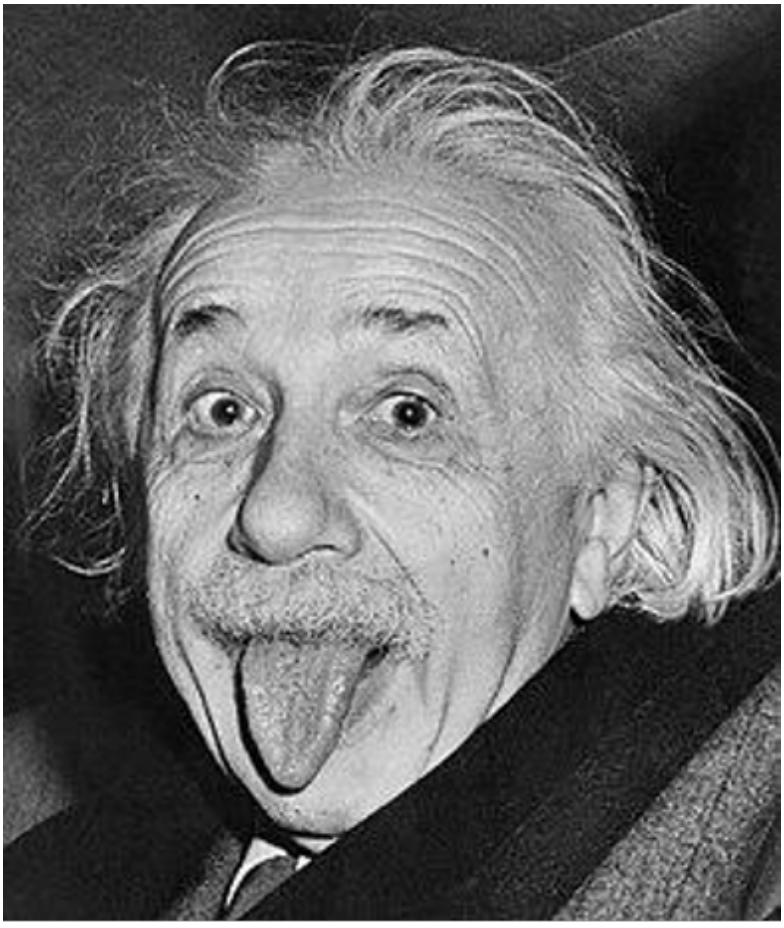
Algunos médicos llegan a creerse guardianes del conocimiento; el ego científico puede convertirse en su peor enemigo. Incluso Einstein fue vilipendiado por colegas en su momento: la innovación suele despertar resistencias. A veces se suprime lo nuevo porque amenaza el orgullo o por falta de recursos para adquirir determinada tecnología; ese bloqueo conduce a ideas erróneas y al aislamiento frente a la evidencia. De ahí el peligro y, a la vez, la potencia de la IA: un algoritmo maduro, entrenado con grandes volúmenes de datos, puede identificar situaciones atípicas que el humano pasaría por alto.

Desde la neuropsicología, se ha señalado que Occidente concibe el yo como control del cuerpo, mientras que Oriente lo entiende como construcción narrativa; esta tensión cultural también condiciona cómo nos relacionamos con la IA (Neubauer, s. f.).

Ahora bien, el uso prudente de redes sociales —si se realiza con responsabilidad— no debería generar temor: puede ser útil si se maneja con criterios éticos. Debemos, más bien, temer a la ignorancia, al oscurantismo, al falso ego y a los logros efímeros validados por *likes*. Exijamos que el conocimiento se obtenga éticamente y se utilice de manera adecuada.

Se dice —con frecuencia— que el número de científicos vivos y activos se duplica cada década. Se avecina una revolución con incertidumbres: muchos futurólogos erraron en sus predicciones (por ejemplo, el *hombre totalmente biónico*). Aun así, es innegable el avance de prótesis y reemplazos corporales parciales que transforman la práctica clínica.

La memoria colectiva es manipulable. En la novela *La policía de la memoria*, de Yōko Ogawa, un estado totalitario elimina cosas y recuerdos: olores, objetos, incluso imágenes de mascotas; quienes atesoran recuerdos son perseguidos por una *policía del pensamiento* (Ogawa, 1994/2019). Esta distopía —que evoca a Orwell (1949)— dialoga con nuestra época: no vivimos (en su mayoría) bajo regímenes totalitarios, pero una glotonería digital borra lo simple y cotidiano. El mundo se llena de datos y alertas, y tanto médicos como pacientes asimilan información falseada como si fuera verdad.



Albert Einstein sticks his tongue out, fotografía de Arthur Sasse, tomada el 14 de marzo de 1951, tras la celebración del 72 ° cumpleaños de Einstein en Princeton, Estados Unidos.

El ego se quiebra y la digitalización desmaterializa el mundo: ya no atesoramos recuerdos, sino datos que se vuelven polvo. Damos por bueno lo que nos venden y quedamos anclados a una red de consumo digital.

Hoy nos movemos entre Google Earth y *las nubes*. La información tiene vida corta y exige atención permanente. El internet de las cosas convierte a los sujetos en terminales: el humano parece dejar de ser *Dasein* —el *ser-ahí* heideggeriano, abierto al mundo y a su propia temporalidad— para transformarse en un informante constante. Si no informa, siente que pierde su batalla.

Como advierte Byung-Chul Han, solo las narraciones crean significado y contexto: el orden digital–numérico carece de historia y memoria; por eso fragmenta la vida (Han, 2021). El riesgo es una *prisión inteligente*: médicos que inundan de información y servicios; pacientes que buscan reciclar esa información; *súper galenos* que ofrecen combos de salud; farmacéuticas que venden curas impensables. El orden digital desfactualiza la existencia y erosiona la memoria.

La información, por sí sola, no ilumina; puede instalar un nuevo oscurantismo, donde las *fake news* ganan a los hechos. Pareciera que lo verdadero y lo falso se nivelan. Hannah Arendt recordó que la verdad resiste a la manipulación: es «lo que no podemos cambiar», el espacio en el que estamos, el cielo que se extiende sobre nuestras cabezas (Arendt, s. f.).

La digitalización aturde: atención rápida y fugaz, lectura entre pantallas, felicidad intermitente. Este nuevo humano corre el riesgo de ser inactivo: no trata con cosas, no

obra (Han, 2021).

Los médicos nos comunicamos sin cesar, almacenamos información, participamos, pero a veces sin pertenecer a una comunidad. Acumulamos seguidores y *me gusta*, pero no nos encontramos con nuestro ser: una vida sin permanencia.

Volviendo a Han (2021, p. 24): «El hombre inactivo del futuro no tendrá, en verdad, otra posibilidad de elegir: vivirá en la posthistoria; ni siquiera se dará cuenta de que no usa las manos». De ahí la necesidad de ejercer crítica y diálogo sin intermediarios inalámbricos: que fluyan palabras y presencia, no solo asistencia digital. Aún tenemos manos: con ellas, actuamos. Ojalá los robots sigan siendo herramientas humanas. De lo contrario, caeremos en un *panem et circenses* contemporáneo: plataformas, juegos, espectáculo; poca acción política, menos crítica.

La *selfie* ocupa gran parte del registro visual actual. A diferencia del retrato analógico, su aura se desvanece: produce alegrías momentáneas convertidas

en *likes*. No narra, acumula presente. El rostro vuelve como *selfie*, pero sin profundidad.

La relación humano-computadora existe hace décadas. Con la IA puede ser fructífera y también peligrosa. Los grandes modelos de lenguaje simulan conocimiento e incluso razonamiento clínico, a veces más *familiar* que una relación médico-paciente apresurada. Esto transformará la práctica: formará profesionales eficientes pero dependientes; reducirá la carga mental, pero puede atrofiar el razonamiento autónomo y la toma de decisiones, aumentando el riesgo de error y limitando la confiabilidad. En escenarios reales, ya se observa menor iniciativa resolutiva en algunos estudiantes y residentes.

La variabilidad de los resultados generados por IA produce incertidumbre: médicos experimentados dudan de ciertas recomendaciones. Ello nos obliga a adaptarnos con flexibilidad, sostener el juicio clínico, indagar junto al paciente y gestionar juntos las incertidumbres.

Bibliografía

Arendt, H. (2000). Wahrheit und Politi. En *Zwischen Vergangenheit und Zukunft: Übungen im politischen Denken I* (pp. 327–370). Piper.

Bauman, Z. (1999). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4th ed.). Oxford University.
(Edición en español: *Principios de ética biomédica*. Masson, 1999)

Blasier, R. B. (2009). The problem of the aging surgeon: When surgeon age becomes a surgical risk factor. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, *467*(2), 402–411. https://doi.org/10.1007/s11999-008-0473-5

Campbell, E. G., Regan, S., Gruen, R. L., et al. (2007). Professionalism in medicine: Results of a national survey of physicians. *Annals of Internal Medicine*, *147*(11), 795–802. https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-11-200712040-00012

Correa-Zambrano, M. L. (2019). La humanización de la atención en los servicios de salud: Un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*, *10*(1), 1–6. https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.620

D'Ors, P. (2012). *Biografía del silencio*. Siruela.

Ey, H., Bernard, P., y Brisset, C. (1974). *Tratado de psiquiatría* (6.ª ed.). Toray-Masson.

Flusser, V. (1989). *Dinge und Undinge: Phänomenologische Skizzen*. Bollmann Verlag.

Góricheva, T. (1987). *Hablar de Dios resulta peligroso: Mis experiencias en Rusia y en Occidente.* Herder.

Han, B.-C. (2025). *La sociedad del cansancio* (4.ª ed.). Herder.

Han, B.-C. (2021). *No-cosas: Quiebras del mundo de hoy.* Herder.

Lutereau, L., y Esborraz, M. (2021). *Narcisismo: Freud en el siglo XXI.* La Cebra.

Ortiz, J. (2002). *Historia y mitología en la medicina antigua*. Ediciones Médicas.

Recalcati, M. (2016). *La hora de clase: Por una erótica de la enseñanza*. Anagrama.

Riemen, R. (2024). *El arte de ser humanos: Cuatro estudios*. Penguin Random House.

Sennett, R. (1978). *El declive del hombre público*. Península.

The Society of Surgical Chairs. (2019). [Artículo en] *JAMA Surgery*, *154*(7), 647–653. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.0546

Trunkey, D. D. (2001). *"asseesinsing competency: a tale of two professions"*,Journal of the American College of surgeon,2001;192(3)385-395.

Veliz, C. (2020). *Privacy is power: Why and how you should take back control of your data.* Bantam Press.

Viniegra Velázquez, L. (2002). *Educación y crítica: El proceso de elaboración del conocimiento.* Paidós.

Viniegra Velázquez, L. (2004). *Humanismo y medicina: Reflexiones sobre la ética y la educación médica.* Universidad Nacional Autónoma de México.

EL EGO SE (DES)APRENDE

Por Raúl Pino Andrade

El Ego, y lo escribo con mayúscula porque es una entidad dotada de presencia propia, es un *ente* en sí mismo. Posiblemente sea el término que con más frecuencia aplicamos a *otros*, pero del que rehuimos cuando nos toca autoevaluarnos a nosotros mismos. Solemos decir que otros tienen un ego *inflado* o adolecen de *mucho* ego.

¿Pero qué queremos decir cuando nos referimos a él?

De la palabra Ego no se desprende una definición única y muchas veces se torna polisémica, sobre todo cuando la interpretamos a nuestra conveniencia. Sin lugar a duda, quienes más han indagado sobre él son los grandes maestros espirituales y los estudiosos del espíritu, aunque la psicología, la filosofía y otras ramas dedicadas al estudio del ser humano también lo han abordado con interés. Entrar en el campo de los significados en busca de la acepción más adecuada sería tarea harto difícil y, sinceramente, no creo ser capaz de hacerlo; sin embargo, sin referirnos a teorías psicológicas, podríamos intentar simplificar este concepto a su elemento constitutivo y se podría decir que el Ego es la representación que tenemos de nosotros mismos y que, por lo tanto, implica todo aquello que esencialmente *no somos*.

Lo más seguro es que, pese a la buena intención que me llevó a formular este concepto, para muchos permanece nuboso y oscuro, así que intentaremos clarificarlo acudiendo a una analogía frecuentemente utilizada: la de la *cebolla*. Cuando el ser humano nace está cargado de una conciencia o esencia primigenia, los maestros espirituales dirían nuestro *verdadero ser*, pero conforme el tiempo pasa, este se va cubriendo de creencias, actitudes y pensamientos que lo envuelven a manera de las capas de una cebolla y van enterrándolo en las profundidades. Con el tiempo estas capas se van cohesionando y trasformando en un ente en sí mismo, en palabras de Ramiro Calle: «El ego no ve lo que es» (Calle, 2023, p. 30) y, servido del pensamiento para engañarnos, regenta nuestros actos.

Es sintomático de cierto deterioro de la vida que, en una sociedad como la actual, el valor del individuo radica en la inmediatez de una figura, en el número de vistas o *likes* que tenga una publicación, en el número de citas que tenga un artículo o en el número de eventos o congresos a los que se asista. Cuando hemos diluido el aroma del tiempo, del proceso y lo hemos sustituido por una sociedad del cansancio y por un individualismo marcado —como menciona el ensayista coreano Byung-Chul Han—, debería ser hora de replantearnos nuestras prioridades.

Con lo dicho anteriormente no pretendo insinuar que los logros personales no sean importantes, claro que lo son, el reconocimiento de los pares es necesario en una sociedad, pero cuando esto desborda lo saludable y se está dispuesto a lograr estas metas sin mirar consecuencias, sin importar el daño que se pueda causar, se debe hacer una alto para plantearse una pregunta: ¿por qué esta actitud?, ¿de dónde proviene? Considerando que este libro está destinado al personal médico, me centraré en él, aunque la reflexión general puede aplicarse a otros grupos profesionales.

El estudio de la medicina siempre ha tenido dos características importantes: la primera, ser una carrera extensa y exigente; la segunda, por la percepción pública confiere un lugar en la sociedad que se presume es superior a la media. La combinación de estos dos elementos es el substrato para que el Ego se desarrolle con fuertes raíces. No es poco frecuente escuchar frases como: *Los médicos son especiales*, *nuestros estudiantes son de élite*, *la medicina no es para cualquiera*, y así podríamos completar esta página con frases similares. A esto cabe sumarle una traba profesional que está fuertemente incrustada en nuestra educación: la falta de visión integral del ser humano, pues se nos enseña a fragmentar a la persona, dando énfasis a lo corporal, a lo tangible, y, por contrapartida se olvida la subjetividad que, quizá de manera primordial, nos hace humanos. Sobre este punto podríamos esbozar otra discusión, pero no es el momento. Lo que sí queda claro es que, sí reducimos a alguien a una realidad meramente orgánica, desprovista de subjetividad, lo *cosificamos*, y las cosas predominan en el ámbito del mercado, por lo que a toda *cosa* podemos ponerle un precio. Esto degenera en cosificar al enfermo, pero también en cosificar al médico en sí: un médico siempre *va a ser más*, o *va a valer más* que otro. Qué mejor abono para nuestro Ego. Es decir: si el Ego es aquello que yo no soy —puesto que el ser humano no es un objeto—, abonar el Ego supone poner énfasis al *objeto* médico.

La oportunidad de enseñar a estudiantes universitarios y vivir su proceso de paso desde las aulas a la libertad social hace posible evaluar cómo, a través de los años, de una timidez natural han migrado hacia la confianza, de la ignorancia médica a la obtención de conocimiento, del miedo a la valentía. Pero también se puede observar cómo la humildad que los cobijaba se va transformando en donaire unas veces, pero también en arrogancia, petulancia y presunción. El culmen de la primera fase de este proceso suele acontecer cuando el graduado se cobija con su mandil y, a manera de coraza, se cree superior —en conocimiento, en prestancia— al resto. Luego vendrán otros momentos de reafirmación del Ego al llegar la especialización o subespecialización, que le agregarán grosor a la tela del mandil, como al peto invisible que esta representa.

Aquí hago una pausa e insisto: no se está en contra de los logros, de la satisfacción y la confianza que viene con el estudio y el cumplimiento de la meta académica; estos son necesarios y buenos. Sin embargo, nunca se ha de utilizar a los demás —o a los pacientes— como medios para conseguir un fin (reconocimiento profesional, social o riqueza), sino, como sugeriría Kant, como fines en sí mismos. El ser humano tiene un valor intrínseco que no puede ser conculcado.

Retomando la idea y posicionándonos en la orilla contraría a lo expuesto hasta aquí, podría haber detractores de estas ideas. En el interior de cada persona solo domina quien habita en ella y, por lo tanto, tiene toda la potestad de disentir; mas, de ser el caso, podríamos abrir nuestra mente e intentar indagar más sobre este tema que quizá nunca nos lo hemos planteado. Algunos textos que pudieran ser de utilidad son *Broncemia*, de Francisco Occhiuzzi; *La dignidad del otro*, de Paco Maglio; *Marañón y el enfermo*, de Pedro Laín Entralgo, entre otros. Aunque, si el género del ensayo no es lo nuestro, podríamos acudir a la literatura y ojear libros como: *La ciudadela*, de Archibald Cronin; *El extraño caso de Jekyll y Mr. Hyde*, de Roberth Louis Stevenson; *Moby Dick*, de Herman Melville; *Drácula*, de Bram Stoker; *Frankenstein*, de Mary Shelly: clásicos asequibles que, aparte de su trama atrapante y de permitirnos explorar en sus personajes la condición humana con una claridad sin igual, tienen otra ventaja: todos han sido llevados al cine en versiones muy bien logradas.

Los griegos creían que todos los seres humanos aprendemos por mímesis, es decir, por imitación. Por lo tanto, el ser humano es receptivo a toda clase de influencias indistintamente del lugar en donde se encuentre y, por ende, puede ser influenciado, pero también contaminado —aún sin quererlo— de

lo que percibe externamente y al cual su Ego puede responder de forma desmesurada. Para el Ego está bien sentirse un profesional exitoso y, por lo tanto, denostar a las otras personas; está bien asustar a un paciente para que acceda a una operación; está bien hablar mal de un colega para poder cobrar mayores honorarios; está bien hacer ostentación de riqueza; está bien pensarme imprescindible y tratar a los demás de forma instrumental —no como fines en sí mismos. Frente a todo ello, lo único que podemos absorber es individualismo y egolatría: un todo para mí y nada para el resto. Torralba, al respecto, señala:

> Cuando uno vive conforme al *ego*, convierte todo lo que le rodea en un instrumento, en un objeto para su uso y consumo. El movimiento egolátrico tiene como objetivo la idolatría del yo, ubicar el yo en el centro del mundo y convertir a todos los seres en realidades periféricas. Esta tendencia se opone a la gratuidad, a la compasión y a la benevolencia universal. El ególatra solo busca promoción, su bienestar, su comodidad y, en lugar de abrirse a los otros para dar lo que es, se convierte en un foco de atracción, pues solo espera recibir de los otros y erigirse en el foco de atención. (2012, p. 69)

Olvidamos que no solo se educa de una manera formal en las aulas universitarias, sino que también —y posiblemente con mayor fuerza— con nuestro ejemplo. En el ámbito pedagógico a esto se le denomina el *currículo oculto*, es decir, lo que el alumno, o cualquier persona, aprende viendo hacer a los otros. Por lo tanto, no cabe duda, que a alimentar el Ego también se aprende.

Todos los médicos transitamos, hemos transitado y seguiremos transitando por la senda del Ego. Aunque a muchos no les importe y se sientan cómodos con los atributos que les ofrece, principalmente crudo material sin significado; otros quizás disfracen su Ego, asumiendo que no lo poseen, para sentirse mejores que los otros —¡he ahí otra insidiosa trampa! Quizás una minoría no sepa, o pretenda no saber, que lo posee. Lo cierto es que «el ego se sirve del pensamiento para engañarnos. A veces nos produce sentimientos de inferioridad o superioridad. El caso es impedirnos estar en nuestro centro» (Calle, 2023, p. 30). Nos guste o no, estamos cargados de Ego.

La buena noticia —para quien lo desee— es que el Ego puede ser identificado, descubierto e incluso domado gracias al cultivo del pensamiento y a la ejecución de acciones rectas, y así evitar que se convierta en una entidad dominante; pasar de sus gritos a sus susurros. El ego —ahora lo escribo en minúsculas— se convierte en un mayordomo:



James Pilco Luzuriaga, *Ego muerto*, acuarela sobre papel,
70 cm × 80 cm, 2025.

En cambio, a través del cultivo de la mente y la acción recta, el pensamiento puede reorganizarse y el ego comienza a convertirse en un criado. Se trata de un buen mayordomo, pero un pésimo amo. Es muy mal enemigo, pero no es mal amigo si lo tienes bajo sospecha, porque te puede prestar su propia fuerza y entonces aquello que destruye, comienza a construir. (Calle, 2023, p.31)

Existen múltiples estrategias para intentar acallar el ego. El camino de la espiritualidad, de índole religiosa o no, es uno de ellas: el adentrarse en la búsqueda personal de las preguntas vitales que dan sentido a nuestra existencia —¿quién soy?, ¿a dónde voy?, ¿qué quiero ser? Otra, quizá una de las más populares y efectivas, es la práctica de la meditación:

Durante la meditación puedo inclinarme reverentemente ante el banquito o el cojín, pero en mi vida ordinaria no es raro que lo haga ante mi prestigio profesional, que cuido como la más delicada de las plantas; o ante la cuenta bancaria, cuyos movimientos controlo con reveladora frecuencia; o ante el bienestar característico de una vida acomodada, por el que no reparo en gastos. Entusiasmado con mis postraciones rituales e ignorantes de cómo las postraciones existenciales son las que de verdad cuentan, en la meditación he descubierto lo limitada y burda que resulta esta forma de conducirse. (D'Ors, 2012, p. 47)

Aunque cada uno de ellas posee una efectividad comprobada, requieren de mucha práctica y constancia, pues la introspección y el cambio interior no suceden de la noche a la mañana, sino tras años de mucho empeño y trabajo. Así que una buena práctica inicial para adentrarnos en un autoexamen —y, si así lo deseamos, luego progresar en la búsqueda de nuestro camino— es la utilización del denominado *diario estoico*, en el cual responderemos al final del día tres preguntas, teniendo en mente al responderlas no solo a mí mismo, sino a los otros:

- ¿Qué he hecho mal hoy?
- ¿Qué he hecho bien hoy?
- ¿Qué podría haber hecho de modo diferente?

Daniel López Rosetti (2022) nos precisa: «La recomendación de contestar estas tres preguntas antes de acostarse tiene como fin que lo hagamos de

modo consciente y alejado de una condición de inducción del sueño [...] en estricta intimidad y de manera absolutamente personal» (p. 253). Al tratarse de preguntas que pueden resultar incómodas para quien las formula y que, si son contestadas con total honestidad, seguramente traerán reflexiones tras una semana de acopio, estas podrían hacernos cambiar de punto de vista sobre nuestras actitudes y motivaciones, y así emprender el camino hacia la lucha contra nuestro ego. Dado que a cultivar el ego se aprende, también se aprende a desmantelarlo.

CIRUGÍA, CIRUJANOS Y EGO

Por Oswaldo Alfonso Borráez Gaona

La cirugía es un arte que exige ciencia, destreza y humildad. Cuando el ego se antepone al bisturí, se pierde el sentido humano de sanar.

En el ejercicio de la medicina, y en particular de la cirugía —una de las áreas más exigentes—, se combinan los conocimientos, que deben estar actualizados permanentemente; las habilidades y destrezas manuales, que se adquieren y perfeccionan con la práctica; y la capacidad de tomar decisiones, no excepcionalmente, en momentos críticos o en situaciones inesperadas, a veces en presencia de hallazgos que sorprenden.

Es pertinente decir que no solo los conocimientos adquiridos y las habilidades de los cirujanos son fundamentales en el ejercicio profesional. Ellos actúan de tan variadas maneras, teniendo en cuenta al paciente que enfrentan, la patología a resolver, las alternativas entre las diferentes técnicas quirúrgicas que se podrían utilizar, los hallazgos intraoperatorios y el resultado que se puede esperar. Otro aspecto fundamental es el factor humano, que impacta de manera relevante en la vida diaria del cirujano.

El ego, el *yo* y la personalidad estructurada desde el hogar y a lo largo de la vida afectarán, de una u otra manera, su desempeño profesional.

Todos han tenido una formación académica durante su paso por la facultad de medicina, en los diferentes sitios de práctica y, posteriormente, en el ejercicio profesional. Existe una figura primordial que a veces pasa desapercibida: el contacto y la transmisión de otros aspectos que solo se obtienen mediante el trato, la observación y el aprendizaje del actuar de los compañeros, instructores, profesores y mentores. Ello impacta al cirujano, uno de los protagonistas más importantes en la realización del acto quirúrgico (ya sea en consulta o en cirugía propiamente dicha).

En el trasegar de la formación y de la vida misma, lamentablemente se encuentran profesionales que desconocen algunos de los principios bioéticos, el humanismo, el trato digno y respetuoso, o la autonomía, pensada únicamente para sí mismos, olvidando que el paciente también posee autonomía (Borráez, 2024; Beauchamp y Childress, 1994).

Nada más dañino que cuando perdemos tantos principios. Obsérvese solo unos pocos ejemplos:

—Señor, no se preocupe... ¡lo voy a operar yo! ¡Estas manos!

—El cirujano que me menciona es bueno, pero fue mi alumno... No tiene la suficiente experiencia que tengo yo.

—¿Acaso usted no sabe quién soy? Yo operé a ese personaje... Yo hice, yo descubrí, yo inventé...

Algunos han llegado lejos, pero se desviaron en el camino. Esas ínfulas —como la arrogancia y la vanidad— los han superado. Estas características solo pueden conducirlos a considerar que su opinión es la única válida frente a una decisión o procedimiento, sin considerar alternativas y menos aún escuchar a compañeros o al personal en formación. Todas las opiniones deben ser escuchadas y respetadas.

Hay situaciones que algunos cirujanos y otros profesionales de la salud difícilmente comprenden. Existen múltiples estudios con evidencias que describen claramente la pérdida lenta y progresiva de las capacidades intelectuales, así como de las destrezas cognitivas y motoras del ser humano desde edad temprana —incluso desde los 40 años— (Trunkey, 2001; Blasier, 2009; Campbell et al., 2007; JAMA Surgery, 2019). Sin embargo, muchos pretenden retirarse solo cuando ya no es posible realizar la más mínima actividad.

Aspectos básicos para no olvidar

1. El actuar de los profesionales de la salud debe ser testimonio de humildad, fe y entrega absoluta, con profundo amor por aquella población que nos busca y que debemos intentar siempre beneficiar, muchas veces por encima de nosotros mismos, respetando sus decisiones y su dignidad.

2. Debe intentarse dejar huella mediante el esfuerzo, la superación y el amor por lo que se hace, por el arte de servir y de intentar sanar —o al menos consolar. Esto sí engrandece y fortalece un ego sano, permitiendo que la misión del médico trascienda.

3. Siempre debe imperar el humanismo en el trato y en la relación médico-paciente.

4. La medicina es ciencia y profesión que debe ejercerse siguiendo estrictas normas éticas y deontológicas, con autonomía y autorregulación, para lograr un servicio adecuado y correcto a la comunidad.

5. Recuerde esta frase que he acuñado desde hace varios años: «Hay vida más allá de las salas de cirugía, hay vida más allá de los consultorios» (Borráez, 2020). Retírese de la actividad profesional oportunamente, cuando aún esté en la cúspide, y no cuando esté en descenso, momento en el cual se pueden cometer errores.

6. Los cirujanos deberían dejar de realizar urgencias quirúrgicas desde los 60 años. A partir de los 65, deberían hacerse acompañar de otro cirujano en las intervenciones. A los 70, considerar el retiro de la práctica quirúrgica. Los profesionales clínicos que no realizan procedimientos deberían hacerlo a los 75 años. Cambie de actividad: participe en espacios académicos o grupos de investigación, pero evite actos médicos o quirúrgicos que puedan poner en riesgo al paciente o a usted mismo.

7. Conserve siempre la humildad. Un ego mal entendido no es sano ni beneficioso en el actuar profesional; puede inducir a cometer errores. Actúe con inteligencia, sea una persona buena, compasiva, humanista y bondadosa. La humildad genera confianza en los demás, proporciona tranquilidad al paciente y al equipo que lidera.

El médico egocéntrico produce tensiones, dificulta la comunicación y altera la empatía, cualidades que siempre deben imperar en el comportamiento profesional.

¿Qué hacer?

> En la tradición de los santos padres, nuestros monasterios se llaman «instituciones de salud» y a los sacerdotes se les designa «médicos» pues bien, curar al hombre, que está enfermo desde hace tanto tiempo y con tanta gravedad, no puede hacerlo ni un médico profano, ni el psicólogo o el psicoanalista más capacitado. Eso es algo que sólo pueden lograr los maestros de las «artes», los combatientes desinteresados que buscan una meta más alta: los ascetas. Son los hombres que día tras día salen vencedores de la guerra de guerrillas psíquico-espiritual; los hombres que poseen el arte del «discernimiento de los espíritus», un arte que se ha perdido en el mundo
>
> TATIANA GÓRICHEVA

En la filosofía espontánea de los científicos, donde se otorga primacía absoluta a los hechos sobre las ideas, el saber científico se reduce a simples insumos del desarrollo tecnológico. Esto ha producido sociedades anestesiadas, moldeadas por los medios masivos de persuasión y por la abrumadora oferta inalámbrica. El ser humano se ha convertido en motor de un mercado que insensibiliza a las masas, arrodilladas ante el progreso tecnológico que los propios médicos promovemos, ocultando así el origen de sus verdaderas aflicciones.

Frente a este escenario, no podemos —ni debemos— alejarnos de las plataformas digitales, pero sí modular su uso ético. Los médicos tienen el derecho de promocionar su conocimiento, siempre que lo hagan desde un compromiso humanista y ético.

Desde las aulas, es fundamental formar estudiantes que aprendan a reconocer, valorar y respetar los mitos, tradiciones y posibilidades de los pacientes; y que los pacientes, a su vez, comprendan sus enfermedades y no se dejen arrastrar por los destellos de las redes sociales.



James Pilco Luzuriaga, *Persiguiendo en seguir siendo el rey*,
acuarela sobre papel, 40 × 30, 2025.

Históricamente, las diversas culturas han configurado sus propios modos de enfermar y de sanar. Muchas enfermedades han desaparecido gracias a las vacunas y al saneamiento ambiental, mientras otras han renacido a causa de las desigualdades sociales. El tejido humano se ha vuelto más frágil ante enfermedades infectocontagiosas y las de origen hídrico.

Por otro lado, las enfermedades crónicas —como el cáncer, la diabetes, la hipertensión y la obesidad— aumentan. Esta última ha dado paso a una oferta invasiva y populista de tratamientos para bajar de peso, muchas veces guiados por la mercantilización de la salud.

La medicalización de la vida sintoniza con los intereses de lucro sin límites, controlando mentes y cuerpos, y generando una anestesia social. La obsesión por la belleza conduce a frustraciones inextinguibles y polariza la vida humana, desplazando la atención genuina sobre el bienestar y el cuidado del cuerpo.

Actualmente, las redes sociales definen el comportamiento médico y moldean la interacción con los pacientes. Han surgido los llamados influencers médicos: no se trata de condenarlos, sino de modular éticamente su discurso.

Debemos preguntarnos qué nos motiva a usar las redes: ¿es realmente una herramienta de crecimiento profesional? Si su uso es inevitable, debe ser responsable, veraz y empático.

Desde las aulas, debemos enseñar a crear contenido con credibilidad, fomentar hábitos saludables, combatir la desinformación y corregir narrativas engañosas, sin caer en el espectáculo o la exposición excesiva del paciente.

El médico no debe simplificar su mensaje al punto de perder rigor, ni violar la intimidad del enfermo. Sin embargo, la carrera de Medicina se ha transformado en una élite comercial, percibida como negocio. Ya no basta con ser médico: se exige la especialidad, la subespecialidad y, últimamente, la alta especialidad, equiparada al doctorado.

Cuando estos profesionales regresan a su entorno original, suelen toparse con espacios reducidos de acción, pero adoptan actitudes de superioridad, creando vínculos asimétricos con sus pacientes.

A ello se suma una sobresaturación de doctorados en línea, que se ofrecen en menos de un año y alimentan el ego médico. Esta formación rápida favorece actitudes rígidas e infalibles, que impiden dudar, aceptar errores o recibir corrección.

Debemos, por tanto, fortalecer la relación médico-paciente, especialmente en una época en la que la inteligencia artificial se ha convertido en una herramienta poderosa.

Parte de la formación médica no es solo conocer el cuerpo humano, sino comprender al paciente como ser integral, con sentimientos, angustias y temores. Nuestra labor es ofrecer respuestas humanas e integrales, no solo técnicas.

La sobreexposición de los médicos en redes sociales genera una hiperactividad destructiva: caemos en un ruido constante y olvidamos el valor del silencio. Existe una compulsión por mostrar logros, títulos, fotografías con pacientes. En este frenesí, pareciera que guardar silencio equivale a desaparecer. El fortalecimiento del ego destruye ese silencio necesario, como bien señaló Nietzsche, para quien el silencio implicaba la retirada del yo.

La humanización de la medicina es un imperativo ético. La tecnología, cuando no se equilibra con el humanismo, puede despersonalizar la relación con el paciente.

Un médico puede tener la mejor tecnología y, sin embargo, brindar una atención inhumana si trata al enfermo como un objeto, ignorando sus emociones, su entorno o sus expectativas. El acto de escuchar se vuelve tan importante como el de curar.

Por eso, el desafío final es recalcar el uso ético de la tecnología, humanizar la palabra y devolverle su dignidad ética.

Evitemos la quiebra de la dignidad humana y la quiebra civilizatoria. Asumamos la responsabilidad ética de la información, recordando que el cuerpo del paciente es genuinamente humano. Solo entonces, el cuidado de la salud adquirirá sentido pleno y el contacto personal volverá a ser el centro del acto médico.

Bibliografía

Borráez, O. A. (2001). Abdomen abierto: Utilización del polivinilo. *Revista Cirugía*, *16*(1), 39–43.

Borráez, O. A. (2008). Abdomen abierto: La herida más desafiante. *Revista Colombiana de Cirugía*, *23*(4), 321–327.

Borráez, O. A. (2024). Principios éticos de la bioética. En Tribunal de Ética Médica de Bogotá (Ed.), *Treinta años en defensa de los superiores estándares éticos en el ejercicio de la medicina*. Editorial P.L.M., S.A. de C.V.

Beauchamp, T. L., y Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4th ed.). Oxford University. (Edición en español: *Principios de ética biomédica*. Masson, 1999).

Blasier, R. B. (2009). The problem of the aging surgeon: When surgeon age becomes a surgical risk factor. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, *467*(2), 402–411.

Campbell, E. G., Regan, S., Gruen, R. L., et al. (2007). Professionalism in medicine: Results of a national survey of physicians. *Annals of Internal Medicine*, *147*(11), 795–802.

Trunkey, D. D. (2001). General effects of aging. *Journal of the American College of Surgeons*, *192*, 385–393.

The Society of Surgical Chairs. (2019). Transition Planning for the Senior Surgeon: Guidance and Recommendations From the Society of Surgical Chairs. *JAMA Surgery*, *154*(7), 647–653.

Entrevistas

ENTREVISTA AL

DR. GUSTAVO VEGA

Psiquiatra, psicólogo, músico, PhD en Historia, antropólogo, exrector de la Universidad de Cuenca y de la Universidad Internacional del Ecuador, expresidente del Consejo Nacional de Enseñanza Superior Universitaria Privada (CONESUP), autor de numerosos libros y ensayos. Humanista y docente destacado, maestro y referente intelectual de este servidor a lo largo de toda la vida.

James Pilco Luzuriaga (JPL): *Heidegger decía que lo que verdaderamente inquieta no es que el mundo se transforme en un completo dominio de la técnica, sino que le preocupa mucho más que el ser humano no esté preparado para ese cambio radical del mundo. Parecería que los médicos o nos estamos adaptando o no estamos asimilando del todo esta transformación. ¿Usted qué opina?*

Gustavo Vega (GV): No me consta que Heidegger haya dicho exactamente esa frase, pero pienso que cualquier intelectual se plantea la dicotomía entre el ser humano y la tecnología.

Martin Heidegger centró su tesis filosófica en torno al tiempo; es uno de los pensadores que más ha aportado a la filosofía del tiempo. El hombre es *Dasein*, el ser en el tiempo, y ahí comienza el debate.

Se le ha adjudicado a Heidegger el membrete, el remoquete, de simpatizante del nacionalsocialismo hitleriano. Sin embargo, ya sabes que en esa época había muchas confusiones y seducciones por parte de un partido que emergía y se volvía muy nacionalista. ¿Es posible que haya tenido algún coqueteo con el nazismo Martin Heidegger? Puede ser. Sin embargo, sigue siendo un gran pensador. Ya ves tú que, en el caso de directores de orquesta, Furtwängler, por ejemplo, fue el director clásico del nazismo y, por supuesto,

fue muy criticado después de que el régimen colapsara al final de la Segunda Guerra Mundial.

Bien, volviendo al tema central de la pregunta: yo creo que esta es una gran cuestión —ser o no ser, siguiendo a Shakespeare en *Hamlet*. Ser humano y ser afín a la tecnología es un tema que saca virutas —no que saca chispas—, porque si te pasas de la línea de equilibrio entre los dos extremos, te vuelves un tecnócrata si descuidas lo humano; y si descuidas lo tecnológico y solo enfatizas lo humano —como médico, en este caso, que es hacia donde apunta la pregunta—, pues te vuelves obsoleto.

No es posible prescindir de la tecnología, pero la esencia es el ser humano. Y yo diría que ese diálogo de contrarios es un reto para el médico, en la medida en que la filosofía médica debe servir al ser humano, al paciente: prevenir, curar y rehabilitar. Esa es la tríada, el trinomio, el cuadrado perfecto de la medicina.

JPL: *¿Cree usted que los médicos estamos exagerando al dar más énfasis a una* escultura del yo*, que se fabrica con* likes*, mientras más alimentado está el ego?*

GV: Yo creo que es un punto muy interesante. Cabe criticar lo que se llama el fetichismo de las redes; esos *likes* que mencionas en esta segunda pregunta. Y sí, los médicos somos muy propensos a caer en el esnobismo, precisamente porque estamos al tanto de las novedades.

Una cosa es propiciar el cambio, y otra muy distinta es propiciar la novedad. Hay que tener la sabiduría para distinguir esas dos esferas.

Después de lo que realmente ha ocurrido con el desvío de las redes hacia un mundo perverso, uno de los que mejor lo criticaba era Umberto Eco, el lingüista y novelista italiano. Él decía que las redes sociales les daban voz a los idiotas. Antes esas idioteces se discutían en el bar de la esquina, pero ahora se difunden con ventilador a medio mundo. Los *trolls* son un efecto del odio. Y, sin duda, Facebook, X, Instagram y otras redes —que se han vuelto parte del convivir diario de la ciudadanía moderna—conllevan el riesgo de caer en el *snob*, en la *vanidad de vanidades, que todo es vanidad*. Que uno rija su conducta por la cantidad de *likes* que recibe.

Algunos autores, entre ellos el filósofo surcoreano Byung-Chul Han, mencionan que esto se convierte en una especie de nueva religión: la religión de los *likes*, donde la devoción se basa en alimentar la vanidad. Y es posible.

En el caso de los médicos, hay terreno fértil, una zona de cultivo propicia. Porque, si bien se cultiva una ciencia y un arte para la humanidad, la vanidad médica es innegable. Hay mucho de orgullo y soberbia —no solo vanidad—, y estos son pecados capitales, especialmente presentes en quienes tienen prosapia, alcurnia, éxito, fama... Son motores de la indignidad humana.

Por eso, hay que ser muy cuidadosos en el cultivo de la modestia, de la humildad, frente a un mundo que estimula justamente lo contrario: la vanidad, la soberbia y el orgullo.

Se dice que la lujuria es el pecado de los veinte años, la vanidad el de los treinta, el orgullo el de los cuarenta... y pasados los cincuenta, el principal pecado del que los pensadores aconsejan cuidarse es la soberbia. Nada más fácil que caer en ella siendo médico, donde ciertamente hay terreno propicio: por la prosa, por el prestigio, por el triunfo.

Eso que tú llamas *el cultivo de los likes* tiene un trasfondo serio. Lo importante, diría yo, es diferenciar la gloria de la fama.

La gloria es humilde, modesta, no se la busca. La fama, en cambio, se persigue. Es reiterativa, como una especie de brújula para quienes quieren *parecer*... y no *ser*.

JPL: *¿Será que los médicos están promoviendo más las habilidades comunicativas y relacionales de forma inalámbrica, sin enfocarse en la persona, sino en el* yo*?*

GV: Cuando hablas del énfasis en la comunicación —sobre todo inalámbrica— antes que en el ser humano de carne y hueso, ahí va un *feedback* a tu pregunta.

Jürgen Habermas es uno de los filósofos que más ha trabajado en lo que él llama la *teoría de la acción comunicativa*, porque, evidentemente, el ser humano es un ente social, un ser comunicante y comunicable.

La soledad, el individualismo, esa visión que quizás busca al Superhombre de Nietzsche, no se compadece con la realidad de que el ser humano es un animal social, siguiendo a Aristóteles. Por tanto, la comunicación es clave.

Y cuando la comunicación es sabia, la relación entre el médico y el paciente —o entre el médico y la comunidad, si se trata de acción preventiva o de educación para la salud— es fundamental.

Uno de los grandes problemas del ejercicio médico es que muchas veces falla la comunicación. El lenguaje se vuelve oscuro, inaccesible, y eso impide que se informe adecuadamente a los familiares o al propio paciente sobre lo que ocurre.

Una crítica permanente de la ciudadanía hacia los médicos es que entran en una suerte de solipsismo: hablan poco, no comunican, no informan. Y la información bien dirigida es terapéutica.

Por tanto, esa especie de *autismo médico*, pongámoslo como metáfora, se vuelve deficiente para la relación médico-paciente.

Ahora bien, es cierto que la comunicación inalámbrica también tiene méritos en medicina. Por ejemplo, la telemedicina es hoy parte —inclusive— de la cobertura parcial de los servicios de seguro médico. La visita a distancia del médico a su paciente, sobre todo después de la pandemia de COVID-19, se ha vuelto una realidad en desarrollo.

Y aquí te pongo una púa muy áspera, una mecha encendida: Bill Gates, uno de los hombres más ricos del mundo —pero también un gran impulsor de la medicina moderna a través de la fundación que tiene junto con Melinda Gates—, ha dicho algo que puede generar debate y debe tratarse con pinzas. Él afirma que, en unos años, médicos, abogados y profesores ya no serán necesarios.

Creo que esa es una frase dogmática, que sin duda implica discusión. También responde al hecho de que, cada vez más, el paciente está informado, aunque de forma incompleta. Y ya sabemos que una verdad a medias puede ser peor que una mentira completa.

Que un paciente consulte en internet sobre síntomas, diagnósticos o tratamientos está bien, pero siempre se necesitarán guías: gurús, sacerdotes para los credos —no necesariamente intermediarios, pero sí enlaces entre la ciencia, el arte y la realidad de los pacientes.

Incluso la cirugía está entrando en esta era: un cirujano puede estar en Ciudad del Cabo y operar a un paciente que se encuentra en Londres.

Entonces sí, hay que manejar con pinzas este fenómeno. No debemos despreciar la medicina inalámbrica, pero hay que cuidar que la relación virtual —por Zoom o por cualquier otra plataforma— sea cálida.

Una sonrisa, un comentario oral o escrito durante una conferencia virtual, puede ser un verdadero refuerzo de la condición humana.

JPL: *En esta exagerada oferta de plataformas digitales, ¿podemos, en nuestra promoción de servicios, caer en la violación de los derechos de los enfermos?*

GV: Yo creo que eso siempre ha pasado, y no solamente ahora que las tecnologías han llegado a niveles insospechados. Siempre han existido, de por medio, otros sinsabores y errores. Yo diría incluso: abismos y peligros, incluso dentro de la medicina clásica.

Uno de los mayores riesgos en esa interacción es el papel que juega, en medio del camino, el dinero. *Poderoso caballero es don Dinero*; *Por la plata baila el perro*, como dice la novela de Pedro Jorge Vera.

Y claro, el anónimo popular continúa: *...y por el oro, perro y perra.*

El dinero siempre es indispensable en la vida. Sirve para buscar caminos de perfectibilidad y para hacer la vida menos miserable. No olvidemos que el dinero no compra la felicidad, pero por lo menos puede hacer menos trágicos los conflictos que se derivan de las miserias humanas —tanto materiales como espirituales.

Por tanto, yo creo que la cosificación puede venir ahora más que nunca por una intermediación fallida, errónea, perversa del dinero. Cuando se menciona la metáfora de que la parte más sensible del cuerpo humano es el bolsillo, no es solo una comparación literaria: es real.

En efecto, el dinero ha sido un interlocutor históricamente válido para el desarrollo de la vida humana. Desde que los chinos inventaron el dinero, pasando por los banqueros de Florencia —los Médici—, que crearon las primeras formas de ahorro e inversión a través de los bancos. También en el mundo precolombino existían monedas: el cacao, el tabaco, la sal. La concha *spondylus*, por ejemplo, fue un elemento de trueque permanente entre los pueblos del Pacífico de la costa americana. Hay *spondylus* incluso en las tumbas del Señor de Sipán, en Perú.

Pero bien, el dinero es parte esencial del progreso de una sociedad que deja de ser exclusivamente simple.

Sin embargo, cuando el dinero se vuelve un alambique, un destornillador para la codicia, estamos —sobre todo los médicos— cayendo en un contrasentido con nuestra profesión. Esa es la peor forma de cosificar al ser humano: cuando el dinero es lo que prima, antes que el servicio.

JPL: *En la época de la inteligencia artificial —donde, como dice el sociólogo Zuboff, predomina el* capitalismo de la vigilancia*—, ¿cree usted que se podrán corregir los algoritmos para que favorezcan a los más desprotegidos? Digo esto porque actualmente muchos médicos estamos promoviendo la IA como un recurso para atraer más clientes. Parece que los médicos estamos formando un ego ansioso que se ha apropiado del imperativo de rendir.*

GV: La quinta pregunta, mi querido James... Cuando hablas del riesgo de las plataformas digitales y virtuales, cabe preguntarse: ¿en qué medida eso afecta la condición del médico frente a sus pacientes?

Yo creo que estar fuera de la tecnología es convertir el ejercicio del tratamiento médico en una herramienta inacabada —diría incluso, irresponsable. Me atrevería a decir que es una forma de hacer medicina sin ciencia suficiente y, por tanto, se convierte en una herramienta populista cuando se basa solamente en razones humanas, por más loables que sean.

Con todo el valor que tiene la semiología médica —que es, sin duda, una maravilla, un descubrimiento único de la humanidad—, si no se asocia con el mundo de la tecnología, el médico se vuelve un populista.

Las plataformas digitales son útiles. Lo que ocurre es que hay que saber usarlas con criterio. Pensemos en una comparación: un cuchillo en manos de un cirujano salva vidas; en manos de un delincuente, asesina.

La tecnología no tiene ética. Es el ser humano quien le da una dimensión moral, quien decide si un hecho es ético o antiético. La tecnología, por sí sola, no tiene moralidad. No podemos confundir los campos.

La axiología es la ciencia de los valores, y es desde ahí desde donde los valores iluminan al médico, para que sepa cómo usar una plataforma digital.

Y, por supuesto, ahora cada una de las especialidades médicas se ha visto enriquecida por estas herramientas. Se han creado blogs, comunidades inalámbricas para intercambiar criterios sobre diagnósticos y tratamientos, especialidad por especialidad. Ese es un punto que vale la pena resaltar.

Sin embargo, fíjate: aquí cabe ser muy críticos con lo que está ocurriendo en países como Estados Unidos y Argentina. Los presidentes Trump y Milei han decidido desafiliarse de la Organización Mundial de la Salud. Y lo han hecho de forma orquestada, porque existe un diálogo entre ellos y coinciden en varios aspectos de su práctica política.

Esto es preocupante, porque una decisión así afecta directamente la ayuda humanitaria y técnica a nivel global. Basta con ver las alertas actuales: más de mil millones de adolescentes están en riesgo frente a enfermedades graves del futuro —obesidad, sobrepeso, VIH/sida, diabetes...

Si bien hay noticias halagüeñas —por ejemplo, el descenso en el consumo de alcohol y tabaco entre los jóvenes—, también hubo momentos muy peligrosos. Recordemos que el presidente Bolsonaro en Brasil, y también Trump en su primera administración, impulsaron una guerra contra las vacunas. Mira la mortalidad terrible que trajo la COVID-19 entre 2020 y 2025, especialmente en esos países.

Cuando un gobernante interpreta un hecho científico desde una perspectiva política, sin respaldo técnico, tenemos un quiebre grave de los valores fundamentales de la salud.

JPL: *¿Cuál sería su mensaje a los noveles médicos en un mundo donde las expectativas de vida aumentan?*

GV: Cuando respondo a tu pregunta, incluyo varios elementos. Primero, la edad de vida se está acrecentando. La ciudad donde más se vive en el mundo es Hong Kong; el país, Japón, según el indicador de esperanza de vida al nacer. En el Ecuador mismo ya se ha superado los setenta años, y las mujeres viven más que los hombres. Hace apenas treinta años, este país escasamente sobrepasaba los cincuenta años de promedio.

Por eso las nuevas generaciones de médicos deben aprender a trabajar sobre la longevidad, sobre la vejez, la ancianidad y también sobre la muerte. Existen universidades, institutos e investigadores empeñados en prolongar la vida, y algunos —de forma ilusa— en buscar la inmortalidad. Pero la búsqueda de la eternidad siempre ha sido un destino malo: lo dicen las mitologías, la ciencia, las artes y la cultura. Vivir demasiado tiempo, de hecho, debe ser aburrido.

Las personas que alargan su vida enfrentan serios problemas para manejarla. El no poder morir podría ser tema de un realismo mágico a la manera de García Márquez. El no poder morir es una tragedia. Si el ser humano tiene élan, alegría y felicidad, es porque sabe que va a morir. Saber que se vivirá por siempre entraña una conflictividad psiquiátrica profunda.

Un maestro, para enseñar a sus discípulos —como planteas en tu última pregunta—necesita varias herramientas. Un maestro necesita *saber*, pero para formar a otro maestro necesita *ser*; y, además, tener la modestia de aprender de sus discípulos. El maestro que más forma es el que más aprende de ellos.

El legado a los discípulos —a los míos y a los tuyos, porque también tú eres maestro— es que aprendan cada vez más de sus compañeros, de la vida, de los libros y de la tecnología. La enseñanza es múltiple y tiene muchas fuentes; la ventaja es que la autoeducación es más productiva que la educación formal.

Apenas se gradúan, los médicos apenas comienzan. Solo entonces aprenderán verdaderamente lo que es la medicina, la vida y la muerte.

El *Libro de los muertos* de Egipto es esencial para comprender el tránsito de la vida hacia la muerte. Los médicos deberían leerlo obligatoriamente: enseña tanto sobre la medicina para la vida como para la muerte. Tal vez hoy se necesiten menos pediatras y más geriatras, porque la tasa de natalidad disminuye en el mundo y aumenta la población de la tercera edad.

Un médico puede a veces curar, casi siempre compadecer, pero siempre acompañar. Acompañar y consolar es una tarea médica que hace falta cada vez más. Saber escuchar ya es terapéutico. Escuchar es un elixir curativo, una mezcla de ciencia y magia maravillosa.

Termino citando a Saramago, a quien invocas: *las intermitencias de la muerte.*

Hace falta leer más literatura para ser mejores médicos. Leer a Gabriela Mistral para entender a los niños; a César Dávila Andrade para comprender la existencia humana; a Benedetti para explorar el amor; a Galeano para despertar la rebeldía latinoamericana; a Borges, el más impresionante literato de América Latina; a Juan Rulfo con *El llano en llamas* o *Pedro Páramo*, pequeñas pero trascendentales obras.

Leer también a Vargas Llosa, tanto que nos ha enseñado; y de los clásicos, aprender de Flaubert en *Madame Bovary*, donde el suicidio se convierte en una lección de ciencia vestida de literatura.

Por tanto, los médicos nuevos deben descubrir que la autoeducación, la tecnología y la lectura deben ser aliadas no para tener más, sino para ser más.

JPL: *Usted es un gran músico, y esa sensibilidad parece un puente importante en la relación médico-paciente. ¿Qué tan indispensable considera que es ahora?*

GV: De Verdi y Mozart, en sus réquiems, aprendemos a concebir mejor el dolor de los familiares que pierden a un ser querido. Hay que aprender más de la música: tanto la académica como la popular son fuentes inextinguibles.

La música nos enseña a entender la melancolía andina en un yaraví o un pasillo, y la alegría caribeña en un chachachá o un mambo. La vida misma es música cuando se convierte en un ingrediente indispensable para comprender el tránsito humano.

Y qué decir de las artes plásticas. Gustav Klimt, en *El beso*, nos enseña el amor y la ternura a través del mosaico bizantino. Guayasamín, en *La edad de la ira* y *La edad de la ternura*, nos muestra la transformación del dolor en compasión. René Magritte, con su surrealismo, revela lo oculto. Modigliani, con sus cuellos largos, altera la anatomía humana de un modo sublime, al igual que la familia Mendívil del Cuzco con su imaginería alargada.

Caravaggio, en su barroco, retrata la humildad de San Pedro crucificado cabeza abajo, gesto de modestia frente al maestro. Todas estas obras enseñan más sobre la condición humana que muchos tratados de medicina.

JPL: *Los médicos debemos prepararnos para nuestros fracasos, aceptar la muerte, manejarla y comunicarla. Después de todo, todos estamos en ese camino, ¿no es así?*

GV: Aceptar la muerte con humildad —como Pedro crucificado de cabeza— es esencial. Me he extendido, pero ojalá mis palabras te sirvan para tu libro sobre cómo combatir el ego médico, esa *hybris* o pedantería que a veces contamina nuestra profesión como una plaga.

ENTREVISTA A LA

DRA. DORIS SARMIENTO

Cirujana, investigadora, docente, mujer académica y luchadora. Escritora y, por sobre todo, un ser humano que asume la lucha por la reivindicación de la mujer desde su perspectiva profesional y académica.

James Pilco Luzuriaga (JPL): *Usted es cirujana e investigadora. Le pregunto si considera que las teorías —en este caso, las derivadas de sus investigaciones— son aproximaciones al mundo real. Las premisas subyacentes y ocultas del conocimiento, develadas por el paradigma propuesto por Edgar Morin, apuntan a otro tipo de comprensión de la realidad.*

¿Cómo trabaja el entendimiento humano desde la perspectiva de una investigadora?

¿Cree que esta condición le sitúa en un eslabón distinto —quizá por encima— de las circunstancias históricas y culturales que comparten el resto de colegas y pacientes?

Doris Sarmiento (DS): Como cirujana e investigadora, reconozco que todas las teorías científicas, incluso las más rigurosas, son aproximaciones al mundo real: construcciones que intentan modelar la complejidad de la naturaleza y del ser humano. Ninguna teoría agota la realidad; más bien, la interpreta desde una perspectiva específica, con los límites y posibilidades que ofrece el marco conceptual, metodológico y cultural del momento.

Desde el paradigma de la complejidad de Edgar Morin, entiendo que el conocimiento no es lineal ni absoluto, sino que está atravesado por premisas ocultas, por elementos implícitos que muchas veces damos por supuestos: la racionalidad hegemónica, la fragmentación disciplinar, la objetividad pretendida como neutralidad. Morin nos invita a develar estos supuestos y a compren-

der que conocer es también un acto situado, influido por nuestras historias personales, trayectorias culturales, valores e incluso emociones.

En este sentido, el entendimiento humano —especialmente en mi caso— requiere una actitud de humildad epistémica: ser consciente de que el conocimiento no nos coloca por encima de los demás, sino que nos responsabiliza éticamente frente a los efectos de ese saber. Comprender no es dominar, sino relacionarse, dialogar, interpretar. El saber científico no es superior al saber experiencial de los pacientes, de los maestros ni a la sabiduría comunitaria o ancestral; son saberes distintos que deben articularse.

Por tanto, no me sitúo por encima de las circunstancias históricas y culturales de mis colegas y pacientes, sino que asumo que estoy dentro de ellas, enredada en un entramado de significados, desigualdades, memorias y desafíos comunes. El conocimiento, en este contexto, se convierte en una herramienta de intervención ética, crítica y transformadora, no en un pedestal de poder.

Mi responsabilidad no es solo producir conocimiento, sino también cuestionar cómo lo produzco, desde dónde, con quién y para quién. Porque solo así el saber se convierte en un acto de justicia. Y nunca termino de aprender.

JPL: *Como estudiosa de la ciencia médica, ¿usted se considera una observadora pasiva situada fuera del proceso salud-enfermedad? ¿Cree que no existen verdades objetivas en este ámbito?*

DS: No me considero una observadora pasiva ni ajena al proceso salud-enfermedad. Muy por el contrario, reconozco que, como investigadora y cirujana en ejercicio, formo parte activa de ese proceso: tanto por mi presencia como por las preguntas que formulo, los marcos teóricos que elijo, los métodos que aplico, las interpretaciones que elaboro y las aplicaciones que intento realizar a partir de las conclusiones. Mi mirada está siempre situada; proviene de una formación científica, pero también de una experiencia clínica concreta, de una historia personal y de un contexto social.

Desde esta comprensión, no afirmo que no existan verdades, sino que la verdad científica es siempre una construcción parcial, contextual, revisable y relativa. La idea de una verdad objetiva, absoluta y universal ha sido cuestionada por diversas corrientes epistemológicas, especialmente cuando hablamos de fenómenos complejos como la salud y la enfermedad, que no pueden re-

ducirse únicamente a datos biológicos, pues también involucran dimensiones sociales, culturales, emocionales y simbólicas.

Por tanto, mi rol como investigadora no es simplemente observar desde fuera, como si se tratara de un fenómeno aislado y neutral, sino involucrarme activamente en la comprensión del proceso salud-enfermedad como un fenómeno profundamente humano, social, histórico y cultural, atravesado por múltiples determinantes, significados y narrativas. Esto implica reconocer que el acto de investigar no es aséptico ni desvinculado, sino que está imbuido de valores, contextos y responsabilidades.

Asumir esta perspectiva me permite ver más allá de los datos epidemiológicos y estadísticos, e incorporar las voces de los pacientes, los contextos sociales en los que viven, las desigualdades estructurales que los atraviesan y las experiencias subjetivas que dan sentido a su padecimiento. También me permite ser voz de los colegas que enfrentan las inequidades del sistema. En este sentido, mi tarea es dialogar con esa complejidad, no reducirla, y construir conocimiento que no solo explique, sino que también transforme realidades.

Reconocer esta complejidad no debilita el conocimiento médico, sino que lo enriquece; lo vuelve más pertinente, más justo y más humano. Nos aleja de una ciencia despersonalizada y nos acerca a una medicina comprometida con la vida en todas sus dimensiones: una ciencia que no solo busca curar, sino también comprender, acompañar y dignificar.

JPL: *Confieso que no me gusta el término que voy a utilizar, pero quisiera referirme a la* filosofía de la ciencia feminista*. ¿Cuáles considera usted que son las principales líneas de desarrollo para una mujer investigadora? ¿Cree que existe una apropiación metafórica de la investigación científica desde una perspectiva masculina?*

DS: Comprendo su inquietud respecto al término. Más allá de las etiquetas, lo fundamental es reconocer que la ciencia, como toda construcción humana, ha estado históricamente influida por estructuras culturales, sociales y también por relaciones de poder. Sin embargo, desde mi experiencia como investigadora, creo firmemente que el desarrollo científico no debe entenderse en términos de género, sino de capacidades, vocación, compromiso y trabajo en equipo.

Las líneas de desarrollo de una mujer investigadora, al igual que las de un hombre investigador, deberían centrarse en el rigor metodológico, la curiosidad intelectual, la ética profesional y el deseo profundo de contribuir al bienestar humano. Las trayectorias pueden diferir por circunstancias contextuales, pero no por una diferencia de potencial o legitimidad.

En cuanto a la supuesta *apropiación* de la investigación científica por parte de lo masculino, pienso que, más que hablar de una metáfora de género, debemos referirnos a la necesidad de reconocer que la ciencia ha sido impulsada históricamente por diversos

actores, aunque no siempre visibilizados de forma equitativa. Esto no implica caer en una confrontación entre géneros, sino reconocer que ha existido —y en muchos espacios aún persiste— un desequilibrio en las oportunidades de desarrollo académico y científico, que afecta no solo a las mujeres, sino también al progreso integral de la comunidad científica.

En mi caso, he tenido la oportunidad de realizar un estudio que analiza la participación femenina en publicaciones científicas dentro del ámbito quirúrgico. Los resultados muestran claramente una subrepresentación de las mujeres en autorías principales y liderazgos de investigación. Este fenómeno no es consecuencia de una falta de capacidad o interés, sino que, en muchos casos, responde a responsabilidades personales desigualmente distribuidas —como el cuidado del hogar o la crianza de los hijos— que recaen de manera desproporcionada en las mujeres, limitando su tiempo disponible para la producción científica.

Este sesgo no solo se manifiesta en la cirugía, donde la brecha es especialmente marcada, sino también en muchas otras disciplinas donde las mujeres han estado históricamente infrarrepresentadas, a pesar de su formación, talento y compromiso. La ciencia, cuando no reflexiona sobre estos contextos, corre el riesgo de perpetuar estructuras que excluyen silenciosamente.

Por ello, no se trata de reemplazar una perspectiva por otra, ni de privilegiar a un género sobre otro, sino de construir una comunidad científica verdaderamente inclusiva y corresponsable, donde hombres y mujeres colaboren en igualdad de condiciones, compartan las cargas y las oportunidades, y donde las trayectorias académicas no se vean condicionadas por roles sociales impuestos.

Porque atender pacientes, investigar, educar y salvar vidas no tiene género. Tiene humanidad, responsabilidad compartida y compromiso colectivo.

Solo en comunidad, con equidad y respeto mutuo, podremos avanzar hacia una ciencia más representativa, más ética y más transformadora.

JPL: *¿Siente que los médicos estamos jugando a una especie de superyó, abusando de las redes sociales con la exhibición de logros* inalámbricos*, como una reproducción ideológica del yo que no distingue género, aunque —me atrevo a decir— parece inclinar más la balanza del ego hacia los hombres?*

DS: Es una reflexión muy válida y oportuna. Las redes sociales han abierto un espacio de visibilización profesional sin precedentes, donde los médicos, al igual que otros profesionales, comparten sus logros, procedimientos, publicaciones e hitos. Sin embargo, esta exposición constante corre el riesgo de alimentar una construcción idealizada del *yo profesional*, lo que podríamos llamar un *súper yo médico*, donde la imagen proyectada a veces importa más que la práctica misma. Nos enfrentamos a una delgada línea entre compartir para inspirar y compartir para engrandecer el ego, y en ese equilibrio muchos —yo incluida— nos debatimos.

En los últimos meses he tenido la oportunidad de formar parte de un programa de liderazgo para mujeres en ciencia, impulsado por la escuela GENIA a través de la Red de Mujeres Científicas del Ecuador, con el apoyo de la Universidad del Azuay, y ha sido un proceso profundamente transformador. He aprendido que callar también puede ser una forma de invisibilizar la ciencia; que apagar la voz por temor a ser juzgada como arrogante o pretenciosa es, igualmente, una manera de ceder espacio; y que la divulgación científica no es un acto de vanidad, sino una responsabilidad con la sociedad.

Aún me cuesta —y lo digo con sinceridad— exponer mis publicaciones, hablar de mis logros o mostrar mi trabajo, porque existe el temor constante de que el ego le gane al alma, de perder el sentido genuino de por qué hacemos investigación. Pero también entiendo que hacer ciencia sin comunicarla es como escribir cartas que nadie lee. La divulgación, en sus múltiples formas, no solo valida el esfuerzo personal, sino que democratiza el conocimiento y multiplica su impacto.

Por eso, hoy comprendo con más claridad que compartir desde la verdad, la humildad y el propósito es parte esencial de la misión de quien investiga. Porque la ciencia que no se comunica no transforma, y el conocimiento que

no se comparte se disuelve en el silencio. En este sentido, divulgar lo que hacemos, contar lo que descubrimos y visibilizar el trabajo que hay detrás de cada avance es también un acto de responsabilidad social.

Sin embargo, el escenario actual de las redes sociales puede distorsionar ese propósito. El reconocimiento se vuelve casi inmediato, pero muchas veces superficial. Se premia la cantidad de publicaciones, los premios recibidos, las conferencias dictadas, sin mostrar necesariamente el esfuerzo, las dudas, los fracasos o las renuncias personales que hay detrás de cada logro. No se distingue género en esta dinámica, pero —y lo digo con respeto, con base en la experiencia y la observación— la balanza del ego público suele inclinarse más hacia el lado masculino, quizá porque históricamente los hombres han ocupado espacios de liderazgo donde la autoafirmación pública ha sido más aceptada, e incluso esperada.

Esto no significa que las mujeres tengamos menos logros o capacidades. Muy por el contrario. Pero muchas veces hemos sido socializadas en el cuidado, en el silencio, en la entrega; y por ello, nuestro liderazgo suele ejercerse desde lugares más discretos o con mayor autocrítica. Cuando una mujer comparte sus logros, a menudo se le exige justificación, se le acusa de soberbia o se le observa con lupa. Y si, además, es médica, cirujana o investigadora en áreas exigentes, su tiempo se divide entre la excelencia profesional, la formación de nuevos talentos, la investigación colaborativa y el cuidado de su vida personal y familiar, aspectos que rara vez se ven reflejados en redes.

Desde mi perspectiva, más allá del género, necesitamos una práctica médica más auténtica, más ética y menos centrada en la imagen. Una medicina que recupere el sentido profundo de esta vocación: servir, aliviar, acompañar y construir conocimiento *con* y *para* los demás, no para alimentar un personaje digital.

La medicina no debería ser una carrera de exhibicionismo, sino un camino de compromiso real: con el dolor humano, con la verdad científica y con la transformación social. Y para recorrerlo con integridad, hombres y mujeres necesitamos construir una cultura profesional más humilde, más reflexiva, más colaborativa y, sobre todo, más humana.

JPL: *Existe una especie de* danza del ego *cuando hablamos de género. Un estudio de la Universidad de Cornell demostró que los hombres tienden a sobreva-*

lorar sus capacidades en un 30 % más que las mujeres, incluso cuando sus niveles de competencia son idénticos. ¿Considera usted que esta teoría es aceptable?

DS: Es un planteamiento que refleja una realidad observada en múltiples contextos. El estudio al que se refiere, como otros similares, evidencia una tendencia según la cual los hombres, en promedio, tienden a proyectar más confianza en sus capacidades, mientras que muchas mujeres, con igual o incluso mayor preparación, suelen mostrar más reserva o autocrítica. Sin embargo, creo que es fundamental evitar caer en juicios simplistas o en la idea de que estas diferencias son naturales o absolutas.

De todo hay en todo. En cada ámbito profesional encontramos personas seguras o inseguras, humildes o arrogantes, generosas o egocéntricas, independientemente del género. Por eso, más que aceptar una teoría como una verdad cerrada, me parece más honesto y útil reconocer que existen patrones culturales que influyen en cómo nos percibimos y en cómo comunicamos nuestras capacidades.

En mi experiencia como investigadora, he podido ver que la exposición pública en la ciencia y en la medicina puede volverse un terreno delicado, donde es fácil confundir el reconocimiento legítimo con la necesidad constante de validación. El riesgo está en perdernos en la búsqueda de aplausos, de métricas, de *me gusta* o de validaciones digitales, y olvidar la esencia de por qué hacemos lo que hacemos.

El ego no es el enemigo, pero sí puede desorientarnos si no aprendemos a equilibrarlo. Mostrar nuestros logros no está mal; callarlos tampoco es virtud si proviene del miedo o de la autoanulación. El verdadero desafío está en encontrar un punto de equilibrio: compartir con autenticidad, sin caer en la soberbia; callar sin renunciar al propio valor.

Aún me cuesta, como a muchos, exponer mis investigaciones, hablar de los logros con serenidad, sin temor al juicio o sin que el ego interfiera. Pero estoy convencida de que visibilizar el conocimiento es parte del compromiso científico, siempre que se haga desde la verdad, la ética y la humildad.

En nuestra realidad local no contamos aún con estudios que permitan medir cómo estas dinámicas se manifiestan en nuestro propio contexto. Esa es una limitación, pero también una oportunidad: la de observar sin prejuicios, escuchar y construir caminos donde el mérito no tenga género y donde la co-

laboración sea el motor. Porque, al final, no se trata de quién se impone, sino de cómo inspiramos, cómo apoyamos y cómo transformamos.

La medicina y la ciencia no son escenarios para los egos, sino espacios de servicio y responsabilidad compartida. Y si aprendemos a caminar con el ego controlado, sin perder el alma, podremos sostener con más fuerza el propósito que nos une: mejorar

vidas, cuidar a otros y dejar huellas que no hablen de nosotros, sino de lo que hicimos por el bien común.

JPL: *Finalmente, ¿qué consejo daría a las futuras generaciones? Más allá de que hoy la balanza se inclina mucho más hacia las mujeres —pues hay más estudiantes mujeres que hombres—, pareciera que el mundo es de ellas.*

DS: Mi consejo, con toda humildad y desde una experiencia aún en construcción —como médica, cirujana, docente e investigadora—, sería recordar que el saber no es una meta, sino un camino constante de responsabilidad, búsqueda y servicio. La medicina, como la ciencia, no se trata de competir, sino de comprender; no de brillar individualmente, sino de iluminar colectivamente.

Es cierto que hoy en día hay más mujeres en las aulas, en los congresos y en los espacios de liderazgo, y eso es motivo de celebración, porque refleja años de avance hacia la equidad. Pero el futuro no debe dividirse entre *el mundo es de ellas* o *el mundo es de ellos*, sino comprender que el mundo necesita de todos: de talentos distintos, historias diversas y compromisos genuinos.

A quienes vienen detrás —hombres y mujeres por igual— les diría que no permitan que el sistema, los temores o las exigencias externas les quiten la esencia con la que comenzaron este camino. Que no apaguen su sensibilidad, que no anestesien su vocación, que no se acostumbren a ejercer sin mirar a los ojos ni a investigar sin hacerse preguntas humanas.

Y a nosotros, los que ya estamos dentro del sistema docente, nos toca una tarea aún mayor: formar a esos futuros médicos no solo desde el conocimiento técnico, sino desde el ejemplo, desde la escucha y desde la coherencia. Hay que enseñarles a pensar, a dudar, a preguntarse por qué hacen lo que hacen; mostrarles que la medicina es también investigación, pensamiento crítico e innovación con sentido.

Debemos crear espacios donde los estudiantes no solo memoricen datos, sino donde se sientan acompañados, motivados y, sobre todo, autorizados a soñar en grande. Que nadie les corte las alas por ser jóvenes, por tener ideas nuevas o por cuestionar lo establecido. Porque la ciencia necesita más irreverencia creativa y menos obediencia pasiva: necesitamos nuevas preguntas, nuevas miradas, nuevas voces.

Inspirar a investigar no significa llenar de tareas o *papers*, sino encender la llama de la curiosidad; mostrar el impacto real que puede tener una pregunta bien planteada, una hipótesis sólida o una publicación hecha con ética y propósito. La investigación no debe verse como algo lejano o reservado para unos pocos, sino como una herramienta cotidiana para mejorar la atención, comprender al paciente y transformar el sistema desde dentro.

A las futuras generaciones les deseo, sobre todo, que encuentren mentores que no los midan por sus títulos, sino por su pasión y su entrega; que tengan colegas que no les compitan, sino que los acompañen. Y que nunca olviden que su valor como médicos no está solo en lo que saben, sino en cómo usan ese saber para dignificar la vida de otros.

La medicina no necesita héroes ni estrellas: necesita personas íntegras, compasivas, con una mente despierta y un corazón comprometido. Si logramos formar médicos así, investigadores así, entonces sí habremos hecho algo que verdaderamente valga la pena en este mundo.



James Pilco Luzuriaga, *Apabullado*, acuarela sobre papel,
40 cm × 30 cm, 2026

ENTREVISTA A

PEDRO MARTÍNEZ

Pedro Martínez es docente de la Universidad del Azuay, médico familiar desde antes de que esta especialidad contara con una malla académica. Magíster en Bioética, pero, sobre todo, un ser humano con quien se puede conversar sin necesidad de redes sociales, internet o ChatGPT.

James Pilco Luzuriaga (JPL): *¿Cómo podemos contrarrestar el ego profesional en la práctica médica, especialmente frente a la emergencia de la figura del* médico-influencer *—aquel que se legitima en el prestigio técnico mientras invisibiliza los determinantes sociales de la salud—, para evitar que, en línea con la advertencia de Malcolm X, «amemos al opresor (el sistema mercantilizado) y odiemos al oprimido (el paciente reducido a dato)»?*

Pedro Martínez (PM): James, el ego médico —la confianza que nos dan nuestros títulos de *expertos*—nos impulsa a salvar vidas, pero su abuso opera como un pecado capital, porque impide que seamos cercanos al ser humano doliente que tenemos frente a nosotros. La advertencia de Malcolm X nos urge a cuestionar cómo la hipercomunicación moldea nuestras percepciones, llevándonos a valorar el prestigio (el *opresor*) sobre las necesidades de los pacientes marginados (los *oprimidos*). En Cuenca, vi a un cirujano, ensalzado en redes por sus logros, ignorar las preocupaciones de un paciente rural por no encajar en su narrativa de éxito. Los discursos de poder, amplificados en redes, refuerzan jerarquías que marginan a los vulnerables.

Pierre Bourdieu sugiere que nuestra mentalidad médica, moldeada por la búsqueda de prestigio, nos hace vulnerables a menciones que alimentan la arrogancia. Mi trabajo en telemedicina me ha mostrado que las plataformas digitales pueden educar; sin embargo, mi formación en bioética me recuerda

priorizar la equidad. Propongo que los médicos, desde pediatras hasta oncólogos, usemos las redes para dar voz a los desatendidos, para servir a quien lo necesite. Debemos contrarrestar la vanidad profesional, usando la comunicación para fomentar empatía.

JPL: *Pedro, a ti te gusta la investigación. ¿Crees que existe un reduccionismo científico entre los investigadores de la salud? Dicho de otra manera, ¿es suficiente ese enfoque para resolver los problemas del conocimiento, para buscar la verdad de la máquina viviente que es el ser humano, entre investigadores que se colocan cada uno su mención y su toga?*

PM: Descartes va del *pienso, luego existo* a aquella idea del cuerpo como máquina, lo que nos llevó a caer en un reduccionismo científico que descompone al ser humano en datos. Fragmentar al ser humano en sistemas exclusivamente biológicos limita la búsqueda de la verdad, especialmente cuando la arrogancia del investigador —cardiólogo en revistas de impacto o generalista analizando tendencias— prioriza la fama sobre la humanidad. En un proyecto de IA en educación médica, noté cómo los datos eclipsaban historias como la de una madre que temía más la pobreza que a su diagnóstico.

Zygmunt Bauman describe cómo la validación digital, como los *likes* en publicaciones, construye egos frágiles. ¿No será que debemos valorar emociones que el reduccionismo ignora? Propongo que los investigadores integren narrativas cualitativas y que usemos las redes para empoderar a los pacientes. Hay que criticar aquellas investigaciones desconectadas de las necesidades éticas, un riesgo para quien quiera que investigue. Añoro una ciencia humanista que honre la complejidad del ser humano, no que la fragmente por vanagloria.

JPL: *Pedro, tú has ejercido la medicina familiar antes de que esta tuviera una validez académica, al menos en Cuenca, ese reducto donde el médico se baja de su pedestal y acude a ver al paciente, donde la solidaridad como encuentro significa la experiencia de encontrarnos con el mundo del dolor. ¿Qué opinas y cómo deberíamos perpetuar esa posibilidad de mantenernos en un proyecto de relación solidario en épocas de IA?*

PM: En Cuenca, antes de que la medicina familiar fuera reconocida, visité hogares donde el dolor era social, como el de una anciana cuya soledad pesaba más que su diabetes. Esta solidaridad —bajar del pedestal— une a generalistas y especialistas, desde el neurólogo que escucha hasta el internista que consuela.

Si se usa mal la IA despersonaliza, nos aleja del encuentro humano. Las visitas domiciliarias me hicieron comprender que muchas veces, en el hospital, despojamos de dignidad al paciente; pero para muchos colegas, eso no importa porque el *mundo* (el suyo) es tan grande como la institución en la que trabaja.

Debemos atender el sufrimiento, algo que la IA no emula. Es mandatorio ver la acción humana con pluralidad, respetando al paciente como autónomo, no como una posesión. Mi trabajo en telemedicina muestra que la IA puede acercar la atención a comunidades remotas. La IA no puede replicar el altruismo ni el sentido de pertenencia, por ejemplo. Debemos buscar una medicina donde la empatía defina el encuentro más que la herramienta que lo hace posible.

JPL: *Jon Sobrino nos dice que, siguiendo el consejo de Kant, no solo hay que despertar del sueño dogmático para atrevernos a pensar por nosotros mismos. ¿Será que ahora ya no es necesario pensar de forma independiente, sino siempre recurriendo a la tecnología, y encima promocionando el poseerla?*

PM: La invitación de Jon Sobrino —que, en consonancia con Kant, nos insta a despertar del *sueño dogmático* para pensar por nosotros mismos— plantea una cuestión crucial: ¿en qué medida la creciente dependencia de la tecnología y de la información digital, así como la promoción de su posesión, limita la autonomía crítica del paciente y su participación activa en la toma de decisiones sobre su salud, reduciéndolo a un mero receptor o a un conjunto de datos?

La inteligencia artificial y las redes pueden convertirse en instrumentos que alimenten la arrogancia profesional. Un oncólogo que confía ciegamente en los algoritmos o un generalista que presume su dominio tecnológico en redes sociales pierde el juicio independiente.

En mi práctica, un paciente rechazó un tratamiento tras leer información en internet; esa experiencia me obligó a dialogar, no a imponer. La IA apoya, pero no reemplaza la reflexión clínica.

Los médicos debemos utilizar la inteligencia artificial como una herramienta subordinada, que libere tiempo para pensar, y las redes como espacios para educar. La meta debe ser una medicina en la que el pensamiento crítico prevalezca, libre de las falsas certezas tecnológicas.

JPL: *¿Cómo la especialización y la hiperespecialización están condicionando la práctica médica actual, y hasta qué punto esta orientación fragmentada de la atención contribuye a la insatisfacción percibida tanto por médicos como por pacientes en relación con el abordaje integral biopsicosocial de la salud?*

PM: La hiperespecialización y las tendencias de masas, amplificadas por redes que homogenizan narrativas, fragmentan no solo a la persona sino también el cuidado, generando insatisfacción. Un neurólogo enfocado en un escáner o un generalista atrapado en protocolos pueden ignorar el sufrimiento psíquico, un defecto ético del ego que prioriza el prestigio. En mi práctica, un paciente con migrañas mejoró al abordar su estrés, no solo con fármacos.

Pierre Bourdieu sugiere que la mentalidad médica, orientada hacia el prestigio, fomenta la hiperespecialización. Mi formación en Medicina Familiar me impulsa a priorizar lo biopsicosocial, a integrar narrativas que capturan las emociones de las personas en su entorno. Los médicos, de todas las especialidades, debemos utilizar la IA para promover un enfoque holístico, que integre las narrativas psíquicas a las redes sociales para dar visibilidad a los pacientes, no así mismos.

JPL: *En la intrincada dinámica de la relación médico-paciente, ¿cómo pueden las nuevas generaciones de profesionales de la salud navegar en el desafío de la erosión de la confianza, en un contexto donde la vulnerabilidad del paciente a veces se percibe erróneamente como pretexto para la indignación o la demanda, socavando así la vocación de servicio? A la luz de esta fragilidad inherente al encuentro humano y la creciente integración de la inteligencia artificial en la práctica clínica, ¿qué principios fundamentales recomendarías para preservar la empatía*

y la ética, asegurando que la tecnología potencie, y no deshumanice, el acompañamiento al paciente?

PM: La pregunta que planteas, sobre las nuevas generaciones de profesionales de la salud y la erosión de la confianza en el delicado encuentro médico-paciente, es fundamental. He observado que, efectivamente, la integridad del profesional de la salud puede verse comprometida cuando la empatía se enfrenta a la percepción de la indignación, a demandas injustificadas o, incluso, a intereses o expectativas que desafían la relación terapéutica. No se trata de atribuir malevolencia al paciente, sino de comprender cómo la vulnerabilidad inherente a la enfermedad puede manifestarse de formas que desafían la expectativa del médico de recibir una gratitud implícita, revelando una sutil arrogancia profesional cuando esta no se presenta.

Recuerdo un caso en el que un paciente cuestionó abiertamente mi diagnóstico. Lejos de defender mi posición, al escuchar y validar su frustración subyacente, logramos transformar el desencuentro en un fortalecimiento de la confianza; un claro recordatorio de que la auténtica relación se construye precisamente en la superación de esos momentos de fricción.

Aquí es donde el pensamiento filosófico adquiere una relevancia inmensa. Emmanuel Levinas nos insta a una responsabilidad incondicional hacia el *otro*, hacia la singularidad de cada paciente, más allá de cualquier juicio preconcebido. Asimismo, las ideas de Pierre Bourdieu sobre cómo el prestigio y el *capital simbólico* pueden hacer que el ego profesional sea vulnerable ante los desafíos, nos recuerdan la importancia de la humildad en el campo médico. La inteligencia artificial, si bien es una herramienta poderosa en la gestión de datos y diagnósticos, no puede —ni debe— sustituir la capacidad de interpretar estas complejidades humanas y emocionales.

Mi consejo a las nuevas generaciones de profesionales, que ya deben lidiar con este panorama tecnificado, es triple y vital:

Reflexionar con humildad: aceptar la autonomía del paciente y reconocer la propia vulnerabilidad. La gratitud no es un derecho adquirido, sino un regalo que nace del vínculo construido.

Dialogar auténticamente: utilizar la inteligencia artificial para optimizar tareas administrativas y disponer de más tiempo para lo esencial: escuchar las narrativas del paciente, que a menudo contienen la verdadera clave del diagnóstico y el tratamiento.

Empatizar para transformar: ver los conflictos o la indignación no como ataques personales, sino como expresiones de sufrimiento, miedo o expectativas no cumplidas; oportunidades para reafirmar la conexión humana y transformar la tensión en confianza.

La medicina debe renovar constantemente ese *yo comprometido* del encuentro humano, utilizando la inteligencia artificial no como un sustituto, sino como una aliada estratégica para fortalecer el corazón de la práctica médica: la relación auténtica y ética con el paciente.

ENTREVISTA A

ELSA GONZÁLEZ MOSCOSO

Máster en Filosofía por la UNAM (México), máster en Estudios de la Cultura por la Universidad del Azuay y máster en Edición y Gestión Editorial por la Universidad de Valencia (España). Docente universitaria, miembro del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca y del colectivo ciudadano Cuenca, Ciudad para Vivir. Por encima de sus títulos y cargos, Elsa González Moscoso es, ante todo, un ser humano que aporta una mirada lúcida y sensible al diálogo sobre la enfermedad, la salud y la condición humana, desde su propia experiencia y una visión amplia del mundo.

James Pilco Luzuriaga (JPL): *Un buen médico siempre tiene dudas y debe revisar permanentemente sus respuestas. ¿Cree usted que lo estamos haciendo bien, amén de que alguna vez fue paciente y un ser humano que ha sido visor satélite de la actividad medica?*

Elsa González Moscoso (EGM): La duda es parte natural de una inteligencia sana y de toda ciencia en general; posee la capacidad de no dar nada por sentado hasta que se haga evidente el horizonte de la respuesta que clarifique la decisión. La duda razonable, basada en la evidencia, la razón y la lógica, permite emitir juicios sensatos, analizar opciones, evaluar consecuencias y realizar las mejores acciones posibles con el fin de obtener resultados deseables y evitar errores que podrían ser determinantes en la preservación de la vida y la salud de una persona.

La medicina es un área extremadamente sensible. La tensión constante entre la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, el cuidado y la terapia hace de los y las médicas, por sobre todo y por principio, guardianes, defensores y cuidadores de la vida y la salud humana y, por ello mismo, servidores en su

sentido más amplio. Cualquier desvío de este principio produce graves contradicciones.

Quien sufre una enfermedad busca ser atendido con amabilidad, respeto, empatía y justicia, sin discriminación; ser diagnosticado correctamente y tratado mediante procedimientos o prácticas que impliquen el menor riesgo posible, con el propósito de alcanzar el equilibrio deseado de la salud. La salud es un derecho humano: implica que tenemos el derecho de disfrutar del mejor nivel posible de salud física y mental. Por supuesto, no significa la ausencia total de enfermedad, pero sí el acceso a servicios de salud de calidad.

JPL: *En 1994, Tim Berners- Lee fundó la World Wide Web Consortium y propuso que todos los protocolos de red sean de libre mercado; él está convencido de que habrá una crisis de confianza en la web. En ese sentido, ¿estamos los médicos alimentando esa crisis de confianza al público con un abuso de las plataformas de promoción?*

EGM: Según entiendo, la W3C es una organización internacional que crea estándares para la World Wide Web, cuyo interés es mejorar la web promocionando estándares y desarrollando técnicas para tecnologías web de nivel mundial. Los protocolos de red son reglas establecidas para la comunicación entre servidores o máquinas virtuales distintas; sin ellos, los computadores y otros dispositivos no podrían interactuar. Sin embargo, los protocolos no están diseñados para garantizar seguridad; por tanto, no poseen protección de datos y pueden ser vulnerables a ataques maliciosos o espionaje.

Esta comunidad internacional promueve la idea de que la Web es para todos y puede facilitar el intercambio de conocimientos entre personas a nivel global. Ha sido un fenómeno disruptivo que permite incluso la conexión con cualquier dispositivo doméstico con acceso a internet —rastreador físico, entre otros—, lo que hoy se denomina *web de las cosas*.

La W3C no se encuentra vinculada directamente a la práctica médica; sin embargo, resulta importante para el desarrollo de tecnologías que tienen impacto en la salud, tales como la telemedicina y la información médica en línea. La información médica que se produce en estas plataformas cambia aceleradamente la relación personal médico-paciente. El problema radica en la calidad y fiabilidad de estos contenidos, en los usos y la promoción comer-

cial de la información, en el pujante negocio en red y en la falta de privacidad, confidencialidad o el mal uso de la información personal.

Los pacientes, entonces, se convierten en un consumidor más del sistema, en este caso en desventaja, pues desconocen los asuntos de rigor de la ciencia médica; además, ponen en riesgo su privacidad, pudiendo ser presa fácil de influencias e intereses comerciales o farmacéuticos, que incluso pueden fungir como patrocinadores.

La tecnología —y con ella la inteligencia artificial— avanza de manera vertiginosa, mientras que las normas y políticas que deberían conducirla hacia un uso debido, es decir, ético, avanzan con una lentitud escandalosa. Los peligros no solo acechan, sino que ya están presentes en la cotidianidad. En el caso de la medicina, se evidencia en la mercantilización de la salud. Casos que antes se constituían en dilemas éticos se desvanecen, pierden fronteras y se normalizan como antivalores.

JPL: *A veces, la vida de un paciente puede tornarse una experiencia de* humanidad oscura*, atrapada en una burocracia inmisericorde, donde lo surreal roza lo absurdo. En ese contexto, ¿cree usted que los médicos están jugando a ser dioses?*

EGM: De la medicina no podemos prescindir. La enfermedad nos vuelve absolutamente vulnerables y nos coloca en una situación de poca o ninguna capacidad de elección, no solo en cuanto a los procedimientos y prácticas que se prescriben como necesarias —y que no siempre lo son—, sino también cuando debemos acudir, por necesidad, a centros hospitalarios y de atención de salud pública. En nuestro medio, la distancia entre la salud pública y la salud privada es evidente y marca diferencias realmente vergonzosas.

Desafortunadamente, la salud pública en gran parte adolece de muchos y serios problemas, siendo el mayor de todos la corrupción. Esta situación resulta incomprensible, pues atenta descaradamente contra el derecho fundamental a la salud de los ciudadanos, especialmente de aquellos que no tienen acceso económico a la salud privada.

El paciente es el centro y la finalidad de la atención; sin embargo, todo el aparataje burocrático hospitalario —en especial en los hospitales públicos— convierte la experiencia de quien sufre una enfermedad en una verdadera pesadilla, que comienza con la lucha por obtener acceso a la atención y hos-

pitalización. Y la pesadilla no termina con el éxito de lograr la hospitalización: intramuros, la situación suele volverse aún peor.

JPL: *¿Cree usted que las consecuencias psicológicas del capitalismo contemporáneo, en el cual todos estamos inmersos, están propiciando egos ansiosos que han internalizado el imperativo de rendir, es decir, favoreciendo una escultura o imagen del yo que, en las redes sociales, proyecta esa ansiedad por sentirnos admirados?*

EGM: Parecería que, más que la necesidad de un merecido reconocimiento a la trayectoria profesional y humana, o de una valoración a la contribución científica y social que los profesionales de la salud aportan a la comunidad médica y a la sociedad en general —y que, como consecuencia, deriva en prestigio social—, se proyecta, por el contrario, una imagen artificiosa, superficial y decadente de un profesional exitoso que *vende* salud.

El individualismo y la competencia forzada se apoderan de algunos profesionales de la salud, en concordancia con la necesidad creada de un consumo indiscriminado, donde la medicina, en su función de mantener y recuperar la salud, se convierte en un producto de consumo disponible para el mejor postor.

La idea de éxito, en este contexto, deviene en una competencia forzada y desleal que se despliega en las redes sociales, intentando captar la atención de *consumidores* potenciales de salud y de cuidados afines. La mercantilización de la salud se vuelve entonces evidente, y con ella surgen consecuencias psicológicas como la depresión, la ansiedad y el aumento del estrés, no solo entre los *competidores*, sino también entre los propios *consumidores*.

JPL: *Los médicos terminamos siendo parte de una llamada* medicina estimulante*. No me refiero a aquella destinada a restablecer la armonía interna, sino a la armonía entre el médico y el laboratorio: una práctica que atenta contra el humanismo médico y fomenta la industria de la salud mediante incentivos, viajes, entre otros estímulos. ¿Cree usted que deben excluirse de la práctica clínica estas falacias, estas prácticas que tropiezan con las verdades de la ciencia médica?*

EGM: Es evidente la complicidad de las grandes empresas farmacéuticas con centros de atención hospitalaria y con médicos de distintas especialidades, en su afán por captar la atención y la preferencia para proveer insumos médicos y medicamentos que no siempre son de la mejor calidad.

La competencia entre casas farmacéuticas por obtener control y posicionamiento —lucrando de la investigación y del conocimiento acumulado— es enorme, precisamente por el poder económico que poseen. En este contexto, la salud de las personas no parece ser una finalidad, sino un medio para obtener grandes regalías empresariales.

La fuerza económica de estas corporaciones farmacéuticas les permite obtener favores y preferencias en el consumo de sus productos. No basta con mostrar y convencer sobre los beneficios del medicamento; se busca imponer su uso mediante una serie de eventos, auspicios, prácticas o regalos de considerable valor. Esta lamentable situación hace que el paciente termine asumiendo costos muy elevados para recuperar su salud, lo que constituye una profunda injusticia.

JPL: *Finalmente, usted ha sido paciente y, seguramente, como a todos, le volverá a tocar serlo. ¿Qué les pediría a los médicos para enriquecer la relación de confianza y fortalecer la humanización en la práctica médica?*

EGM: El retorno a la humanización en los ámbitos de la salud es una tarea necesaria y urgente. Se requiere una visión integral de la persona como paciente; no se trata únicamente de su cuerpo, sino también de sus otras dimensiones: psicológicas, sociales y humanas, en toda su integralidad y complejidad.

La empatía con quien sufre es impostergable. El trato digno, respetuoso y justo es un derecho del paciente que no puede obviarse. La relación médico-paciente es fundamental cuando se orienta a satisfacer las necesidades tanto físicas como emocionales.

Es necesario garantizar que todo paciente, sin discriminación de ninguna clase y en toda institución de salud, sea tratado con respeto a su dignidad, no solo mediante una atención cordial y amable, sino también en espacios que promuevan su tranquilidad emocional y su comodidad física.

El paciente no puede ser considerado un caso clínico, un número ni un consumidor a quien se deba vender algo más allá de su necesidad. Es un ser

humano digno, que debe ser tratado como tal y estar involucrado en la toma de decisiones respecto a su salud física y psicológica, pues ese es su derecho.

Los y las profesionales de la salud no pueden lucrar del dolor ni de la vulnerabilidad de quien padece una enfermedad. Hay que recordar, una y otra vez, que la medicina es, ante todo, un servicio a la sociedad, cuyo objetivo es prevenir, diagnosticar y curar enfermedades, aliviar el sufrimiento y contribuir a una mejor calidad de vida para las personas.

ENTREVISTA AL

DR. FRANCISCO JUAN JOSÉ VIOLA

Francisco Juan José Viola es médico argentino, especializado en salud sexual. Doctor en Psicología por la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica) y especialista en Educación Médica. Profesor e investigador en Humanidades Médicas en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán (Argentina). Es editor del *Boletín de Humanidades Médicas* de dicha facultad, en la cual generosamente me ha permitido una colaboración activa. Además, es docente del eje de Humanidades Médicas.

James Pilco Luzuriaga (JPL): *Francisco, vivimos una época en la que la* escultura del yo *inunda las redes sociales, y pareciera que nuestro cerebro se está adaptando a ello, a una ideocracia de la simpleza. De hecho, recientemente se descubrió que un circuito cerebral en particular es un excelente predictor de personalidades narcisistas. Como psicólogo, médico y docente, ¿crees que estamos frente a un nuevo tipo de estudiantes y futuros médicos que priorizan el yo y promueven su ego para alcanzar mayor visibilidad y reconocimiento?*

Francisco Juan José Viola (FJJV): Antes de responder, permíteme una pequeña digresión con una pregunta retórica: ¿cuándo no pasó que los egresados de una universidad no fueron consecuencia de su momento social? Porque eso es lo que pasa. Estamos en una época donde se ha potenciado cierta forma de estar en el mundo, asociada a una imagen exprés, superficial (aun cuando las personas no sean siempre superficiales), a una adecuación a normas más publicitarias, podríamos decir.

En esta lógica parece ser que todo debe venderse y, obviamente, el gran escaparate virtual es lógico. Pero creo que una de las trampas más grandes que existe es hacernos creer que todo y todos están allí. Si, obviamente la

cantidad de gente que pulula con y en esta idea de, como tu mencionas, *escultura del yo*, puede hacernos creer que todo es así. Pero, el silogismo tiene una consigna falsa: *todos los hombres son mortales* no es igual a *todos los hombres están en las redes*.

Soy un convencido de que existe otro mundo real, donde hay personas que no juegan el juego-trampa de la idea del ego perfecto y edulcorado, y que, además, disfrutan no hacerlo. La lucha por el *ego* forma parte de la historia humana; lo único que cambió es que actualmente no hace falta mucho para sostenerlo. O sea, en el fondo no es la herramienta el problema, sino la falta de pensamiento crítico, que es lo que te permite diferenciar la paja del grano.

JPL: *¿El término narcisista es aplicable en Medicina? Después de todo hay médicos que se obsesionan con la imagen externa que deseen proyectar; pareciera que solo les importa impresionar y ganar, pudiendo manipular a través de esa* escultura del yo *que permiten las redes sociales. ¿Y los pacientes o potenciales pacientes están dispuestas a elogiarlos para obtener atención y admiración incondicional?*

FJJV: *Homo sum: humani nil a me alienum puto.* O sea: *soy hombre (ser humano) y, por lo tanto, nada que sea humano me resulta extraño*, dijo Terencio hace siglos, y en esta verdad se sintetiza todo. Los defectos de la humanidad pueden tener lugar en una persona, pero, también las virtudes humanas.

Es lógico que los médicos sean proclives a caer en esta tentación: la tentación de ser percibidos como alguien impresionante y que, además, implica pagos acordes con lo que uno siente como valía, hace una tormenta perfecta. Pero mantener una imagen impoluta, dentro de la lógica de las redes lo considero imposible, porque los materiales que usa son elementales y no resisten ante las inclemencias del tiempo mínimo.

Por eso las personas necesitan, aun en las redes, caer en la tentación inevitable de vivir y eso hace que, tarde o temprano, precisen de la sinceridad de la alteridad. Si no, se paga con la moneda del deterioro mental.

JPL: *Estamos frente a una vitrina digital, una búsqueda de miradas ajenas, de una aprobación que no se ve, donde la imagen que se esculpe prevalece sobre*

la autenticidad y la validación externa: una especie de opio que da likes *fugaces a costa del yo autentico. ¿Crees tú que debemos adaptarnos al mandato digital o insistir en una medicina narrativa, como lo promulga Rita Charon?*

FJJV: Los seres humanos somos seres biográficos. En mis clases sobre salud sexual, insisto con una frase muy clara y notable de Genevieve Fraise: *el sexo, en tanto que acto, es una palabra que marca a los seres humanos, mientras que la sexualidad, por su parte, cuenta una historia*.

Reemplaza la palabra sexo por cualquier cosa que sea un instante y reemplaza sexualidad (entidad humana y transversal a la vida) por humanidad. A lo que voy es que los seres humanos —vos, yo y el otro— son siempre biografías que conjugan caminos, experiencias, saberes, ignorancias, virtudes y defectos. Somos, literatura.

Por eso, la medicina narrativa tiene una importancia crucial: recuperar el relato que nos constituye, no solo el segundo que nos pasa. Entonces, parece lógico: para conocer a alguien hay que escucharlo. Su historia son sus marcas —cicatrices, tatuajes y arrugas, metafóricamente hablando— y las claves para entenderlo son quien las porta. ¿Cómo ser justos si no permitimos que pueda hablar?

JPL: *El filósofo Byung-Chul Han argumenta que la hiperconexión y la sobreestimulación llevan a una sociedad del cansancio: la atención se dispersa, la paciencia se debilita, se rompe y la gratificación rápida es el fin en sí mismo. Los pacientes se impresionan con las imágenes proyectadas por parte del médico, pero pueden ser presas de esta sobreestimulación. ¿Qué opinas?*

FJJV: Una obviedad muy obvia —permíteme la redundancia— también es una verdad que hay que nombrar. Byung-Chul Han tiene un estilo comunicativo donde exhibe con simpleza conceptos complejos y de una importancia crucial.

La tensión permanente —por ejemplo, por la sobreestimulación o la hiperconexión, como mencionas— desgasta a cualquiera. Por ello, es lógico pensar que para mantener un sistema todo el tiempo hay un gasto de energía. Un

sistema como el actual, basado en la imagen, se paga con salud mental, principalmente.

No por nada los problemas de este tipo son una verdadera pandemia. En el mito de Narciso, recordemos, el protagonista sufre las consecuencias de perderse en su propia imagen. Nada ha cambiado.

La humanidad sigue siendo el otro. Y recordando otra obviedad: nosotros también somos el otro para alguien. En esa verdad la vida se desarrolla y se enriquece. Lo que nos impide ser genera consecuencias negativas. Solo somos en la realidad donde fluimos, nos limitamos, nos encontramos, nos esforzamos por entender, debatimos y —sin pretensión de edulcorar— amamos. La vida es vínculo, no conexión. Desde nuestros límites y nuestras posibilidades.

JPL: *¿La inteligencia artificial no está siendo, de algún modo, una estocada para el ego de los médicos?*

FJJV: Imagínate cuando salió el primer método complementario que permitía certificar un diagnóstico con mayor precisión que un semiólogo dedicado. Seguramente aquel médico se sintió tocado en su ego también. Apareció una herramienta que no solo podía mejorar nuestra actividad, sino visibilizar nuestros errores y nuestros límites.

Creo que los mejores profesionales fueron aquellos que comprendieron al instante que una herramienta es útil en función del conocimiento que tiene el que la utiliza. La IA es eso, solo eso: una herramienta que puede ser de extrema utilidad, capaz de procesar información con una rapidez que no tiene el cerebro humano.

Pero la pregunta clave es: ¿qué hacemos con esa información procesada? La IA no lo resuelve. Es un humano, con su realidad perenne, con necesidades y deseos, con su inefable diversidad, quien la ejecuta, la acepta, la utiliza, la rechaza o la convierte, en un instante, en algo negativo o, esperamos, muy positivo. Pues de eso se trata, de pensar en qué respuesta damos a lo siguiente: ¿qué elemento de nuestra humanidad es el plus que nosotros damos a la inteligencia artificial? Un principio de respuesta sería no olvidar que, en el sufrimiento, siempre esperamos tener la dignidad de la mirada de quien nos cuida —una frase escuchada hace tiempo de un colega. Nuestro ego también se nutre de lo que nos enaltece como personas.

Otra digresión: el gran tema que afecta a los médicos es la *incertidumbre*. Nuestro conocimiento es siempre limitado, y eso nos asusta; eso afecta al ego muchísimo. La IA es una prueba de que somos limitados. Entonces, la solución es *terapia*: para asumirnos como seres humanos, simplemente. Nunca estuvimos en el Olimpo, y esto es maravilloso, aunque no lo creamos.

JPL: *Finalmente, desde la docencia, ¿qué debemos hacer para modular esa dictadura de la imagen, y volver a tener médicos con autenticidad y humanismo?*

FJJV: La respuesta corta es *intentarlo*, quizás *hasta que duela* (solo es una referencia poética). Creo que hay intentarlo hasta que donde uno siente que tiene valor hacerlo. No creo que el sacrificio sea el camino, sino la convicción.

Convencerse uno de que puede hacer la diferencia —si es el caso— y convencer al otro de que la distancia entre dos realidades, la alteridad fundante de la humanidad, en la diversidad donde existimos como especie, es la creación de puentes entre verdades.

Pero cuando hablo de convencer no es desde la tribuna, sino estoy haciendo referencia a la educación como recurso. La educación es un proceso complejo: un esfuerzo sistemático, motivado, activo para, como diría Paulo Freire: *crear las posibilidades para su propia producción o construcción del conocimiento*.

La educación es la solución: una educación que se asiente en el saber, estimule el pensamiento crítico —la verdadera fuente de los antídotos para esto que sugieres— y reafirme que el ser humano solo existe en el encuentro donde somos capaces de crear vínculos.

Galería

LA ENSEÑANZA DE LAS HUMANIDADES Y EL PODER DEL ARTE

La enseñanza de las humanidades y el incentivo a contemplar el arte en todas sus expresiones son caminos esenciales para formar mejores seres humanos. A continuación, presento una serie de obras que invitan a reflexionar sobre la alegría, la infancia herida y las juventudes inciertas.

Cada pieza aquí reunida es una puerta hacia lo sensible, un recordatorio de que el arte, al igual que la medicina y la filosofía, también cura. En sus trazos, rostros y colores habita la memoria colectiva: las risas y silencios de quienes buscan sentido en medio del caos contemporáneo.

Esta galería no pretende ilustrar un discurso, sino acompañar una mirada: la del médico, el humanista y el ser humano que se reconoce frágil y finito. Porque solo cuando nos permitimos mirar —con empatía y sin prejuicio— comprendemos que el arte no es un adorno de la existencia, sino su reflejo más verdadero



James Pilco Luzuriaga, *Opertura de niñez*, óleo sobre papel,
20 cm × 15 cm, 2025.

Hoy nos explotamos por propia voluntad y con la creencia de que nos estamos realizando. Nos entregamos al culto del yo, en el que todo el mundo es sacerdote de sí mismo.

Todo el mundo es hoy productor y emisor.

El Pathos de la Acción

Byung Chul Han.



James Pilco Luzuriaga, *Sonrisas por venir*, óleo sobre tela,
90 cm × 90 cm, 2025.



James Pilco Luzuriaga, *Parches tempranos*, óleo sobre tela,
90 cm × 90 cm, 2025.



James Pilco Luzuriaga, *Negra serenidad*, óleo sobre tela,
2 m × 1,5 m, 2025.

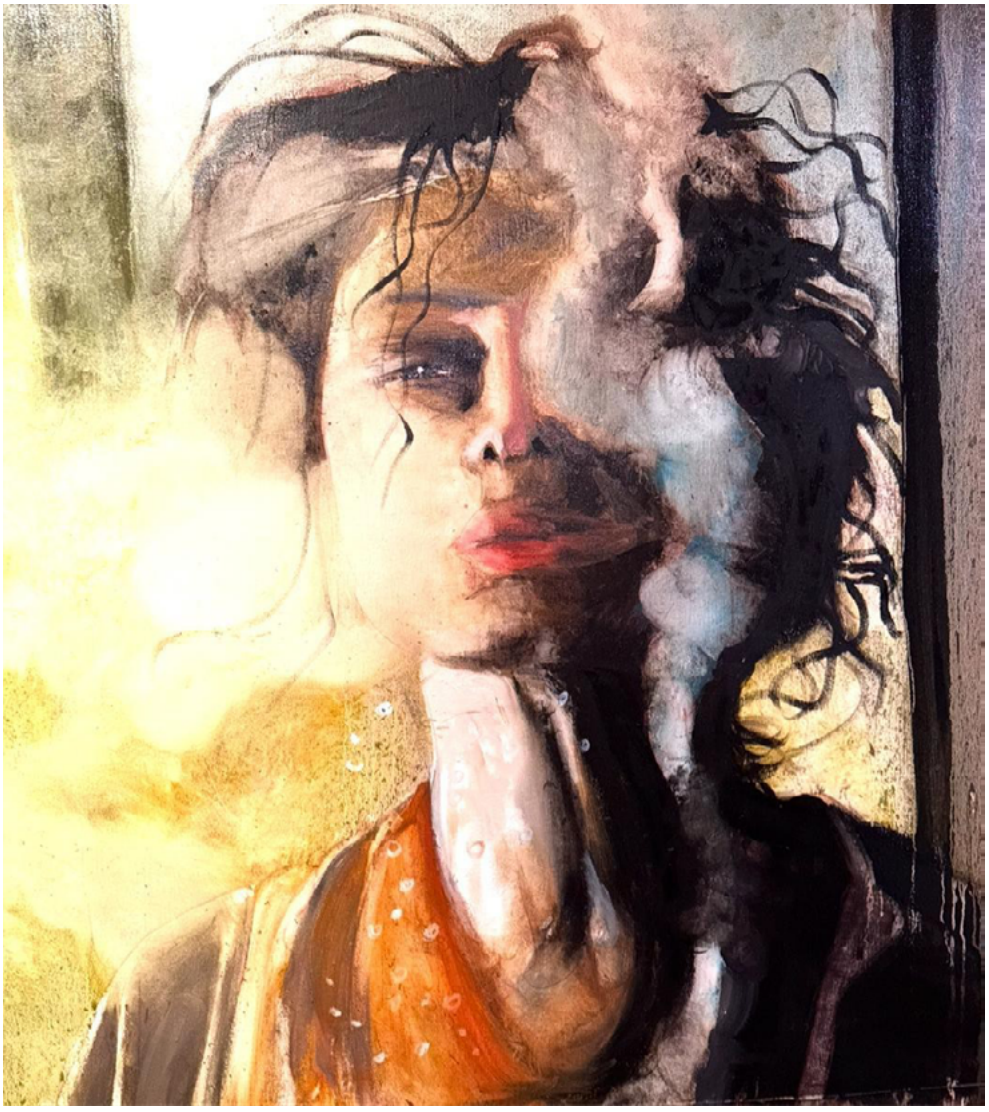


James Pilco Luzuriaga, *Ansiedades compradas*, óleo sobre tela,
90 cm × 90 cm, 2025.





James Pilco Luzuriaga, *Collage de vid*a, óleo sobre tela, 90 cm × 90 cm, 2025. Fotografía del mural, propiedad de la Universidad del Azuay.



James Pilco Luzuriaga, *Esfumada*, óleo sobre tela,
90 cm × 90 cm, 2025.



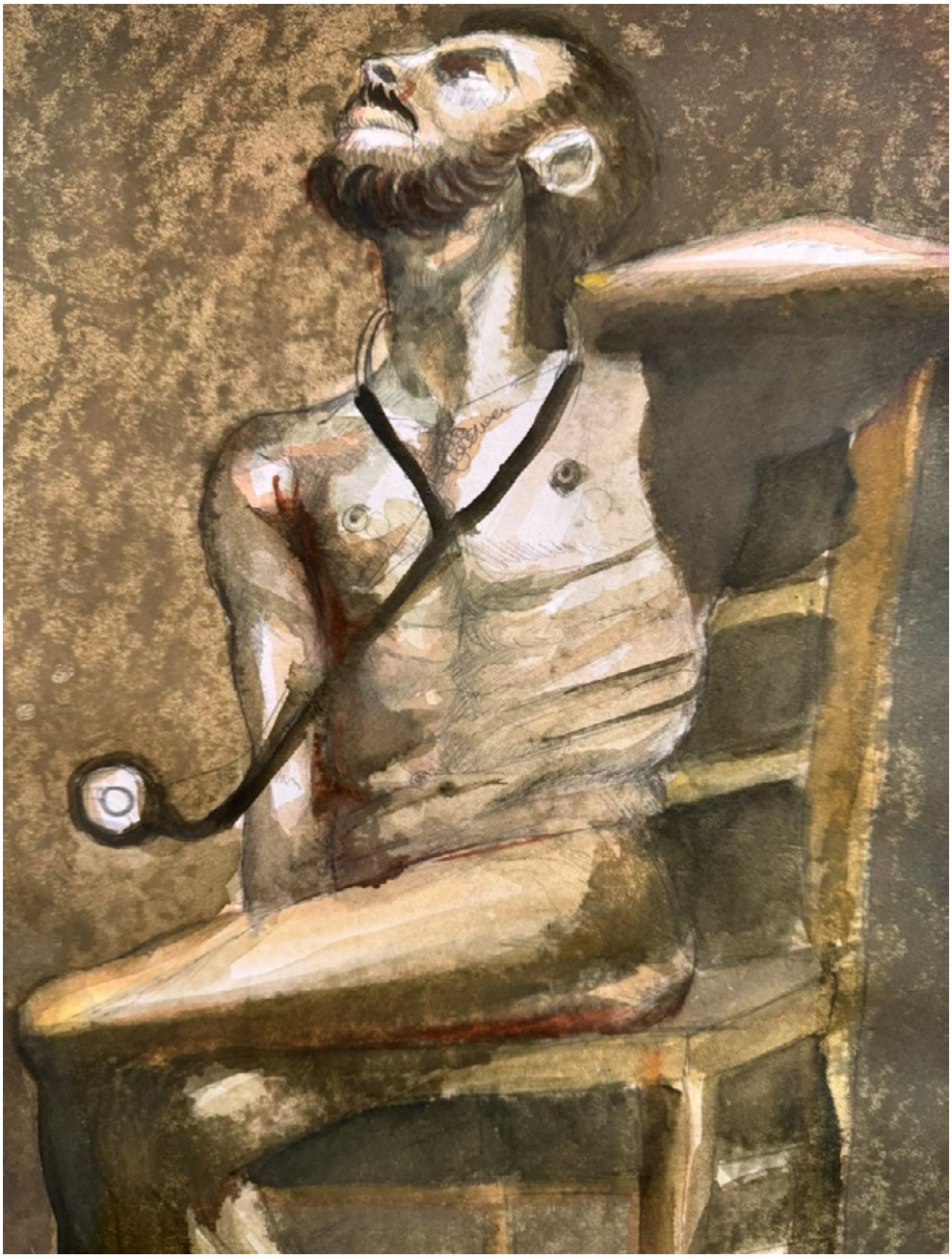
James Pilco Luzuriaga, *El padre*, óleo sobre tela,
90 cm × 90 cm, 2025.



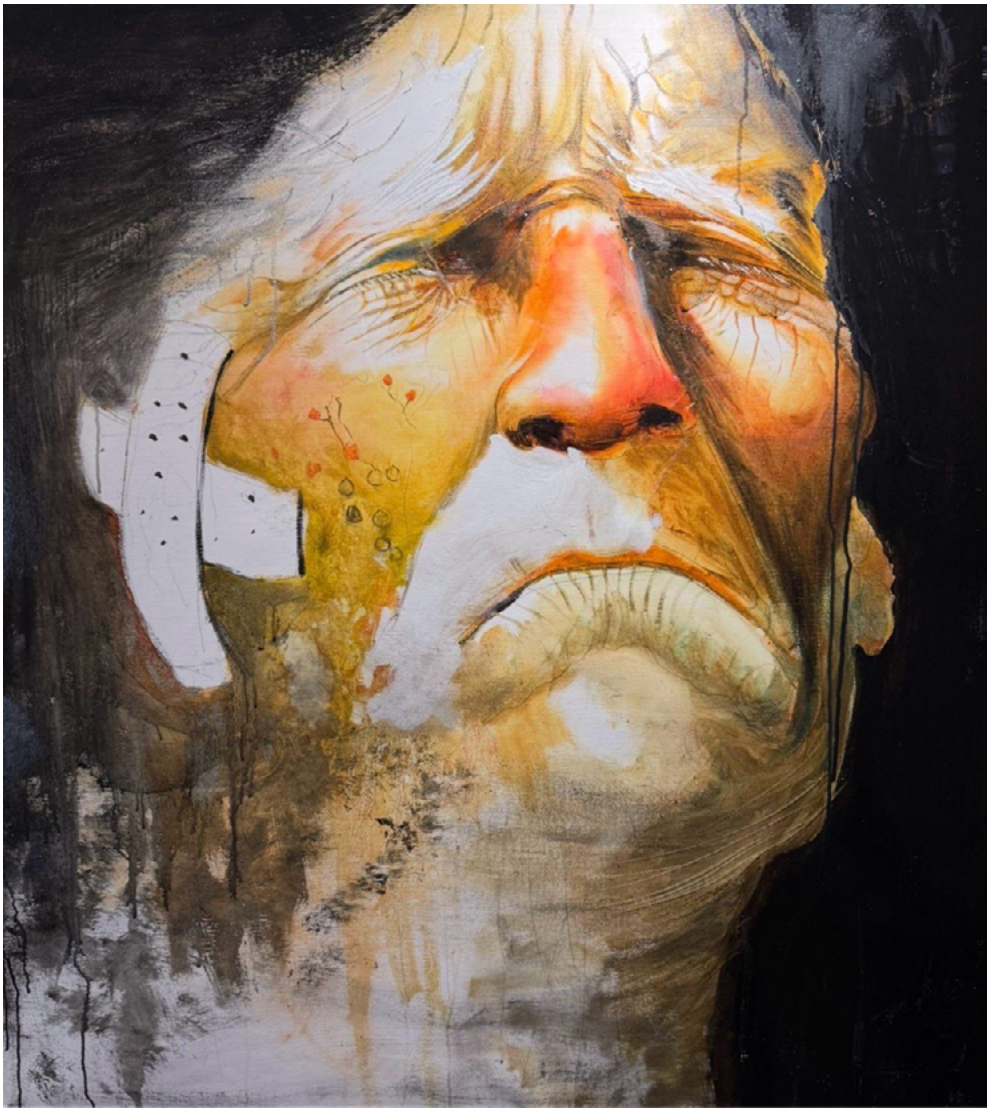
James Pilco Luzuriaga, *Indigna*, óleo sobre tela,
100 cm × 90 cm, 2025.



James Pilco Luzuriaga, *Tatuada*, óleo sobre tela,
100 cm × 90 cm, 2025.



James Pilco Luzuriaga, *En espera del halago*, acuarela sobre papel, 70 cm × 80 cm, 2025.



James Pilco Luzuriaga, *Autorretrato*, óleo sobre tela,
100 cm × 90 cm, 2025.



James Pilco Luzuriaga, *Sonriendo y libres*, acrílico sobre tela,
100 cm × 80 cm, 2025.



James Pilco Luzuriaga, *James pequeño, con angustias sin sustento*, acrílico sobre papel, 70 cm × 40 cm, 2025.



James Pilco Luzuriaga, *Reloj de vida*, acrílico sobre tela,
200 cm × 150 cm, 2025.



James Pilco Luzuriaga, *Beatles criollos*, acrílico sobre tela,
200 cm × 100 cm, 2025.



James Pilco Luzuriaga, *Gato asustado*, acrílico sobre tela,
100 cm × 100 cm, 2025.



James Pilco Luzuriaga, *Súper héroe híbrido*, acrílico sobre tela, 200 cm × 100 cm, 2025.

Sobre el autor y sus colaboradores

James Pilco Luzuriaga nació en Cuenca en 1965. Es cirujano digestivo y endoscopista intervencionista, formado en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Se especializó en cirugía laparoscópica y esofágica en el Hospital Manuel Gea González, donde también se desempeñó como investigador asociado de la UNAM.

Ha realizado programas de especialización en instituciones de prestigio internacional, entre ellas la Cleveland Clinic (Estados Unidos) y la Universidad de Buenos Aires, con énfasis en endoscopia avanzada y cirugía guiada por inmunofluorescencia. En la Harvard Medical School (Boston) profundizó sus estudios en cirugía mínimamente invasiva, terapias innovadoras del tracto digestivo superior e inteligencia artificial aplicada a la salud.

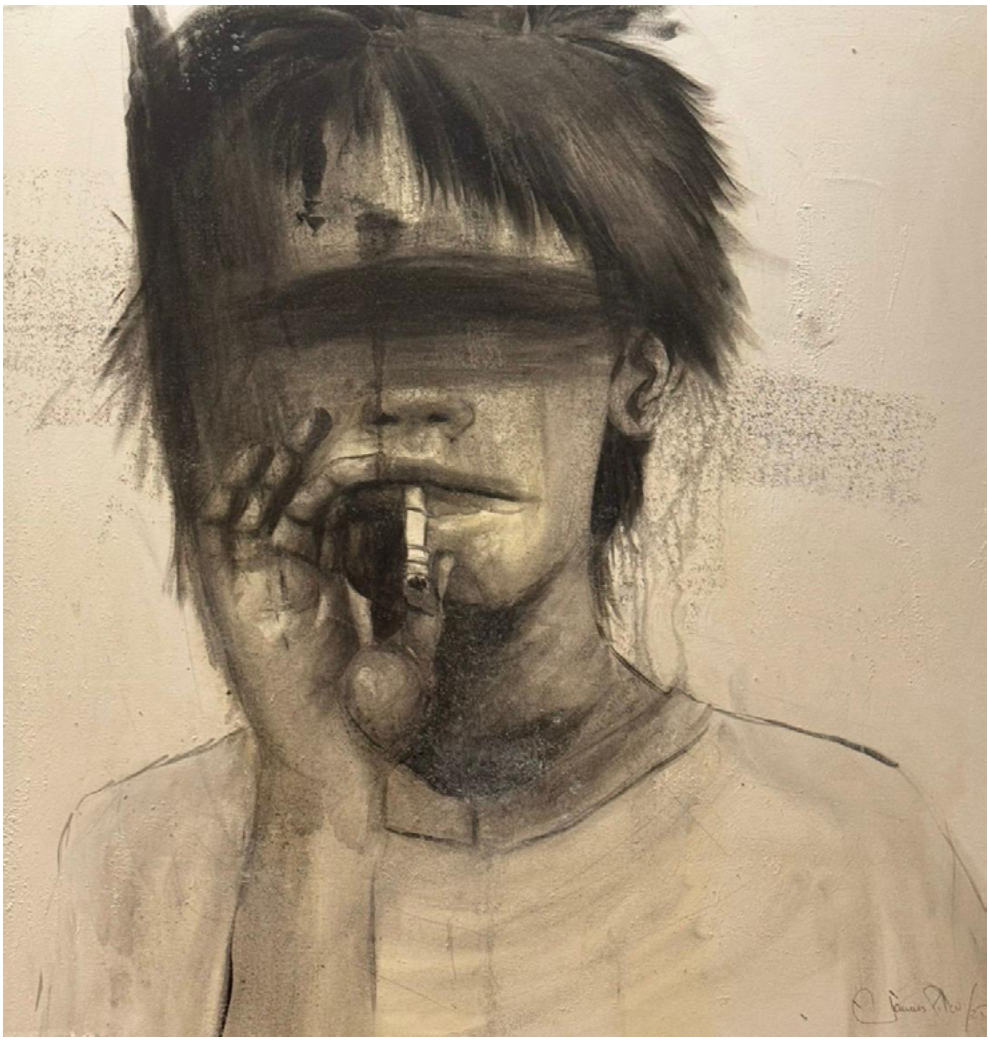
Magíster en Bioética por la Universidad del Azuay, es docente fundador de su Facultad de Medicina y gestor cultural comprometido con la integración del arte y la ciencia en la formación médica. Como artista plástico, ha expuesto su obra en varios países y ha realizado murales en espacios emblemáticos como el Hospital Manuel Gea González (México), el Centro de Salud n.º 3, el Hospital San Vicente de Paúl, el Museo de Historia de la Medicina, la Universidad del Azuay y la Universidad Internacional del Ecuador, donde destaca su mural *Narración Bioética*.

Es autor de múltiples publicaciones. En pintura y poesía destaca: *Con el alma en el rostro* (Ediciones Cuéllar, México D.F.,1998). En el ámbito académico: *Atlas de procedimientos gastroquirúrgicos selectos* (Ciba Ediciones G, Mexico DF, 1998), *Atlas de clasificaciones endoscópicas* (CIBA, México, 1997), *El aprendizaje humano de la salud* (Universidad del Azuay, Cuenca, 2022), *Facultad de Medicina: 20 años* (Universidad del Azuay, Cuenca, 2023), *Testimonios híbridos* (Banco Central del Ecuador, 2014) y *Cirugía antirreflujo* (UNAM, Mexico, 1998).

Por su trayectoria médica, docente y artística, ha sido reconocido con el título honorífico de Maestro de Maestros por la Universidad Internacional del Ecuador, y con la Insignia Guadalupe Larriva González, otorgada por el Ilustre Municipio de Cuenca, en reconocimiento a su invaluable aporte a la medicina, la docencia y la cultura.

Raúl Pino Andrade es cirujano, humanista, lector, ser sensible, académico de la Universidad de Cuenca.

Oswaldo Alfonso Borráez Gaona es cirujano y maestro de la cirugía colombiana. Magíster en Bioética y profesor de la Universidad Nacional de Colombia. Creador de la Bolsa de Bogotá, un invento que ha salvado innumerables vidas alrededor del mundo y ha posicionado a su país en el mapa de la innovación quirúrgica global. Un legado de ciencia, ética y humanidad que trasciende generaciones.



James Pilco Luzuriaga, *Cortina de humo*, acuarela sobre papel,
100 cm × 90 cm, 2025



James Pilco Luzuriaga, *Un like por favor*, acuarela sobre papel,
20 cm × 30 cm, 2026



Este libro se terminó de imprimir y encuadernar
en septiembre de 2026 en el PrintLab de
la Universidad del Azuay
Cuenca del Ecuador

El narcisismo médico conduce a un reduccionismo científico y a una reclusión de las conciencias: algunos médicos priorizan su *escultura del yo* sobre las ideas y favorecen un conocimiento *capitalizable*, guiado por la innovación tecnológica en la carrera por ser los primeros, a veces sin el seguimiento científico adecuado de las técnicas. Esta lógica compite dentro de empresas que sostienen tecnologías de control social.

UNIVERSIDAD DEL AZUAY | Casa Editora

ISBN: 978-9942-54-145-1

PRO EDIT