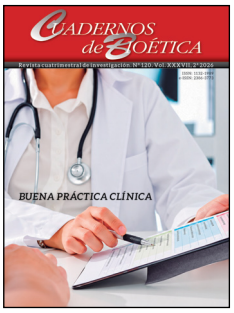
Cuadernos de Bioética. 2026; 37(120): 161-170
DOI: 10.30444/CB.209
Copyright Cuadernos de Bioética

Este trabajo se publica bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional



LA BUENA PRÁCTICA DE LA MEDICINA: ENTRE EL PROGRESO CIENTÍFICO Y LA PERMANENCIA DE LA ESENCIA HUMANA

THE GOOD PRACTICE OF MEDICINE: BETWEEN SCIENTIFIC PROGRESS AND THE PERMANENCE OF HUMAN ESSENCE

PEDRO MARTÍNEZ AYALA *https://orcid.org/0000-0002-0505-6340*
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara «Fray Antonio Alcalde». [Unidad de VIH] • Guadalajara, Jalisco, México
Dirección postal: Hospital 278, colonia El Retiro, CP. 44280, Guadalajara, Jalisco, México • Teléfono: +52 33 38834400 • pemayala4@gmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:
humanidades médicas, profesionalismo, ética clínica, relación médico-paciente, filosofía de la medicina

Recibido: 20/05/2026
Aceptado: 25/08/2026

La medicina contemporánea evoluciona con una velocidad sin precedentes en sus dimensiones técnica y científica, mientras que los rasgos esenciales de la buena práctica clínica —compasión, prudencia, empatía y acompañamiento— muestran una notable persistencia histórica desde los orígenes documentados de la profesión[1]. Tomando como punto de partida la experiencia personal con la resucitación temprana dirigida por metas en sepsis (Surviving Sepsis Campaign, 2008) y su posterior abandono, este ensayo, inspirado en *The Care of the Patient* de Francis W. Peabody (1927), articula una distinción entre la ciencia médica, de naturaleza progresiva y perfectible, y la esencia ética del quehacer médico, entendida no como un conjunto de rasgos fijos ya dados, sino como la capacidad antropológica para cultivar las virtudes que constituyen la relación clínica. A partir de esa distinción se propone un prototipo de la buena práctica clínica —entendido, con Pellegrino y Thomasma, como representación normativa del clínico que encarna las virtudes propias de la empresa moral de la medicina— fundado en cuatro virtudes cardinales y se contrasta con el prototipo contemporáneo del «éxito» profesional —investigación, divulgación, figura digital—, reconociendo la legitimidad de éstas y matizando la crítica sobre su hipertrofia. Se discuten las dinámicas que erosionan dicho núcleo y se subraya, con base en la evidencia educativa y en los principales marcos internacionales, que las virtudes clínicas pueden y deben enseñarse mediante currículos estructurados.

ABSTRACT:

Keywords:
medical humanities, professionalism, clinical ethics, doctor–patient relationship, philosophy of medicine

Contemporary medicine evolves with unprecedented speed in its technical and scientific dimensions, while the essential traits of good clinical practice —compassion, prudence, empathy, and accompaniment— show remarkable historical persistence since the documented origins of the profession. Drawing on the author's lived experience with early goal-directed therapy for sepsis (Surviving Sepsis Campaign, 2008) and its subsequent abandonment, and inspired by Francis W. Peabody's *The Care of the Patient* (1927), this essay articulates a distinction between medical science —progressive and perfectible by nature— and the ethical essence of medical practice, understood not as a set of fixed pre-given traits, but as the anthropological capacity to cultivate the virtues constitutive of the clinical relationship. From that distinction it

1 Jonsen, A.R. *A short history of medical ethics.* Oxford University Press, Nueva York, 2000.

proposes a prototype of good clinical practice —following Pellegrino and Thomasma, as a normative representation of the clinician embodying the virtues proper to the moral enterprise of medicine— grounded in four cardinal virtues, contrasted with the contemporary prototype of professional «success» —research, dissemination, digital presence—, while acknowledging their legitimacy and tempering the critique to their hypertrophy. It discusses the dynamics that erode this core and emphasizes, drawing on educational evidence and the main international frameworks, that clinical virtues can and should be taught through structured curricula.

1. Introducción: el sueño breve de una columna de agua

Recuerdo, casi como si fuera ayer, las guardias de aquel primer año de residencia en Medicina Interna. Corría el año 2008 y las recientemente publicadas guías internacionales de la Surviving Sepsis Campaign nos instaban a alcanzar, dentro de las primeras seis horas, un conjunto de metas hemodinámicas derivadas del estudio pionero de Rivers y colaboradores[2 3]. Entre ellas figuraba un objetivo entonces inamovible: una presión venosa central de 8 a 12 cm H_2O —o de 12 a 15 cm H_2O si la persona se encontraba intubada— como parte de la resucitación temprana dirigida por metas (*early goal-directed therapy*).

Aquella medición, además de imprecisa, era laboriosa: requería verificación reiterada del cero hidrostático, recalibración con cada cambio de posición y vigilancia continua de la curva venosa. Lograrla dentro del plazo establecido suponía un compromiso firme con el protocolo y una vigilancia casi devocional sobre cada paciente séptico. No se trataba de un capricho local: era el estándar de cuidado que la mejor evidencia disponible prescribía con la autoridad de un consenso internacional, y cumplirlo era una cuestión profesional y, en cierto modo, también ética. El cuerpo docente que insistía en ello —al que hoy estoy especialmente agradecido— actuaba impulsado por esa misma convicción: ofrecer a cada paciente lo mejor que la ciencia de aquel momento sabía hacer.

Aquella meta, sin embargo, fue progresivamente desaconsejada en las actualizaciones posteriores de las Surviving Sepsis Guidelines, hasta el punto de que la versión más reciente ya no la incluye entre sus algoritmos[4]. La presión venosa central, que ordenó tantas guardias y guió tantas decisiones clínicas, dejó silenciosamente de recomendarse, como si nunca hubiera sido la piedra angular que en su día fue. Aquellas largas horas medidas centímetro a centímetro en una columna de agua se desvanecieron del paisaje terapéutico tan fugazmente como los paradigmas que las precedieron y como los que, sin duda, sustituirán a los actuales.

Aquí comienza la reflexión que sigue. Conviene distinguir con nitidez dos planos en la práctica médica: el del saber, que cambia, y el del ser, que permanece. El primero es el de la ciencia, dinámica y perfectible; el segundo, el de las virtudes que sostienen la clínica, estables y normativas. Mientras la medicina contemporánea acelera su progreso técnico, quien la ejerce, en cuanto ser humano que se hace cargo de otro ser humano vulnerable, conserva un núcleo identitario que atraviesa los siglos. El propósito de este ensayo es articular dicha distinción y, sobre ella, proponer un prototipo de la buena práctica clínica capaz de orientar la formación y la práctica médicas contemporáneas, tomando como referencia el ensayo clásico de Francis W. Peabody, *The Care of the Patient* (*JAMA*, 1927)[5].

2 Rivers, E., Nguyen, B., Havstad, S., Ressler, J., Muzzin, A., Knoblich, B., y cols. «Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock». *The New England Journal of Medicine*. 2001; 345(19): 1368-1377.

3 Dellinger, R.P., Levy, M.M., Carlet, J.M., Bion, J., Parker, M.M., Jaeschke, R., y cols. «Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008». *Intensive Care Medicine*. 2008; 34(1): 17-60.

4 Prescott, H.C., Antonelli, M., Alhazzani, W., Møller, M.H., Alshamsi, F., Azevedo, L.C.P., y cols. «Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for the management of sepsis and septic shock 2026». *Critical Care Medicine*. 2026; 54(4).

5 Peabody, F.W. «The care of the patient». *JAMA*. 1927; 88(12): 877-882.

2. El carácter progresivo de la ciencia médica

La medicina, en cuanto ciencia, posee una naturaleza intrínsecamente progresiva. Cada generación se apoya en los conocimientos acumulados por sus predecesoras y predecesores para perfeccionar la comprensión de la enfermedad y mejorar las intervenciones terapéuticas. La historia reciente de la sepsis, evocada en la introducción, es solo un ejemplo entre muchos: la retirada progresiva de la meta de presión venosa central de las guías de reanimación —una recomendación que en su momento se consideró indispensable— condensa en una viñeta la naturaleza cambiante del saber clínico. Basta observar las prácticas vigentes hace apenas un siglo para reconocer un avance tan profundo que muchas de aquellas conductas resultan hoy difíciles de comprender fuera de su contexto histórico.

Conviene, sin embargo, evitar la mirada anacrónica. La historia de la medicina no debe juzgarse con soberbia, sino con humildad intelectual: quienes ejercían entonces —y quienes medíamos presión venosa central durante la residencia— actuamos con las mejores herramientas conceptuales y tecnológicas a nuestro alcance, y es muy probable que nuestras propias prácticas sean juzgadas con la misma severidad dentro de cien años. Esta reflexión no pretende desacreditar el pasado, sino recordar la esencia dinámica y perfectible del conocimiento científico.

No hay ciencia sin transformación: en el momento en que una disciplina deja de cuestionarse y reinventarse, deja de ser ciencia. Y, sin embargo, este progreso permanente obliga a preguntar: ¿es la medicina únicamente ciencia?

3. La permanencia ética del quehacer médico

En esta marcha del conocimiento aparece una segunda dimensión, distinta y complementaria. La ética aristotélica de la virtud[6], renovada en la filosofía moral contemporánea por autores como MacIntyre[7] y elaborada, en el ámbito de la antropología filosófica, por Spaemann[8], ofrece un marco para reconocer que ciertos rasgos del buen ejercicio profesional muestran una notable persistencia histórica. No son artefactos de una época ni meras preferencias culturales pasajeras: son disposiciones que las sucesivas comunidades médicas han reconocido como valiosas desde los orígenes documentados de la profesión[9], y cuya vigencia se mantiene incluso cuando el conocimiento científico que las acompaña se transforma vertiginosamente.

Ciertamente, esta lectura no es unánime. Hay quien sostiene que estas virtudes no son más que costumbres de una cultura, y que llamarlas permanentes es confundir la historia con la naturaleza. Rorty argumentó[10]: no existe en nosotros un fondo último que la educación y la época no hayan moldeado, y lo que hoy nos parece conducta decente es el acuerdo, siempre revisable, de una comunidad. Sin embargo, Rorty reconoce que todos podemos sufrir y ser humillados, y que la historia moral ha ido ampliando el círculo de quienes nos importan; lo que niega es que haga falta buscarle cimientos a eso. Que una costumbre se repita durante veinticinco siglos no prueba todavía que deba repetirse.

A pesar de lo anterior, hay un hecho que se resiste a ser leído como simple costumbre. Cada persona que hoy discute si existe o no una naturaleza humana pasó antes varios años sin poder sostener su propia cabeza, alimentarse ni pedir ayuda con palabras. Alguien la cuidó durante ese tiempo, y sólo por eso llegó a ser alguien capaz de discutir. Tampoco esa autonomía es definitiva: basta una neumonía grave, un accidente o el simple paso de los años para que volvamos a la cama desde la que se depende de otros. MacIntyre, que en su obra temprana había explicado las virtudes por las prácticas sociales que las sostienen, terminó reconociendo que ninguna ética puede desentenderse de este dato elemental[11]: somos animales dependientes, y lo somos al

6 Carvajal Cordón, J. *Aristóteles y la ética*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete, 1992.

7 MacIntyre, A. *After virtue: A study in moral theory*. 3.ª ed. University of Notre Dame Press, Notre Dame, 2007.

8 Spaemann, R. *Personas: acerca de la distinción entre «algo» y «alguien»*. Eunsa, Pamplona, 2000.

9 Jonsen, A.R., op. cit., 3-20.

10 Como articulación paradigmática de la crítica anti-esencialista, véase Rorty, R. *Contingency, irony, and solidarity*. Cambridge University Press, Cambridge, 1989, xiii, 189 y 192; para las concesiones aquí citadas, 91-92, 192 y 67.

11 MacIntyre, A. *Dependent rational animals: why human beings need the virtues*. Open Court, Chicago, 1999, esp. prólogo

principio, al final y en potencia frente a la enfermedad. Cuidar y ser cuidado no es, entonces, una costumbre entre otras posibles; es la condición que nos permite tener costumbres. Esto explica en gran parte, por qué la medicina ocupa un lugar aparte entre los oficios humanos: no se ocupa de un aspecto cualquiera de la vida, sino justamente de aquel en el que la dependencia se vuelve visible. Quien ingresa a un hospital ha regresado, por unos días o para siempre, a la condición en la que todos empezamos. El bien del paciente no es, por tanto, un acuerdo interno del gremio médico: es aquello sin lo cual esto que hacemos no sería medicina.

Conviene precisar, además, que la propia noción de «naturaleza humana» admite varias concepciones —biológica, disposicional, normativa y esencialista— y no obliga a postular una esencia fija idéntica en todas las personas[12]. Nussbaum, por ejemplo, la entiende como un conjunto de capacidades que deben desarrollarse[13], y Foucault, desde la vertiente crítica, ha sostenido que la práctica médica y la figura misma del médico son en gran medida construcciones históricas determinadas por las formas de saber y las relaciones de poder de cada época[14]. Estas objeciones invitan a afinar la tesis: lo verdaderamente inmutable no son las virtudes ya desarrolladas —que evidentemente pueden enseñarse y aprenderse—, sino la capacidad humana de cultivarlas. Reconocer al otro, deliberar, cuidar, establecer vínculos: son disposiciones que no se despiertan solas, y que requieren formación, ejercicio, buenos modelos e instituciones que las favorezcan.

Quien ejerce la medicina, en cuanto ser humano al servicio de otro ser humano, participa de ese tejido normativo compartido. Aunque el conocimiento técnico sea siempre perfectible —en términos aristotélicos, está más en potencia que en acto—, existen rasgos de la buena práctica que han trascendido el tiempo desde que se formularon los primeros principios éticos de la profesión: la compasión, la prudencia, la empatía, el respeto por la vida y la dignidad humana. No dependen de manuales, algoritmos ni avances tecnológicos; pertenecen al ámbito de lo ético y lo existencial, y constituyen el núcleo más profundo del acto médico: acompañar, aliviar y cuidar a otro ser humano en su vulnerabilidad. Ya lo enunció Peabody hace casi un siglo, en una frase que conserva intacta su vigencia:

> «The treatment of a disease may be entirely impersonal; the care of a patient must be completely personal»[15].
>
> [Trad.: «El tratamiento de una enfermedad puede ser enteramente impersonal; el cuidado del paciente debe ser completamente personal»].

4. Hacia un prototipo de la buena práctica clínica

Empleamos aquí el término «prototipo» como una representación normativa del clínico que encarna las virtudes necesarias para llevar a cabo lo que Pellegrino y Thomasma han denominado la *empresa moral* de la medicina. Es un modelo normativo —no estadístico— de aquello que la medicina, para serlo propiamente, exige encarnar en quien la ejerce: un patrón de referencia que orienta el juicio profesional y permite discernir cuándo una práctica particular se aproxima o se aleja de lo que la propia disciplina reconoce como excelencia. A partir de la tradición hipocrática[16], de la filosofía moral aristotélica y, sobre todo, del ensayo de Peabody, proponemos un prototipo articulado en torno a cuatro virtudes cardinales.

La elección de estas cuatro virtudes no es exhaustiva ni arbitraria. Podrían añadirse otras habitualmente

y caps. 1 y 10-11. Cabe señalar que el razonamiento no incurre en la llamada falacia naturalista: la inferencia opera sobre conceptos funcionales —del mismo modo que de «esto es un reloj y atrasa» se sigue que es un mal reloj—, y «buen médico» pertenece a esa clase de conceptos en la medida en que la medicina es una práctica definida por un fin.

12 Roughley, N. «Human nature». En: Zalta, E.N. (ed.). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2021 Edition). Stanford University. Disponible en: http://plato.stanford.edu/archives/spr2021/entries/human-nature/

13 Nussbaum, M.C. *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*. Paidós, Barcelona, 2012.

14 Foucault, M. *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. Routledge, Londres, 2003 (ed. inglesa), cap. 1 «Spaces and classes», pp. 3-13.

15 Peabody, F.W., op. cit., 877.

16 Jonsen, A.R., op. cit., 21-40.

reconocidas en las taxonomías del profesionalismo médico —justicia, honestidad intelectual, fortaleza—, todas ellas relevantes para el ejercicio profesional. Seguimos aquí, sin embargo, la lectura peabodyana[17] y la sistematización posterior de Pellegrino y Thomasma[18] para distinguir aquellas virtudes que son específicamente constitutivas de la relación clínica: aquellas sin las cuales el encuentro con el paciente vulnerable pierde su carácter propio. Las demás acompañan al buen profesional en cualquier campo; las que aquí proponemos hacen del acto médico un acto médico.

Como sintetizan Pellegrino y Thomasma, la medicina constituye una empresa moral cuyo fin interno es procurar el bien del paciente, y la excelencia no solo depende del dominio técnico sino del cultivo de virtudes que orientan prudentemente el conocimiento científico hacia el cuidado de la persona enferma. Estas virtudes no son disposiciones innatas, sino hábitos adquiridos mediante la práctica clínica, el ejemplo —incluido el llamado currículo oculto[19]— y la reflexión ética. En la misma línea, Montgomery ha señalado que el conocimiento moral constituye la esencia del método clínico: la medicina no es una ciencia aplicada en sentido estricto, sino una práctica deliberativa en la que el conocimiento científico debe integrarse con el juicio clínico y las circunstancias particulares del paciente[20]. Conviene subrayar, frente a la recepción crítica que esta tesis ha recibido desde el racionalismo clínico, que no impugna el rigor científico ni lo desplaza a un segundo plano: lo que niega es que la subsunción de casos bajo reglas agote el juicio clínico. La permanencia del ideal moral, así entendida, no contradice la posibilidad de educarlo; al contrario, exige que cada generación de profesionales lo cultive deliberadamente.

17 Peabody, F.W., op. cit., 877.

18 Pellegrino, E.D., Thomasma, D.C. *The virtues in medical practice*. Oxford University Press, Nueva York, 1993.

19 Hafferty, F.W., Franks, R. «The hidden curriculum, ethics teaching, and the structural change of medical education». *Academic Medicine*. 1994; 69(11): 861-871.

20 Montgomery, K. *How doctors think: clinical judgment and the practice of medicine*. Oxford University Press, Nueva York, 2006. Para una recepción crítica de esta tesis desde el racionalismo clínico, véase Barraclough, K. «How doctors think: clinical judgment and the practice of medicine» [reseña]. *BMJ*. 2006; 332(7547): 979.

1. Compasión

No como sentimentalismo, sino como la disposición habitual a reconocer el sufrimiento del otro y dejarse interpelar por él. La compasión es la condición de posibilidad de la relación clínica: sin ella, el conocimiento técnico se convierte en una práctica deshumanizada, incapaz de ver al paciente más allá de su diagnóstico.

2. Prudencia (phronesis)

Es la sabiduría práctica que permite aplicar el conocimiento general al caso singular. Peabody la describe sin nombrarla cuando recuerda que el cuadro clínico no es una fotografía, sino «una pintura impresionista del paciente rodeado de su hogar, su trabajo, sus relaciones, sus amigos, sus alegrías, sus tristezas, sus esperanzas y sus miedos». La prudencia es la virtud que decide cuándo retirar una sonda, cuándo callar, cuándo escuchar y cuándo intervenir; también es la virtud que sostiene a quien practica la clínica cuando la evidencia que ayer parecía firme —como la meta de presión venosa central que ilustra este ensayo— se revisa con humildad a la luz de nuevos estudios. Pellegrino y Thomasma la consideran la más importante de las virtudes clínicas[21], pues integra la mejor evidencia disponible, las preferencias y valores del paciente, la experiencia clínica acumulada y las circunstancias particulares de cada caso. Es, además, el gozne que articula las dos tesis de este ensayo: si ninguna regla determina por sí sola su propia aplicación al caso singular, lo que salva la distancia entre la evidencia y el paciente no es más evidencia, sino un agente cuyas disposiciones lo hacen fiable en el juicio.

3. Empatía

No basta con reconocer el sufrimiento (compasión) ni con discernir bien (prudencia): la buena práctica se esfuerza por habitar, en la medida de lo posible, el mundo subjetivo de la persona que sufre. La empatía exige tiempo, atención y una calidad de presencia que ningún biomarcador puede sustituir[22]. En la literatura médica

21 Pellegrino y Thomasma, op. cit., 65-91.

22 Pellegrino y Thomasma, op. cit., 92-116.

contemporánea suele analizarse en al menos cuatro dimensiones: emocional (resonancia afectiva con el otro), moral (motivación intrínseca del clínico para atender al que sufre), cognitiva (comprensión de la perspectiva ajena) y conductual (traducción de todo lo anterior en acción clínica). Existe evidencia razonable de que la empatía puede desarrollarse mediante intervenciones formativas específicas —talleres de comunicación, escritura reflexiva, narrativa médica, literatura y medicina, discusión de casos—, aun cuando los estudios todavía adolecen de heterogeneidad metodológica[23].

4. Acompañamiento

Es la virtud que sostiene la relación terapéutica más allá del momento agudo. Acompañar es no abandonar; es estar disponible para quien sufre incluso cuando ya no hay nada que «hacer» en sentido técnico. En la era de la medicina basada en evidencia, el acompañamiento conserva la dignidad de un acto irreemplazable[24].

Estas cuatro virtudes no son rasgos psicológicos innatos, sino hábitos que se cultivan con la práctica reflexiva, el ejemplo del magisterio clínico y la disposición a dejarse formar por el encuentro con cada paciente. Precisamente por ello, la evidencia educativa contemporánea muestra que la comunicación, la empatía, la compasión y las llamadas «habilidades blandas» pueden desarrollarse mediante intervenciones formativas explícitas: cursos estructurados de profesionalismo, simulación clínica, aprendizaje basado en problemas y aprendizaje colaborativo[25 26]. Los principales marcos internacionales de educación médica —ACGME, AAMC, CanMEDS y GMC— coinciden en incorporar la comunicación, el trabajo en equipo, la compasión, la reflexión y la responsabilidad ética como competencias esenciales del médico contemporáneo, susceptibles de enseñarse y evaluarse mediante currículos estructurados[27]. La permanencia de estas virtudes, por tanto, no es un dato natural que se conserve solo: es una tarea educativa y cultural que cada generación clínica ha de asumir deliberadamente.

5. Desafíos contemporáneos al prototipo

La medicina ha evolucionado en paralelo a la modernidad y, en un contexto global impregnado por dinámicas capitalistas, es comprensible que la práctica médica se vea influida por ellas. En algunos entornos —particularmente en aquellos más expuestos a la lógica de las plataformas digitales— la construcción de una marca personal y la incorporación de estrategias de marketing han comenzado a formar parte del itinerario profesional. Fenómeno legítimo en cuanto tal, puede sin embargo redefinir la relación clínica como una transacción cuando desplaza el centro de gravedad desde la persona enferma hacia quien la atiende. Como ha señalado Ventola, los principios tradicionales del profesionalismo médico siguen siendo válidos en el mundo digital; la búsqueda de visibilidad no debe desplazar el propio fin de la medicina[28].

En el ámbito académico persiste, además, el llamado narcisismo intelectual, particularmente visible en entornos jerárquicos como el pase de visita hospitalario, donde no pocas veces el personal de mayor rango exhibe su erudición ante el personal en formación y convierte la discusión clínica en escenario de demostración de conocimiento más que en ejercicio centrado en el bienestar del paciente. La revisión del último artículo publicado o la exposición de complejas teorías fisiopatológicas pueden resultar intelectualmente estimulantes, pero no siempre se traducen en un beneficio concreto para

23 Stepien, K.A., Baernstein, A. «Educating for empathy: A review». *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21(5): 524-530.

24 Cassell, E.J. *The nature of suffering and the goals of medicine*. 2.ª ed. Oxford University Press, Nueva York, 2004.

25 Buhumaid, R., y cols. «Professionalism training in undergraduate medical education in a multi-cultural, multi-ethnic setting in the Gulf Region: an exploration of reflective essays». *BMC Medical Education*. 2024; 24: 1-17.

26 Sancho-Cantus, D., Cubero-Plazas, L., Botella Navas, M. «Importance of soft skills in Health Sciences students and their repercussion after the COVID-19 epidemic: Scoping Review». *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023; 20(6): 4901.

27 Accreditation Council for Graduate Medical Education. *ACGME common program requirements (residency)*. ACGME, Chicago, 2022; Association of American Medical Colleges. *Core entrustable professional activities for entering residency: Curriculum developers' guide*. AAMC, Washington, 2014; Frank, J.R., Snell, L., Sherbino, J. (eds.). *CanMEDS 2015 physician competency framework*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Ottawa, 2015; General Medical Council. *Outcomes for graduates*. GMC, Manchester, 2018.

28 Ventola, C.L. «Social media and health care professionals: Benefits, risks, and best practices». *P&T*. 2014; 39(7): 491-520.

quien en ese momento yace en la cama del hospital. Paradójicamente, intervenciones aparentemente simples —el retiro oportuno de una sonda vesical, la remoción de un catéter central innecesario o la colocación adecuada de una sonda nasogástrica para nutrición enteral— pueden tener un impacto mucho mayor en su evolución; y precisamente por carecer del «brillo académico» que alimenta el ego profesional suelen delegarse al personal en formación como tareas rutinarias.

Lo mismo puede decirse de aquella meta de presión venosa central con la que se abrió este ensayo: por más rigurosamente que se persiguiera, por más horas que consumiera del personal en formación, jamás pudo sustituir lo que verdaderamente marcaba una diferencia en el paciente séptico grave: la calidad de la exploración clínica, la presencia continua junto a la cama, la comunicación honesta con la familia. Cuando el algoritmo cambió, aquellos elementos persistieron; cuando el algoritmo se abandonó, siguieron siendo lo que definía la buena práctica.

Hay aquí un riesgo silencioso: que el saber, vuelto sobre sí mismo, termine por olvidar su sentido más hondo, que no es otro que aliviar el sufrimiento concreto de otro ser humano. Peabody anticipó esta deriva al describir cómo, en el hospital, el paciente deja de ser «Henry Jones» para convertirse en «ese caso de estenosis mitral en la segunda cama de la izquierda»[29]. La advertencia, formulada hace casi un siglo, conserva una actualidad inquietante.

6. El prototipo del «éxito» y el prototipo del servicio

En las dinámicas contemporáneas ha terminado por consolidarse un prototipo del «éxito» profesional que, sin que nadie lo haya formulado en un manifiesto, se respira en congresos, redes sociales y conversaciones de pasillo. Ese prototipo prescribe ser, simultáneamente, persona investigadora productiva, docente convocante, divulgadora con presencia digital y figura reconocible en plataformas, idealmente con métricas sostenidas de seguimiento e índices bibliométricos crecientes. Quienes encarnan total o parcialmente este perfil suelen aportar valor real a la comunidad médica: comunican ciencia, forman estudiantes, abren la profesión al diálogo social. No se trata, por tanto, de descalificar un modo legítimo de ejercer la medicina contemporánea.

Conviene, sin embargo, no perder de vista a quienes —siendo igualmente médicas y médicos en sentido pleno— sostienen cotidianamente la profesión lejos del escenario: quien ejerce la medicina general y recibe a la población vulnerable en un consultorio rural; quien está de guardia en medicina interna y atiende sin testigos a otra persona en sus horas más oscuras; quien jamás ha publicado un artículo ni ha abierto una cuenta en una red social. Ninguna de estas figuras aparece en los algoritmos de la fama profesional contemporánea; todas ellas cumplen, no obstante, la finalidad última de la medicina: poner el saber técnico al servicio de un ser humano concreto.

Nada de lo dicho hasta aquí debe leerse como una descalificación de la investigación, la docencia o la divulgación científica. Antes al contrario: son actividades intrínsecas a la vocación médica —constituyen, en gran medida, el motor mismo del progreso que ha puesto en nuestras manos los mejores tratamientos que hoy disponemos— y quienes las cultivan con rigor prestan un servicio indispensable a la comunidad de pacientes. La crítica se dirige, más estrictamente, a una posible hipertrofia de la visibilidad cuando ésta se convierte en el criterio último de identidad profesional; es decir, cuando lo instrumental (la comunicación, la métrica, la marca) se coloca por encima de lo constitutivo (el encuentro clínico con la persona).

Sostener que la medicina es un fin en sí misma —y no un medio para el reconocimiento, la influencia o la riqueza— no equivale a negar la legitimidad del sustento. Quien ejerce la medicina necesita recursos para vivir con dignidad, formar a su familia y continuar educándose. La afirmación es de orden ético, no económico: el dinero, la fama y la audiencia pueden acompañar al ejercicio de la medicina, pero no constituyen su razón de ser. De este modo, el prototipo de la buena práctica

29 Peabody, F.W., op. cit., 878.

clínica que aquí proponemos no compite con el perfil contemporáneo del «éxito», sino que lo precede normativamente: define las condiciones para que cualquier figura profesional —célebre o silenciosa— pueda llamarse, con verdad, médica o médico. La fama, la publicación y la visibilidad pueden ser vehículos legítimos; nunca, criterios de identidad.

7. Mensaje a quien comienza en la medicina

El ensayo académico habitualmente rehuye la segunda persona; pero hay conclusiones que ganan cuando se dirigen a alguien concreto y no a un lector abstracto. Escribo, pues, para quien empieza hoy este camino.

Joven colega: disfruta del estudio de la ciencia. Abrázala con pasión y rigor, pero recuerda que su naturaleza es efímera y cambiante. La meta de presión venosa central que tantas guardias dirigió en mi residencia fue, al cabo, un sueño breve. Aquello que hoy consideras verdad absoluta mañana será cuestionado, actualizado o, sencillamente, olvidado. Lo único que no ha cambiado, es la capacidad de empatizar, de comprender al otro en toda su complejidad, de reconocer su dignidad, su historia y su vulnerabilidad. La técnica sin humanidad se convierte en frialdad; el conocimiento sin compasión, en soberbia. Como expresó con sabiduría Francis W. Peabody:

> «One of the essential qualities of the clinician is interest in humanity, for the secret of the care of the patient is in caring for the patient»[30].
>
> [Trad.: «Una de las cualidades esenciales de quien ejerce la clínica es el interés por la humanidad, pues el secreto del cuidado del paciente reside en preocuparse por el paciente»].

Por lo tanto, esa evidencia que ahora abrazas y discutes acaloradamente en sesiones clínicas, presentas en foros académicos y defiendes en congresos nacionales e internacionales será, en breve, sustituida por mejor evidencia. Y, como ocurrió con la meta de presión venosa central que abrió este ensayo, quizá deje en quienes la sostuvimos la callada sensación de que mejor no hubiera existido. Lo que en cambio nunca perderá vigencia es aquella forma empática de explicar un diagnóstico adverso; el acompañamiento sostenido a la persona enferma y a su familia; la compasión mostrada en el momento de mayor vulnerabilidad; y la prudencia con la que se decide cuando ya no hay margen para corregir el rumbo. Eso es lo que recordará quien te confía su salud y lo que consolidará tu profesión. Lo primero está destinado al olvido ineluctable; sin lo segundo, la medicina se reduce a una transacción meramente comercial.

Conclusión

La medicina es, simultáneamente, ciencia y arte; conocimiento perfectible y servicio inmutable. Reconocer esta dualidad no es un ejercicio de nostalgia, sino una operación clarificadora que devuelve al acto médico su jerarquía propia: la técnica al servicio del cuidado, y el cuidado al servicio del otro. El prototipo de la buena práctica clínica —compasión, prudencia, empatía y acompañamiento— no es un ideal romántico ajeno al rigor científico; es, precisamente, lo que impide que el rigor científico se vuelva contra el paciente.

Quizá Jorge Luis Borges, en su «Biografía de Tadeo Isidoro Cruz (1829-1874)», formuló la intuición que cierra este ensayo mejor que cualquier argumento[31]:

> «*Cualquier destino, por largo y complicado que sea, consta en realidad de un solo momento: el momento en que el hombre sabe para siempre quién es*».

Para quien ejerce la medicina, ese momento llega —y vuelve a llegar— cada vez que, frente a otro ser humano vulnerable, elige hacer del saber un servicio y del paciente un fin. En ese instante, sin necesidad de fama, publicaciones ni audiencia, la profesión recobra su sentido y la persona se reconoce. Esa plenitud está

30 Peabody, F.W., op. cit., 882.

31 Borges, J.L. «Biografía de Tadeo Isidoro Cruz (1829-1874)». En: *El Aleph*. Emecé Editores, Buenos Aires, 1949.

disponible por igual a la figura célebre de la investigación y a quien sostiene anónimamente el primer nivel de atención; es la única que ningún prototipo de moda puede otorgar y que ningún cambio de paradigma podrá nunca arrebatar.

Agradecimientos

El autor agradece al Dr. Sergio Zúñiga Quiñones por sus sugerencias bibliográficas y sus comentarios críticos, que han enriquecido la fundamentación filosófica y educativa del ensayo.

Conflictos de intereses

Quien firma declara no tener conflictos de intereses.

Fuente de financiación

El presente trabajo no recibió financiación.

Referencias

Accreditation Council for Graduate Medical Education. *ACGME common program requirements (residency)*. ACGME, Chicago, 2022.

Association of American Medical Colleges. *Core entrustable professional activities for entering residency: Curriculum developers' guide*. AAMC, Washington, 2014.

Barraclough, K. «How doctors think: clinical judgment and the practice of medicine» [reseña]. *BMJ*. 2006; 332(7547): 979.

Borges, J.L. «Biografía de Tadeo Isidoro Cruz (1829-1874)». En: *El Aleph*. Emecé Editores, Buenos Aires, 1949.

Buhumaid, R., y cols. «Professionalism training in undergraduate medical education in a multi-cultural, multi-ethnic setting in the Gulf Region: an exploration of reflective essays». *BMC Medical Education*. 2024; 24: 1-17.

Carvajal Cordón, J. *Aristóteles y la ética*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete, 1992.

Cassell, E.J. *The nature of suffering and the goals of medicine*. 2.ª ed. Oxford University Press, Nueva York, 2004.

Dellinger, R.P., Levy, M.M., Carlet, J.M., Bion, J., Parker, M.M., Jaeschke, R., y cols. «Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008». *Intensive Care Medicine*. 2008; 34(1): 17-60.

Foucault, M. *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. Routledge, Londres, 2003 (ed. inglesa).

Frank, J.R., Snell, L., Sherbino, J. (eds.). *CanMEDS 2015 physician competency framework*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Ottawa, 2015.

General Medical Council. *Outcomes for graduates*. GMC, Manchester, 2018.

Hafferty, F.W., Franks, R. «The hidden curriculum, ethics teaching, and the structural change of medical education». *Academic Medicine*. 1994; 69(11): 861-871.

Jonsen, A.R. *A short history of medical ethics*. Oxford University Press, Nueva York, 2000.

MacIntyre, A. *After virtue: A study in moral theory*. 3.ª ed. University of Notre Dame Press, Notre Dame, 2007.

MacIntyre, A. *Dependent rational animals: why human beings need the virtues*. Open Court, Chicago, 1999.

Montgomery, K. *How doctors think: clinical judgment and the practice of medicine*. Oxford University Press, Nueva York, 2006.

Nussbaum, M.C. *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*. Paidós, Barcelona, 2012.

Peabody, F.W. «The care of the patient». *JAMA*. 1927; 88(12): 877-882.

Pellegrino, E.D., Thomasma, D.C. *The virtues in medical practice*. Oxford University Press, Nueva York, 1993.

Prescott, H.C., Antonelli, M., Alhazzani, W., Møller, M.H., Alshamsi, F., Azevedo, L.C.P., y cols. «Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for the management of sepsis and septic shock 2026». *Critical Care Medicine*. 2026; 54(4).

Rivers, E., Nguyen, B., Havstad, S., Ressler, J., Muzzin, A., Knoblich, B., y cols. «Early goal-directed therapy

in the treatment of severe sepsis and septic shock». *The New England Journal of Medicine*. 2001; 345(19): 1368-1377.

Rorty, R. *Contingency, irony, and solidarity*. Cambridge University Press, Cambridge, 1989.

Roughley, N. «Human nature». En: Zalta, E.N. (ed.). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2021 Edition). Stanford University. Disponible en: http://plato.stanford.edu/archives/spr2021/entries/human-nature/

Sancho-Cantus, D., Cubero-Plazas, L., Botella Navas, M. «Importance of soft skills in Health Sciences students and their repercussion after the COVID-19 epidemic: Scoping Review». *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023; 20(6): 4901.

Spaemann, R. *Personas: acerca de la distinción entre «algo» y «alguien»*. Eunsa, Pamplona, 2000.

Stepien, K.A., Baernstein, A. «Educating for empathy: A review». *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21(5): 524-530.

Ventola, C.L. «Social media and health care professionals: Benefits, risks, and best practices». *P&T*. 2014; 39(7): 491-520.