



## SUMARIO

### TEMA DEL DIA

Pág.

**HIPÓCRATES XXI: METODOLOGÍA Y REFLEXIONES DE UN PROYECTO  
SOBRE EL SENTIDO Y LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA**

1

Blay Pueyo C.

### PENSAMIENTO ACTUAL

**INCORPORANDO LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL EN LA CONSULTA. DE LA  
EVIDENCIA CIENTÍFICA A LA PRÁCTICA CLÍNICA PASANDO POR LA  
EXPERIENCIA VIVENCIAL**

36

Bimbela Pedrola JL.

### ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

**HISTORIAS EN PAPEL**

60

Torres Jiménez JI.

**EL CINE DE CLINT EASTWOOD: ILUMINANDO VALORES QUE FORJAN LA  
PERSONALIDAD Y CONTRIBUYEN EN LA FORMACIÓN MÉDICA**

66

González Blasco P, Moreto G, Levites MR.



Fundació  
Letamendi-Forns

REVISTA

*FOLIA HUMANÍSTICA*

---

---

**Codirectores**

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)  
Alexandra Albarracín Castillo

**Responsable de Redacció**

Beatriz Gutiérrez Muñoz

**Consejo Editorial**

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

**Correspondencia**

Web:

<https://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

[info@fundacionletamendi.com](mailto:info@fundacionletamendi.com)

Envío de manuscritos:

<https://www.fundacionletamendi.com/revista-fofia-humanistica/envio-de-manuscritos/>

**Información editorial**

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

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

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

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

**Distribución**

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

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

---

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

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

## HIPÓCRATES XXI: METODOLOGÍA Y REFLEXIONES DE UN PROYECTO SOBRE EL SENTIDO Y LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA.

*Blay Pueyo C.*

**Resumen:** El proyecto Hipócrates XXI es una iniciativa académica diseñada para orientar a estudiantes de medicina y médicos jóvenes en el ejercicio de su profesión. El autor fundamenta esta obra en la recopilación de experiencias de 50 médicos sénior y diversos grupos focales, buscando transmitir un legado que equilibre la excelencia técnica con el sentido humano. A través de una estructura de 25 capítulos reflexivos, se abordan temas críticos como la gestión del error, el autocuidado, el liderazgo y el impacto de la inteligencia artificial. A partir también de su experiencia como profesor universitario, el autor subraya la importancia de renovar el contrato social de la medicina y fomentar competencias transversales en un entorno sanitario cada vez más complejo. En definitiva, se presenta como una guía práctica y ética para navegar los retos contemporáneos de la práctica clínica mediante el diálogo intergeneracional.

**Palabras clave:** *Profesionalismo médico, Educación médica, Competencias transversales, Contrato social, Medicina humanística.*

### **Abstract: HIPPOCRATES XXI: METHODOLOGY AND REFLECTIONS ON A PROJECT ABOUT THE MEANING AND PRACTICE OF MEDICINE**

The Hippocrates XXI project is an academic initiative designed to guide medical students and young doctors in the practice of their profession. The author bases this work on a compilation of experiences from 50 senior physicians and various focus groups, seeking to pass on a legacy that balances technical excellence with a human touch. Through a structure of 25 reflective chapters, critical topics such as error management, self-care, leadership and the impact of artificial intelligence are addressed. Drawing also on his experience as a university professor, the author emphasises the importance of renewing the social contract of medicine and fostering transversal skills in an increasingly complex healthcare environment. Ultimately, it serves as a practical and ethical guide to navigating the contemporary challenges of clinical practice through intergenerational dialogue.

**Key words:** *Medical professionalism, Medical education, Transversal skills, Social contract, Humanistic medicine.*

Artículo recibido: 28 diciembre 2025; aceptado: 16 enero 2026.

## LOS ORÍGENES DEL PROYECTO

En junio de 2023 se llevó a cabo la primera edición de la asignatura *Liderazgo y Profesionalismo*, una nueva materia optativa del Grado de Medicina de la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya (1). Esta asignatura fue impartida a

estudiantes de los últimos años de carrera, especialmente de sexto curso, siendo sus objetivos generales los siguientes:

- Ayudar a tomar consciencia de los valores, las actitudes y las competencias relacionadas con el profesionalismo médico.
- Introducir los conceptos, los instrumentos y la relevancia del liderazgo como una competencia médica transversal.
- Presentar estrategias a los estudiantes de medicina para liderar su proyecto profesional y ejercerlo en el futuro con un sentido profesional pleno.

La asignatura se trabajaba en su totalidad a través de dinámicas docentes basadas en la revisión de casos clínicos, los ejercicios prácticos, la gamificación y el debate reflexivo.

La valoración de los estudiantes fue positiva y, desde su primera impartición, la asignatura se ha ido impartiendo en los años lectivos sucesivos con un alto índice de consideración y priorización.

Al finalizar la edición de 2023 surgió una idea en la mente del autor de este artículo, a la sazón uno de los docentes de la asignatura: *¿Existe un texto referente y completo sobre lo que debiera tener presente un médico joven, para llegar a ser un buen profesional?* A partir de su formulación se llevó a cabo una revisión de obras que podrían responder a la expectativa que la pregunta genera; algunas de ellas se referencian en la bibliografía (2,3,4,5). No obstante, ninguno de los textos parecía ajustarse a lo previsto, bien por tener un estilo demasiado narrativo, teórico o filosófico, bien por su excesiva especificidad temática o, finalmente, por falta de sentido práctico y de contextualización en el ámbito del sistema sanitario español actual.

La consecuencia lógica parecía generar una obra de nueva factura (6), destinada principalmente a estudiantes de los últimos cursos de medicina y a médicos jóvenes, con la pretensión de compilar, ordenar y aportar buenas prácticas y

reflexiones útiles sobre las bases conceptuales, actitudinales y aptitudinales idóneas para convertirse en un buen profesional de la medicina, independientemente de la especialidad que se ejerza.

Con esta idea en mente, en los meses de septiembre y octubre de 2023, y como trabajo preliminar, se realizaron cuatro grupos focales con estudiantes de sexto de medicina y MIR de diversas especialidades médicas y quirúrgicas, con la intención de comprender a) hasta qué punto la iniciativa les parecía interesante y útil, y b) en caso de expresarla en forma de libro, cómo debiera ser éste para que les resultara atractivo.

Resumidamente, las 10 conclusiones principales de los grupos focales fueron:

1. Hubo unanimidad en que un libro con este enfoque era necesario y oportuno en el contexto actual de la formación médica de grado y postgrado.
2. Convendría evitar una obra voluminosa, densa, excesivamente teórica, académica, o basada en un despliegue exhaustivo de evidencia y de referencias.
3. Se desaconsejaba usar un tono adoctrinador, normativo, paternalista o moralizante: su intención debiera ser más promover la reflexión y ayudar en la toma de decisiones.
4. Dirigiendo sus contenidos explícitamente a médicos jóvenes, partiendo de su realidad, su potencial vulnerabilidad y su momento vital y profesional.
5. La obra debiera saber interpelar directamente al lector, ayudándole a cuestionar su manera de ser y de ejercer como médico.
6. Sería interesante contar con elementos clínicos prácticos como eje de los capítulos.

7. Orientándose así al mundo clínico real, ofreciendo claves prácticas y aplicables, facilitando cambios de conducta.
8. Idealmente, debiera combinar la posibilidad de ser leído de manera fluida y continua y, al mismo tiempo, de actuar como texto de consulta en momentos de dificultad.
9. Así, el posible libro podría actuar como un tónico vocacional que permita al lector reencontrarse con el sentido de la profesión, aportando contenidos en positivo, realistas y desdramatizadores.
10. Finalmente, debiera ser visualmente atractivo y reflejar los retos de la medicina actual.

Estos diez puntos marcaron el perímetro sobre el que se efectuó el trabajo posterior y, por su planteamiento, suponían un reto metodológico considerable.

La iniciativa se denominó *Hipócrates XXI* en tanto que intentaba actualizar los valores fundacionales y supuestamente consolidados de la medicina, reconsiderándolos a la luz de los retos y transformaciones del ejercicio profesional contemporáneo.

## **50 VOCES PARA CREAR LA PARTITURA**

*Hipócrates XXI* no fue concebido como un proyecto de investigación científica orientada a la producción de conocimiento original ni al cumplimiento estricto de los estándares propios de la investigación clínica o social. Su finalidad principal no era, por tanto, demostrar hipótesis ni generar evidencia generalizable, sino ofrecer apoyo y orientación práctica a los médicos en formación.

Aun así, la propuesta aspiraba a fundamentarse en un sostén metodológico premeditado y suficientemente fiable para garantizar la coherencia, plausibilidad y credibilidad de sus aportaciones.

Por ello, la solidez del trabajo se apoyó en la recogida sistemática de experiencias de clínicos expertos, en la consistencia de los patrones –de actitud y actuación– identificados y en su validación por la población destinataria.

En este sentido, el proyecto se sitúa en un espacio intermedio entre la investigación académica formal y la transmisión artesanal de la experiencia.

El enfoque metodológico se inspiró en modelos clásicos de generación de conocimiento práctico ampliamente utilizados en el ámbito del desarrollo personal y profesional –como los empleados por Dale Carnegie en sus trabajos de referencia (7)–, adaptados aquí al contexto de la práctica médica actual: una metodología cualitativa, exploratoria e inductiva, orientada a la identificación y sistematización de buenas prácticas profesionales en medicina a partir de las vivencias acumuladas por clínicos expertos.

Desde este planteamiento, el punto de partida de *Hipócrates XXI* se ha basado en la realización de entrevistas semiestructuradas individuales a un total de 50 profesionales sénior de la Medicina de Familia, seleccionados tanto por su prestigio profesional y su larga trayectoria asistencial, como por disponer de una visión sistémica y transversal de la profesión médica y del conjunto de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Con anterioridad a las entrevistas se proporcionó a dichos profesionales un marco de reflexión previo para preparar el desarrollo de los diálogos.

Las entrevistas se efectuaron entre noviembre de 2023 y enero de 2024. Su duración media fue de unos 80 minutos y su formato principalmente telemático (solo cuatro fueron presenciales). Las conversaciones fueron grabadas y revisadas posteriormente con la finalidad de capturar las ideas y elementos clave que permitirían a un médico joven llegar a ser un buen profesional. Se insistió en que las aportaciones provinieran de una mirada global y común sobre la profesión médica, buscando así las buenas prácticas compartidas, sea cual sea la especialidad o disciplina que se ejerza.

A partir de las entrevistas se recopilaron 1.640 recomendaciones explícitas, que fueron sometidas a un proceso iterativo de categorización de contenidos, análisis comparativo y síntesis conceptual.

Este proceso permitió identificar patrones recurrentes, principios operativos y orientaciones prácticas compartidas de manera consistente entre los participantes, más allá de sus estilos personales o los contextos específicos de ejercicio.

## 16 CATEGORÍAS TEMÁTICAS, 25 CAPÍTULOS

Las primeras diez entrevistas actuaron como prueba de concepto y su revisión propició la identificación de dieciséis categorías temáticas, entendiendo como tales a las unidades de análisis que emergieron al codificar, agrupar e interpretar aportaciones con un significado común o afín.

Las categorías se ordenaron según el número de entradas asignadas a cada una de ellas (Tabla 1).

Tabla 1	
Categorías temáticas y entradas	
Categoría temática	# Entradas
Buenas prácticas clínicas	269
Buenas prácticas relacionales	218
Profesionalismo, ética y liderazgo	213
Formación e investigación	171
Personas y pacientes	155
Trabajo colaborativo, trabajo en equipo	100
Medicina y humanismo	92
Autocuidado	71
Contrato social de los médicos	67
El médico como ciudadano	61
Nuevas generaciones médicas	57
Relación entre colegas	41
TIC y praxis médica	39
El entorno donde ejercemos	36
La medicina y las otras disciplinas	31
Comunidad y dimensión poblacional	19
TOTAL DE ENTRADAS	1640

Aunque la frecuencia de aparición no implica por sí sola una jerarquía segura, la mayor presencia de entradas en determinadas categorías sugiere la relevancia relativa que estos aspectos tienen en el conjunto del discurso. En este sentido, la distribución de las entradas por categoría ofrece una primera aproximación a la centralidad de cada ámbito en la articulación del constructo «ser buen médico».

Por otra parte, la propia denominación de las categorías temáticas y la distribución de las aportaciones ponían ya de manifiesto que el conjunto de las cincuenta entrevistas realizadas, giraba fundamentalmente en torno a dos grandes bloques: **el sentido y la praxis** de la medicina. Es decir: qué supone ser médico y cómo se plasma esta condición en el ejercicio clínico.

A partir de las 1.640 ideas, inicialmente organizadas en las categorías citadas, se llevó a cabo un nuevo proceso de análisis y reubicación que, incorporando las recomendaciones de los grupos focales, permitió organizar y expresar los contenidos en una estructura final de 25 capítulos (Tabla 2), concebidos como unidades narrativas y conceptuales:

Tabla 2		
Ámbitos y contenido de los capítulos		
Ámbitos	Título del capítulo	Contenido general
El médico como figura colectiva e individual	Profesionalismo y vocación (182)	Condicionantes profesionales y éticos del “ser” médico
	El contrato entre la sociedad y los médicos (88)	Pacto, privilegios y garantías de la profesión
	Veintiún atributos del buen médico (129)	Características personales esperadas por los pacientes
El entorno donde el profesional trabaja	Trabajando juntos frente a un mundo cambiante (20)	Las transiciones sanitarias y el sentido colectivo del ejercicio
	Las personas que atendemos (140)	Los pacientes y los modelos con que los cuidamos
	Equipos y prácticas colaborativas (87)	Multidisciplinariedad y ejercicio cooperativo
	Incertidumbre y complejidad (32)	Gestión clínica, sistemas complejos y entornos VUCA

	Nuevas tecnologías (38)	Innovaciones emergentes y la irrupción de la IA
Pasando visita	La envoltura de la praxis (63)	El entorno de la asistencia y la comunicación no verbal
	El tiempo en la consulta (64)	Foco, análisis y gestión de las agendas
	La comunicación (51)	Relaciones eficaces y las expectativas de médicos y pacientes
	Acogiendo al paciente (31)	La recepción como elemento determinante del encuentro clínico
	El arte de preguntar (34)	La obtención de información clínicamente significativa
	La exploración física (24)	El examen físico como epítome de la medicina humanística
	Informar y prescribir (66)	Explicar qué está pasando, aconsejar qué se puede hacer
	Tomar decisiones (69)	La evidencia clínica y los modelos decisionales
	Medicina basada en la defensa y la pesca (19)	Los efectos adversos del exceso de celo o de amplitud de foco
	Equivocarse es humano (47)	El error como tractor del avance competencial
	Pacientes difíciles (20)	Cómo son y cómo manejar los pacientes que nos disgustan
La paliación y la muerte (16)	La comprensión del final de la vida en la hegemonía de la cronicidad	
Adquisición y mantenimiento de las competencias	La formación continua (145)	Claves para mantenerse competente durante el periplo profesional
	El aprendizaje oculto (31)	Cómo lo implícito nos influye y nos hace ser quien somos
	Estilo, rutinas y diligencia (40)	La estandarización individual de la praxis y los riesgos de la pereza
	La voz interior (78)	Pensar cómo pensamos: metacognición y autoconocimiento
	Cuidarse para cuidar (69)	Estrés, resiliencia y prevención de la combustión

Comentarios a la tabla:

1. De las 1.640 aportaciones iniciales, se excluyeron las 57 relacionadas con las nuevas generaciones médicas, al no vincularse de manera directa con la intención y el foco de la obra. De todos modos, al final del artículo se hará alguna mención al respecto.
2. Entre paréntesis, y asociados al título de cada capítulo, se muestra el número de entradas que les fueron atribuidas.

De este modo, se trabajó finalmente con 1.583 ideas, que fueron adjudicadas a los distintos capítulos según el sentido de cada uno de ellos y en pro de su coherencia narrativa. Esta redistribución dio lugar, nuevamente, a una presencia desigual de ideas entre capítulos, lo que constituye un indicador adicional del peso relativo que los entrevistados otorgaron a cada uno de los temas abordados. Este aspecto será comentado con mayor profundidad más adelante.

## **SISTEMATIZACIÓN DE LOS CAPÍTULOS Y ESTILO NARRATIVO**

De acuerdo con lo propuesto por los grupos focales, todos los capítulos se redactaron bajo una estructura común: viñeta clínica > cuerpo teórico > aciertos y desaciertos.

Cada capítulo se inicia con una pequeña viñeta clínica introductoria. En ella se expone brevemente la vivencia de un médico joven o, en algunos casos, de un paciente concreto. Las circunstancias de las viñetas (situación clínica, perfil del médico protagonista o reto asistencial que plantea) se basan en contextos supuestamente habituales en el ejercicio de los médicos residentes. La pertinencia narrativa de las viñetas fue expresamente validada durante el proceso de revisión del libro.

La viñeta actúa como desencadenante contextual del cuerpo teórico del capítulo. Dicho cuerpo se ha llevado a cabo a partir de un doble proceso analítico y

sintético. En primer lugar, se consideraron de manera exhaustiva las aportaciones de los entrevistados asociadas a cada capítulo. De forma paralela, se identificaron y revisaron los principales planteamientos de la bibliografía de referencia en los temas abordados.

La elaboración del texto se fundamentó en la integración de cuatro criterios: (1) ¿qué contenidos son más recurrentes en el discurso de los entrevistados?; (2) ¿en qué aspectos se observa un mayor grado de consenso entre los expertos?; (3) ¿cuáles son los énfasis temáticos y el enfoque con que la literatura especializada aborda cada cuestión?; y (4) la libertad de cátedra del autor para interpretar, jerarquizar y articular los elementos anteriores.

A partir de esta integración, cada capítulo ofrece un cuerpo explicativo que toma como punto de partida la viñeta, utilizada ésta como un recurso narrativo que contextualiza y da sentido práctico a los contenidos desarrollados.

La redacción se basó en criterios de simplicidad y utilidad, asumiendo que no todo puede ni debe explicarse. Por ello, se dio prioridad a aquellos aspectos considerados más relevantes para un médico joven, bien por su importancia para la práctica profesional, bien porque, a pesar de ser relevantes, es probable que no se aborden de forma explícita o suficiente durante la formación de grado o de postgrado.

El tono y el estilo narrativo de los capítulos han estado significativamente influidos por las sugerencias de los grupos focales. A partir de ellas, la intención ha sido articular la narración de una manera descriptiva, fluida y poco enrevesada, poniendo énfasis en la destilación de las ideas, recurriendo a frases breves y a una estructura basada en ideas clave o *tips* que faciliten la comprensión.

Esta elección estilística responde a la voluntad de favorecer una lectura atenta, consciente, reflexiva y pausada, sin renunciar por ello a la inevitable complejidad propia de la práctica médica (8), e intentando evitar adoctrinamientos y pontificaciones. Asimismo, el uso frecuente de la primera persona del plural pretende reforzar la idea de que el texto se construye desde una voz colectiva, subrayando su

carácter de obra concebida “por médicos, para médicos”, y buscando una relación de cercanía y complicidad con el lector.

Al final del cuerpo teórico de cada capítulo se retoma de manera explícita el argumento de la viñeta inicial, estableciendo un vínculo directo entre la reflexión desarrollada y la situación concreta que exponía. Este recurso permite que el texto no se perciba como una digresión abstracta, sino como una elaboración progresiva que interpela continuamente el caso presentado, de modo que la explicación se cierre de forma coherente y “redonda”, reforzando así su sentido práctico y su anclaje en la experiencia clínica.

Tras el desarrollo del cuerpo teórico, cada capítulo se cierra con una lista de cinco «aciertos» y cinco «desaciertos», formulados de manera intencionadamente sintética y siguiendo una estructura constante. Cada uno de ellos se inicia con un verbo en infinitivo que caracteriza la actuación como adecuada o inadecuada, respectivamente, y se acompaña de un brevísimo comentario destinado a complementar o matizar el enunciado principal.

El redactado de cada acierto o desacierto no pretende ser del todo autoexplicativo. Por un lado, su concisión responde a la voluntad de mantener la brevedad y el carácter destilado de la redacción; por otro, busca propiciar una lectura atenta y reflexiva, obligando al lector a detenerse y a completar el sentido de lo enunciado a partir de su propia experiencia y del contenido del capítulo.

La selección de los aciertos y desaciertos se realizó atendiendo bien a su relevancia sustantiva dentro del tema central del capítulo, o bien a su capacidad para complementar y reforzar los contenidos desarrollados en el cuerpo teórico, actuando así como un cierre sintético y aplicado.

Se procuró que los capítulos fueran breves y de una extensión equiparable, aun cuando la relevancia intrínseca de algunos temas o la priorización que otorgaron los entrevistados podrían haber aconsejado desarrollos de longitud desigual. Esta

decisión respondió, por un lado, a las recomendaciones de los grupos focales y, por otro, a criterios de uniformidad estética y de optimización del flujo de lectura.

El diseño del texto está pensado para que el libro pueda ser leído capítulo a capítulo. De este modo, aunque existen interpelaciones y resonancias entre distintos capítulos, cada uno de ellos puede abordarse de manera autónoma, sin necesidad de haber leído previamente los anteriores.

El orden de los capítulos responde a una lógica conceptual y narrativa que busca acompañar al lector en un recorrido progresivo por el sentido y la práctica de la medicina. La lectura se iniciaría abordando la identidad y los valores que definen al médico, estableciendo el marco ético y social desde el cual se articula el resto del contenido. A continuación, se sitúa la práctica profesional en su contexto organizativo, relacional y tecnológico, para después centrarse en el acto clínico propiamente dicho, entendido como la expresión concreta de esa identidad en la práctica cotidiana. Finalmente, el recorrido se cierra con capítulos orientados al desarrollo y mantenimiento de las competencias a lo largo del tiempo, subrayando la necesidad de sostener y revisar la práctica profesional para preservar su calidad y propósito.

Finalmente, el texto se ha complementado con algunos anexos sobre cuestiones que el autor ha considerado interesantes en el contexto del trabajo, incluyendo tres recomendaciones bibliográficas por cada capítulo.

El texto definitivo de *Hipócrates XXI* se obtuvo tras la redacción de diez versiones completas y evolutivas, concebidas como sucesivos espacios de revisión y mejora. En este proceso participaron veintidós revisores, con perfiles deliberadamente diversos: MIR, responsables docentes de grado y postgrado, representantes de las instituciones auspiciadoras del proyecto y, por último, expertos en narrativa y estilo literario.

## ALGUNAS LIMITACIONES DEL PROYECTO Y SU METODOLOGÍA

Aunque, como ya se ha dicho, *Hipócrates XXI* no se concibe como un proyecto de investigación en un sentido estricto, resulta pertinente, al explicarlo, revisar sus principales limitaciones y las prevenciones con las que el lector debería afrontar su lectura. En este sentido, el proyecto adolece de algunas restricciones inherentes a su enfoque cualitativo, al contexto en el que se realizaron las entrevistas y a las decisiones analíticas y estilísticas adoptadas a lo largo de su elaboración.

La obra no pretende ofrecer conclusiones generalizables ni resultados extrapolables desde una lógica cuantitativa, sino una aproximación reflexiva y comprensiva de la práctica médica contemporánea, informada por el discurso de los entrevistados y contrastada con la literatura de referencia. Asimismo, el proceso de categorización, reubicación y síntesis de las aportaciones comporta inevitablemente un componente interpretativo, mediado por el criterio libre del autor y por la voluntad de articular un relato coherente, pedagógicamente útil y narrativamente fluido.

Por otro lado, la apuesta por capítulos breves, por una escritura destilada y por recursos como los “aciertos” y “desaciertos” implica renunciar a la exhaustividad y a un desarrollo pormenorizado de todos los aspectos posibles, priorizando la pertinencia formativa y la legibilidad del texto. Estas limitaciones no deben entenderse como debilidades del proyecto, sino como el marco que define su alcance, intencionalidad y posible valor, y que invita al lector a situar la obra como una propuesta abierta a la reflexión, más que como un compendio formal, normativo o definitivo sobre la práctica médica.

Una limitación adicional del proyecto deriva del perfil de los entrevistados. El hecho de que se trate en su totalidad de Médicos de Familia sénior puede introducir determinados sesgos en el discurso recogido, a pesar de que se trate de profesionales con una mirada sistémica e inequívocamente experta. Por un lado, la experiencia acumulada y la mirada retrospectiva pueden favorecer una valoración especialmente marcada de la reflexión, la prudencia y la priorización de determinadas temáticas (la

gestión del error, la incertidumbre, etc.). Por otro, la centralidad del enfoque comunitario puede otorgar un mayor peso a planteamientos longitudinales, integrales y relacionales, en detrimento de perspectivas propias de entornos más tecnificados o hiperespecializados.

Asimismo, se trata de una mirada generacional que puede tender a reinterpretar la práctica profesional desde el poso que proporciona el paso del tiempo. Aunque la totalidad de entrevistados se expone habitualmente a la interacción con médicos jóvenes, pueden haber tendido a potenciar nostalgias o a relativizar algunas tensiones contemporáneas, formulando determinados principios de valor de una manera más destacada que la de los profesionales en etapas iniciales de su trayectoria.

Todas estas consideraciones no invalidan el contenido del proyecto, pero sí delimitan el marco desde el que se construye el relato y deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar sus aportaciones.

## **10 LECCIONES APRENDIDAS, A PROPÓSITO DE *HIPÓCRATES XXI***

### **1. El valor de escuchar**

*Es necesario que los jóvenes escuchen bien a los viejos... para que después  
puedan no hacerles ningún caso.*

***Eudald Carbonell.***

Escuchar constituye uno de los actos pedagógicos más fecundos y, al mismo tiempo, menos instrumentales del aprendizaje profesional. Desde la perspectiva de la educación de adultos, la escucha atenta permite acceder no solo a contenidos explícitos, sino a relatos cargados de contexto, emoción y sentido. El contar historias –*storytelling*– de manera bien ejecutada transforma la experiencia vivida en conocimiento transferible, especialmente cuando procede de trayectorias largas y

reflexionadas (9). Las personas mayores aportan al mundo contemporáneo una mirada destilada por el tiempo: no todo lo que dicen es vigente, pero poco suele ser irrelevante. Escuchar no implica aceptar acríticamente, sino comprender antes de decidir.

En medicina, esta transmisión oral encuentra su mayor potencia en espacios informales –la sobremesa clínica, una guardia compartida, la reflexión tras un error o una decisión compleja–, donde el relato emerge sin pretensión docente ni voluntad de adoctrinar. En estos contextos, los profesionales jóvenes aprenden no solo de lo que se dice, sino de cómo se dice: las dudas, los silencios, los matices emocionales, las ambivalencias asumidas. Es ahí donde se transmite una forma de pensar y de estar en la profesión que difícilmente puede formalizarse en protocolos o manuales.

Desde la pedagogía de adultos y del aprendizaje profesional se sabe que el relato de los sénior resulta más eficaz cuando nace de la experiencia vivida (10) y no del deseo explícito de enseñar. Los jóvenes escuchan mejor cuando perciben que el narrador no pontifica, no moraliza ni pretende ser imitado, sino que comparte un recorrido. Los relatos abiertos, no conclusivos, que no acaban con una moraleja explícita, generan aprendizajes más profundos porque ofrecen marcos de comprensión y no respuestas cerradas. Para ello, es clave que el profesional sénior acepte –como sugiere Carbonell– que quizá no le harán caso, pero sí le escucharán. Esta renuncia a la influencia directa incrementa, paradójicamente, la credibilidad del relato (11).

Todo ello requiere tiempo, lentitud y espacios protegidos. Sin estas condiciones, la escucha se degrada en ruido. A la luz de estas consideraciones, la estrategia de realizar cincuenta entrevistas en el marco de *Hipócrates XXI* ha constituido para el autor, y sin exageración alguna, un auténtico regalo. No solo por la riqueza de los contenidos recogidos, sino por la experiencia humana y profesional que supuso el propio proceso de escucha. Conversar con profesionales de trayectorias largas y diversas, atender a sus relatos, a sus certezas, interrogantes y contradicciones, fue una fuente de aprendizaje difícilmente replicable por otras vías.

Más allá del resultado final, la escucha sostenida y el diálogo sin prisa se convirtieron en una experiencia profesional magnífica que confirma que escuchar con atención no solo genera conocimiento, sino que transforma a quien escucha. ¡Qué bueno sería que *Hipócrates XXI* pudiera replicar esta experiencia en el lector!

## 2. La congruencia como expresión de un legado generacional

*La historia quizá no se repite, pero muchas veces rima.*

**Mark Twain.**

Uno de los hallazgos más consistentes del proceso de entrevistas fue la elevada congruencia en los contenidos expresados por los profesionales sénior. Más allá de diferencias narrativas o de los ejemplos particulares, los grandes enfoques, los ámbitos temáticos nucleares y los énfasis discursivos resultaron notablemente coincidentes. Solo excepcionalmente algún entrevistado introdujo algún tema que, en términos generales, no hubiera sido abordado previamente por otros compañeros. Esta recurrencia no parece fruto del azar, sino la expresión de un cuerpo de conocimiento compartido, construido a lo largo de trayectorias profesionales prolongadas y sometidas a contextos similares de práctica.

La distribución de las 1.640 aportaciones en categorías y capítulos muestra, además, que los temas más recurrentes en las conversaciones han tendido a ser también los más cuantiosos, lo que sugiere la existencia de énfasis colectivos claramente identificables. Profesionalismo, buenas prácticas clínicas y relacionales, formación, relación con los pacientes, trabajo colaborativo o autocuidado emergen como algunos núcleos centrales del discurso, configurando una determinada manera de entender el sentido y la práctica de la medicina. Este nivel de coherencia temática, asociado a un perfil profesional relativamente homogéneo, permite interpretar el conjunto no solo como una agregación de opiniones individuales, sino como la manifestación de un legado generacional.

En este contexto, es especialmente significativo que el único tema presente en todas y cada una de las entrevistas fuera el del error. La centralidad del error como objeto de reflexión puede interpretarse, desde la literatura sobre aprendizaje experto y práctica reflexiva, como un indicador de madurez profesional (12). Reconocer el error, aprender de él y convertirlo en motor de mejora constituye uno de los rasgos distintivos del profesional experimentado, honesto y fiable. Que este tema atraviese de manera transversal todo el discurso sugiere que la conciencia de la falibilidad no se vive como una debilidad, sino como una condición estructural de la buena práctica (13).

Si *Hipócrates XXI* llegara a consolidarse como legado, lo haría precisamente como la transmisión de una manera de ser y estar en una profesión que reconoce la complejidad, asume los límites y sitúa la reflexión ética y práctica en el centro de su ejercicio. Escuchar este relato puede resultar valioso no solo para comprender el pasado reciente, sino porque tal vez contiene claves relevantes para el futuro. No tanto en forma de respuestas cerradas, sino como marcos mentales que pueden ayudar a las nuevas generaciones a orientarse en un contexto cambiante, incierto y tecnológicamente acelerado. En este sentido, quizá la congruencia observada en los entrevistados no empobrezca la amplitud del discurso, sino que lo dote de densidad, continuidad y potencial transformador.

### 3. Los componentes del “ser buen médico”

*El médico que sólo sabe de medicina, ni de medicina sabe.*

**José de Letamendi.**

Una valoración conjunta de las dos tablas ofrece una lectura razonablemente consistente sobre cómo los entrevistados configuran la noción de “buen médico”. Leídas de forma complementaria, ambas tablas no solo cuantifican contenidos, sino que permiten identificar las dimensiones del ejercicio profesional con mayor

centralidad discursiva y las que podrían considerarse más secundarias o instrumentales.

En la primera tabla, la concentración de aportaciones en determinadas categorías temáticas apunta a un énfasis claro en aspectos relacionados con la identidad profesional, la relación clínica, la gestión de la incertidumbre, el error, el compromiso ético y la manera de ejercer la medicina más allá del dominio técnico. Aunque la frecuencia no establece jerarquías automáticas, sí sugiere qué dimensiones emergen de forma reiterada cuando los profesionales reflexionan libremente sobre su práctica. En este sentido, resulta significativo que los elementos más cuantiosos no correspondan a conocimientos biomédicos específicos ni a procedimientos técnicos concretos, sino a aspectos transversales, relacionales y reflexivos.

La segunda tabla, al mostrar cómo estas aportaciones se redistribuyen en los distintos capítulos, confirma y matiza esta lectura. Los capítulos con mayor número de ideas no son necesariamente los más técnicos, sino aquellos que abordan el acto médico, la relación con los pacientes, la toma de decisiones, el error, la formación implícita o el estilo profesional. Esta redistribución narrativa no diluye el mensaje de la primera tabla, sino que lo traduce a un formato comprensible y pedagógicamente significativo. Ambas tablas, por tanto, retratan un mismo enfoque desde dos niveles distintos: uno analítico y otro narrativo.

De esta doble lectura se desprende que, para los entrevistados, ser un buen médico no se define prioritariamente por la excelencia técnica aislada –que, de alguna manera, se da por supuesta–, sino por la capacidad de integrar conocimientos, valores y actitudes en contextos complejos y cambiantes. Elementos como la competencia clínica, la actualización científica o el uso adecuado de la tecnología aparecen como condiciones necesarias, pero no suficientes. Lo que parece adquirir mayor peso es la manera en que el médico se relaciona, reflexiona, aprende de la experiencia y sostiene su práctica en el tiempo.

En contraste, los aspectos puramente instrumentales o procedimentales parecen tener un peso menor en el discurso global, no porque se consideren irrelevantes, sino porque no definen por sí solos la calidad profesional. Así, las dos tablas, leídas conjuntamente, configuran una imagen coherente del “buen médico” como un profesional técnicamente competente, pero sobre todo reflexivo, relacional, consciente de sus límites y comprometido con el sentido de su práctica. Esta convergencia refuerza la solidez interpretativa del proyecto y confirma que el enfoque subyacente parece ser compartido, consistente, generacionalmente significativo y congruente con la opinión experta publicada (14).

#### 4. Las nuevas generaciones: no obedecer, sí liderar

*Cada generación debe descubrir su misión, cumplirla o traicionarla.*

**Frantz Fanon.**

Las entrevistas ponen de manifiesto una percepción ampliamente compartida: existen algunas diferencias significativas en la manera de entender y vivir la profesión médica en función de la generación. Los médicos jóvenes –fundamentalmente residentes pertenecientes a la cohorte *millennial* y la generación Z– son descritos por los sénior consultados como clínicamente bien formados, tecnológicamente competentes, habituados a entornos colaborativos y menos jerárquicos, y con una concepción de la dedicación profesional más acotada en términos de tiempo, intensidad y exclusividad. Asimismo, muestran una mayor conciencia de derechos, una menor valoración de la estabilidad laboral como fin en sí mismo y una clara prioridad por el equilibrio entre la vida profesional y la personal. Estas características, lejos de ser interpretadas como déficits, son entendidas por los entrevistados como el resultado de determinantes sociológicos legítimos y como rasgos de una generación a la que, inevitablemente, pertenece el futuro de la profesión.

Desde esta descripción, la lectura de *Hipócrates XXI* difícilmente debería afrontarse como la de un referente normativo o un compendio de verdades

consolidadas. Para estas generaciones, formadas en la cultura del acceso abierto a la información y del cuestionamiento permanente, el valor del texto no residiría en su autoridad, sino en su capacidad para provocar reflexión. Más que un manual de instrucciones, el libro se ofrece como un espacio de diálogo intergeneracional, una invitación a pensar la práctica médica desde la experiencia acumulada, sin exigir adhesión ni continuidad acrítica.

En este sentido, resulta especialmente relevante que los propios entrevistados reconozcan que el liderazgo del futuro debe recaer en estas cohortes jóvenes. Identificar y acompañar a los nuevos líderes se convierte, por tanto, en una tarea estratégica. No se trata de reproducir estilos de liderazgo tradicionales, basados en la jerarquía o en la autoridad técnica, sino de promover liderazgos distribuidos, colaborativos, reflexivos y éticamente orientados, capaces de integrar la competencia clínica, la sensibilidad relacional y la gestión de la complejidad. Liderazgos que, si así lo eligen, asuman la transformación tecnológica sin perder de vista el sentido del cuidado, y que incorporen la deliberación profesional y el autocuidado como dimensiones legítimas del ejercicio médico.

Desde esta perspectiva, no se pretende decir a las nuevas generaciones cómo deben ejercer la medicina, sino ofrecerles un testimonio interpretativo desde el que pensar su propio camino. Su utilidad no radica en ser seguido al pie de la letra, sino en servir como catalizador de preguntas, tensiones y decisiones que cada generación deberá asumir como propias. Leerlo así –desde la pertenencia, no desde la obediencia– es, probablemente, una forma coherente de afrontar el futuro de la profesión.

En este sentido, quizá resulte pertinente la afirmación de Frantz Fanon según la cual cada generación debe descubrir su misión, también para tal vez traicionarla. Leída desde la práctica médica contemporánea, esta “traición” no implica una ruptura irresponsable, sino la capacidad de no reproducir de forma acrítica los modelos heredados cuando estos dejan de responder a las necesidades del presente. Para las nuevas generaciones de médicos, asumir el liderazgo puede significar, precisamente,

saber qué aspectos del legado recibido deben ser preservados y cuáles necesitan ser transformados, relegados o incluso abandonados. Solo desde esta lectura crítica del pasado es posible construir una práctica profesional pertinente para el futuro y que sea fiel a los valores fundamentales, si es que estos merecen la vigencia (15).

## 5. Ai ai ai... la IA

*La IA no reemplazará a los médicos, pero los médicos que la utilicen reemplazarán a los que no lo hagan.*

**Eric Topol.**

La irrupción de la inteligencia artificial (IA) en el ámbito sanitario ha reabierto un debate recurrente en la historia de la medicina: hasta qué punto una innovación tecnológica constituye una disrupción radical o, por el contrario, un paso más en una larga secuencia de avances acumulados. Como han demostrado la evolución de los sistemas de información clínica, la digitalización de procesos o el uso masivo de datos, la tecnología ha ido transformando progresivamente la práctica médica sin sustituir su núcleo esencial... al menos hasta hoy.

La IA introduce, sin embargo, una novedad cualitativa: no solo automatiza tareas, sino que asiste en procesos cognitivos, como la interpretación de imágenes, la predicción de riesgos o la toma de decisiones basada en grandes volúmenes de información. En este sentido, podría considerarse un elemento realmente disruptivo. Ahora bien, la opinión experta sugiere que su impacto no será inmediato, ni homogéneo ni sustitutivo en bloque (16). La IA tiende a reemplazar con mayor facilidad tareas bien definidas, repetitivas y altamente protocolizadas, mientras que muestra mayores limitaciones en aquellas funciones que requieren juicio contextual, integración de valores, comunicación y manejo de la incertidumbre.

Este fenómeno conecta con el hecho de que las tareas que resultan fáciles para los humanos –como la percepción, la empatía o el sentido común– son precisamente las más difíciles de automatizar, mientras que las tareas complejas

desde el punto de vista computacional son mucho más sencillas para las máquinas. Aplicada a la medicina, esta idea sugiere que la expansión de la IA no conducirá necesariamente a la desaparición del médico, sino a una revalorización de las competencias humanas que, tal vez, ponga más en valor las disciplinas generalistas (17). De hecho, trabajos recientes apuntan a que la automatización puede reforzar el papel de los profesionales con mayor capacidad/necesidad de integrar información diversa, contextualizarla y tomar decisiones prudentes en escenarios complejos y no estructurados.

Desde esta perspectiva, la IA puede entenderse menos como una amenaza que como una aliada estratégica, siempre que se incorpore de manera crítica, ética y orientada al cuidado de las personas. Su despliegue plantea, no obstante, retos significativos: dependencia tecnológica, opacidad algorítmica, sesgos en los datos, errores en las conclusiones o riesgos para la confidencialidad. Afrontarlos exige no solo competencia técnica, sino liderazgo profesional y reflexión colectiva.

En el marco de *Hipócrates XXI*, la inteligencia artificial no aparece como un sustituto del médico, sino como un catalizador que obliga a repensar el rol profesional. Paradójicamente, tal vez cuanto más sofisticadas sean las herramientas tecnológicas, mayor será la necesidad de médicos capaces de ejercer una medicina relacional y reflexiva. Quizá la IA no determine el futuro de la profesión; pero lo interpela cómo ninguna otra tecnología ha hecho anteriormente. Así, las consecuencias e impactos dependerían menos de la tecnología *per se* que de cómo la comunidad médica decida integrarla en su práctica y en su identidad profesional.

## 6. ¿Llegó el momento de revisar quién somos?

*Yo soy yo y mi circunstancia y, si no la salvo a ella, no me salvo yo.*

**José Ortega y Gasset.**

La profesión médica no es inmune a los grandes cambios históricos. A principios del actual siglo ya surgieron debates sobre la identidad y el propósito de la

medicina moderna, impulsados por las previsibles transformaciones en las sociedades occidentales (18). La crisis financiera global de 2008 agravó muchas incertidumbres, evidenciando fragilidades en los sistemas sanitarios y en las estructuras profesionales que los sostienen. La irrupción de la pandemia de COVID-19 supuso una sacudida aún más profunda, poniendo a prueba no solo la capacidad de los sistemas de salud, sino también la manera en que los médicos entienden su rol, su relación con la sociedad y su manera de ejercer.

Las tensiones de las últimas décadas coinciden con el debate reciente en la literatura sobre el impacto de las tecnologías emergentes en la medicina (19). Como se ha comentado, varios estudios señalan que estas innovaciones transformarán las tareas actuales de los médicos –especialmente aquellas rutinarias o altamente protocolizadas– pero no sustituirán, al menos en el corto-medio plazo, al profesional en su totalidad. Posiblemente se deba redefinir el perfil profesional hacia actividades que requieren un mayor juicio contextual, más interacción humana o una toma de decisiones complejas que a la tecnología por sí sola le cuesta más replicar con acierto. En ese sentido, los ejes de conflicto del mundo actual (demográficos, epidemiológicos, sociales, económicos, tecnológicos, medioambientales, políticos, mediáticos) debieran favorecer una reflexión amplia sobre qué aspectos del ejercicio médico son vigentes, cuáles son caducos y cuáles deben evolucionar.

El gran impacto de lo antedicho sugiere que sí estamos en un momento propicio para replantear quiénes somos y qué es lo esencial de nuestra profesión. Y así se ha manifestado claramente en las entrevistas llevadas a cabo. Este replanteamiento no provendría cómo resultado de una tendencia revisionista superficial ni de una crisis de identidad, sino como una oportunidad para reconsiderar y actualizar en profundidad el profesionalismo médico.

Los campos que parecen exigir reflexión son múltiples. Las conversaciones en el contexto del presente proyecto priorizan los siguientes: educación médica, organización del trabajo clínico, gestión del cuidado centrado en la persona, incorporación de nuevas profesiones al campo sanitario, las prácticas colaborativas

(entre organizaciones, entre disciplinas, entre sectores) o el desarrollo/potenciación de nuevos perfiles competenciales. No repensar estos elementos conllevaría riesgos como una mayor fragmentación y deshumanización de la práctica, la pérdida de confianza social y la degradación del sentido profesional.

La reflexión podría articularse en todos los ámbitos –formación, actividad clínica, políticas de salud– convirtiéndola en un debate amplio y explícito en el que, por descontado, las personas, los pacientes, la ciudadanía en su conjunto, tendrían mucho que decir.

## **7. Toca renegociar el contrato**

*Las profesiones existen porque la sociedad les concede un estatus especial.*

***Eliot Freidson.***

La noción de contrato social ha constituido uno de los pilares fundamentales del profesionalismo médico contemporáneo.

Desde los trabajos clásicos hasta las formulaciones más recientes, dicho contrato se ha entendido como un acuerdo implícito por el cual la sociedad reconoce a la medicina como una profesión socialmente valiosa y, a cambio de ese reconocimiento, le concede autonomía, prestigio y determinados privilegios, exigiendo a su vez competencia, valores éticos y compromiso con el bien común (20).

En el momento actual, marcado por los cambios y replanteamientos ya descritos del rol médico, resulta pertinente preguntarse si el contrato sigue siendo plenamente válido en sus términos tradicionales. Las transformaciones tecnológicas, organizativas y culturales, la creciente complejidad de los sistemas sanitarios, la emergencia de nuevos actores y la mayor exigencia de transparencia por parte de la ciudadanía obligan a revisar no tanto la existencia del contrato, sino sus cláusulas, expectativas y límites.

Revisar el contrato social no implicaría cuestionar la legitimidad de la profesión médica, sino actualizarla. La sociedad contemporánea, inevitablemente empoderada, no solo demanda competencia técnica, sino también capacidad de comunicación, rendición de cuentas, sensibilidad ética, trabajo en equipo y compromiso con la sostenibilidad del sistema. A su vez, los médicos reclaman condiciones de ejercicio dignas, reconocimiento del desgaste emocional, participación en la toma de decisiones organizativas y protección frente a dinámicas de sobrecarga y desprofesionalización. El contrato, por tanto, debiera ser renovado como un acuerdo explícito, bidireccional y contextualizado.

Y esta revisión no puede dirimirse endogámicamente dentro del colectivo médico. Debe implicar a múltiples actores: pacientes y ciudadanía, gestores sanitarios, responsables políticos, instituciones formativas y organizaciones profesionales. Sin embargo, la literatura coincide en que la profesión médica debe liderar activamente este proceso, si no quiere verse relegada a una posición únicamente reactiva. Liderar no significa imponer, sino promover una deliberación pública informada sobre qué se espera hoy de los médicos y qué necesitan los médicos para cumplir con las expectativas (21).

El peligro de no abordar esta relectura es considerable. Mantener un contrato social implícito, basado en supuestos ya erosionados, puede derivar en pérdida de confianza social, aumento de la conflictividad, desafección profesional y banalización del compromiso ético. En última instancia, puede conducir a una medicina más tecnicada pero menos significativa, quizá más controlada pero también menos responsable y comprometida.

En este sentido, *Hipócrates XXI* apuesta por pensar el contrato social no como una herencia inmutable, sino como un acuerdo vivo, que debe ser interrogado periódicamente para seguir siendo legítimo, sostenible y moralmente vinculante en un mundo en transformación.

En esta transformación, conviene recordar el papel central que los datos están adquiriendo en los sistemas sanitarios. Aunque los fundamentos de la profesión – confianza, autonomía profesional y compromiso ético– sigan siendo válidos, resultan insuficientes si no se revisan a la luz de un contexto intensivo en datos, algoritmos y toma de decisiones automatizada. Por ello, la sociedad espera no solo competencia clínica, sino también un uso responsable, transparente y orientado al bien común de la información sanitaria.

La centralidad de los datos plantea cuestiones clave sobre gobernanza, privacidad, rendición de cuentas y preservación del juicio clínico. Si la profesión médica no participa activamente en la definición de estos marcos, corre el riesgo de ver lesionados su ascendente, su legitimidad y su autonomía, quedando relegada a un papel meramente ejecutor. Revisar el contrato social en la era de los datos no es, por tanto, una opción, sino una necesidad para garantizar una medicina tecnológicamente avanzada, éticamente sólida y socialmente confiable (22).

## **8. Hacia la hegemonía de lo transversal**

*Lo esencial es invisible a los ojos.*

**Antoine de Saint-Exupéry.**

Más allá del dominio técnico o clínico, la literatura coincide en señalar que la calidad, seguridad y sostenibilidad de los sistemas sanitarios dependen cada vez más de capacidades como la comunicación, el trabajo en equipo, la toma de decisiones en contextos de incertidumbre, la reflexión ética o la autorregulación profesional. En este sentido, las metacompetencias, las competencias transversales y las *soft skills* no serían un complemento deseable, sino un imperativo estructural del ejercicio médico (23).

El contexto cambiante descrito en apartados anteriores refuerza esta centralidad e incrementa el valor diferencial de aquellas competencias humanas difíciles de sustituir: juicio clínico contextual, comunicación significativa, liderazgo

colaborativo y capacidad de integrar perspectivas diversas. Todo ello apunta a que las competencias transversales jugarán un papel determinante en la medicina del futuro.

La evidencia pedagógica sugiere que estas competencias deben enseñarse de forma temprana, longitudinal y situada en la práctica (24). El periodo de formación MIR y los primeros años de ejercicio profesional constituyen un momento óptimo para su desarrollo, dado que coinciden con la construcción del *ethos* profesional, una mayor plasticidad para el aprendizaje y una exposición intensa a situaciones clínicas con alto potencial formativo. Además, el carácter tutorizado de esta etapa permite un *feedback* continuo y de alto impacto, condición clave para la adquisición de competencias complejas.

Ignorar o minimizar la importancia de estas competencias sería muy poco conveniente: los profesionales que carecen de ellas no solo presentan mayores dificultades relacionales y organizativas, sino que consiguen peores resultados en seguridad clínica, desgaste emocional y capacidad de adaptación al cambio. Desde una perspectiva colectiva, la infravaloración de las competencias transversales debilita el profesionalismo, erosiona el contrato social y reduce la confianza de la ciudadanía en la profesión médica.

Ante profesionales que no han desarrollado adecuadamente estos dominios, la respuesta no debería ser punitiva, sino formativa y estructural, incorporando itinerarios de capacitación explícitos, evaluables y acreditables. Tratar las competencias transversales como habilidades menores o accesorias equivale a desconocer su impacto real en la práctica clínica.

En el marco de *Hipócrates XXI*, las competencias transversales se presentan inequívocamente como un vector esencial, quizá el principal, de transformación profesional. Apostar por su desarrollo no es una concesión a modas educativas, sino una estrategia necesaria para preservar la calidad, el sentido y la legitimidad de la medicina en un entorno cambiante y exigente.

## 9. Evaluar bien para formar mejor

*Assessment guides education.*

**George Miller**

Las transformaciones que se han revisado sugieren que debieran también replantearse los fundamentos de la educación médica y de los sistemas evaluativos que la sostienen. La literatura especializada coincide en que no es posible formar a los médicos del futuro con modelos educativos diseñados para contextos profesionales ya superados (25).

Por ello, resulta legítimo cuestionar el sentido de los actuales sistemas de acceso al Grado de Medicina, centrados casi exclusivamente en el rendimiento académico previo. Si bien estos mecanismos permiten seleccionar perfiles con alta capacidad cognitiva, presentan limitaciones evidentes para identificar competencias clave como la comunicación, la empatía, el juicio ético o la capacidad de trabajo en equipo, todas ellas esenciales para el ejercicio profesional de hoy en día. Sería lógico pensar que una selección más alineada con el perfil competencial deseado contribuiría a una formación más coherente y socialmente responsable.

Un debate similar se plantea en relación con el examen MIR (26). Como instrumento de asignación de plazas, ha demostrado ser eficaz y percibido como equitativo; sin embargo, su fuerte orientación a la evaluación de conocimientos teóricos, aunque sean aplicados, condiciona de manera significativa los procesos de aprendizaje: aquello que se evalúa –y el cómo se evalúa– determina, en gran medida, aquello que se aprende. Si el sistema premia la memorización y la interpretación de pruebas estandarizadas, resultará difícil promover de forma consistente competencias complejas, reflexivas y relacionales.

La literatura en educación médica defiende, por ello, la necesidad de avanzar hacia estrategias evaluativas más integrales, que combinen pruebas de conocimiento con evaluaciones del desempeño en contextos reales o simulados, *feedback* formativo y valoración longitudinal del progreso profesional. Este enfoque resulta especialmente

pertinente durante la formación especializada, considerada por muchos autores como una etapa crítica para la consolidación del profesionalismo, y donde las estrategias de evaluación continua tienden a ser, en el mejor de los casos, más bien precarias.

También, la creciente complejidad de la práctica médica refuerza el sentido de implementar sistemas racionales de certificación y recertificación profesional (27). Lejos de concebirse como mecanismos punitivos o burocráticos, estos procesos responden a la lógica del aprendizaje a lo largo de la vida y a la rendición de cuentas ante la sociedad. En un entorno cambiante, la competencia no puede darse por segura de forma indefinida, sino que debe ser actualizada, demostrada y sostenida.

Quizá sea por estas motivaciones que los elementos formativos y evaluativos fueron un argumento prácticamente universal y priorizado en las cincuenta conversaciones que se llevaron a cabo. Y donde, por cierto, muchos de los profesionales entrevistados mantuvieron posiciones exigentes en pro de la implementación de estrategias formativas pertinentes, valiosas y evaluadas de manera válida y fiable.

## **10. Pensar la profesión juntos y en el mundo real**

*Pensar es siempre pensar con otros.*

***Hanna Arendt (parafraseada).***

Uno de los consensos claramente expresados por los entrevistados fue el reconocimiento de que la reflexión explícita, básicamente filosófica, sobre la condición profesional, los valores de la medicina y las buenas prácticas asistenciales es poco habitual en el día a día clínico, pese a ser considerada como muy necesaria. La práctica médica actual se desarrolla en entornos marcados por la alta demanda, la fragmentación del trabajo y una creciente lógica vertical, donde la eficiencia, los indicadores y la productividad tienden a desplazar los momentos de deliberación interior.

Incorporar el debate profesional en este contexto exige, en primer lugar, reconocer su carácter contracultural. El gerencialismo sanitario, aunque ha aportado herramientas útiles para la organización y la rendición de cuentas, muestra limitaciones claras cuando se convierte en el único marco de referencia. La literatura sobre gobernanza clínica señala que no garantizar espacios que permitan pensar en el sentido de la práctica, supone un riesgo de desprofesionalización, entendida como la pérdida de autonomía moral y de capacidad de autorregulación. En este escenario, el debate profesional no debería vivirse como una actividad sobrevenida, sino como un componente estructural de la calidad asistencial.

El futuro inmediato, marcado por la centralidad de los datos y la toma de decisiones apoyada en algoritmos, refuerza esta necesidad. Cuanto mayor es la disponibilidad de información, mayor es también la exigencia de interpretación, contextualización y juicio clínico. Los datos no hablan por sí solos: requieren marcos de sentido compartidos y criterios profesionales explícitos. Sin debate, crece la probabilidad de que la práctica quede subordinada a lógicas técnicas o administrativas ajenas al núcleo del cuidado.

A ello se suma un contexto social caracterizado por la ambigüedad de la verdad, la pluralidad de los relatos y la influencia creciente de los medios de comunicación y las redes sociales en la construcción de valores. En este entorno, el profesional sanitario no puede refugiarse únicamente en la evidencia científica; necesita también espacios donde contrastar interpretaciones, deliberar éticamente y construir criterios colectivos que orienten la acción. La práctica reflexiva, ampliamente descrita en la literatura sobre aprendizaje profesional, se revela aquí como una competencia clave.

La experiencia y el sentido común sugieren que el debate profesional debe integrarse en espacios cotidianos y reconocidos: sesiones clínicas con componente reflexivo, análisis compartido de casos complejos o errores, comunidades de práctica, tutorías estructuradas y tiempos protegidos para la discusión. No se trata de grandes foros teóricos, sino de microespacios sostenidos en el tiempo. Y que impacten

progresivamente en la cultura del contexto de trabajo, optimizando la utilidad del modelaje de roles y de los curriculum ocultos (28).

Reflexionar, dialogar, debatir en el día a día no es una veleidad, sino una condición necesaria para preservar el sentido, la legitimidad y la calidad de la medicina en un contexto cada vez más mutable, tecnificado y socialmente expuesto.

### **EPÍLOGO: ¿CAMBIAR TODO PARA QUE NADA CAMBIE?**

Llegados a este punto, resulta legítimo –y quizá necesario– cuestionar todo lo expuesto. ¿Tiene sentido tanta reflexión, tanta llamada a la revisión del rol, del contrato social, de la formación o de las competencias? ¿No existe el riesgo de estar sobrevalorando la capacidad de la profesión médica para influir en procesos ya determinados por fuerzas económicas, tecnológicas y organizativas ajenas a su control? La duda no es banal y acompaña históricamente a cualquier intento serio de pensar el cambio.

La tentación de evocar la célebre sentencia de Il Gattopardo –«si queremos que todo siga como está, es necesario que todo cambie»– es comprensible. La medicina ha atravesado múltiples transformaciones a lo largo del tiempo sin que su núcleo esencial pareciera alterarse de manera sustancial. Desde esta perspectiva, podría pensarse que las discusiones actuales no son más que un ejercicio retórico destinado a diluirse, mientras la práctica cotidiana continúa y los profesionales se adaptan, una vez más, a decisiones tomadas por otros.

Este escepticismo se ve reforzado por un contexto en el que los médicos quizá se sienten meros ejecutores dentro de sistemas gobernados por lógicas externas: indicadores, algoritmos, normativas, flujos de datos, direcciones por objetivos, gerentes eficientistas. Sin embargo, esta lectura fatalista no coincide con la posición –implícita y explícita– expresada de forma reiterada por los entrevistados en *Hipócrates XXI*. Para ellos, la reflexión profesional y el trabajo consciente y sostenido

en favor de las buenas prácticas no constituyen un lujo intelectual ni una ilusión voluntarista, sino un imperativo ético y profesional que sigue estando, en buena medida, en manos de los propios médicos.

Los entrevistados no niegan los condicionantes estructurales ni idealizan la capacidad de control de la profesión. Reconocen los límites, pero reivindican un espacio irrenunciable de responsabilidad: pensar la práctica, deliberar colectivamente, cuidar los criterios de buen hacer y sostener una identidad profesional coherente. No se trata de cambiarlo todo para que nada cambie, sino de evitar que el cambio ocurra sin criterio y sin sentido profesional.

Aceptar que nada está en manos de los médicos equivale a abdicar de ese espacio de responsabilidad. La literatura sobre profesionalismo muestra que, aunque las condiciones externas imponen restricciones reales, la forma en que una profesión se piensa a sí misma, articula sus valores y actúa en consecuencia no es neutra. Quizá no pueda, ni deba, detener las transformaciones, pero sí orientarlas, modularlas y dotarlas de significado.

## **AGRADECIMIENTOS**

El autor quiere expresar su más sincero agradecimiento a las instituciones que han hecho posible la edición del libro (CoMB, CAMFiC), a las personas que participaron en los grupos focales y en la revisión del texto y, muy especialmente, a los profesionales que fueron entrevistados: Concha Álvarez Herrero, María Pilar Arroyo Aniés, Francesc Borrell i Carrió, Josep Maria Bosch Fontcuberta, Magda Bundó Vidiella, Verónica Casado Vicente, Emilio Cervera Barba, Ferran Cordón i Granados, Xavier Costa Tadeo, Antonio Cumplido Pérez, Mariano de la Figuera von Wichmann, Rafael de Pablo González, Carlos Eirea Eiras, Jordi Espinàs Boquet, Josep Maria Fandos Olona, Josep Fontarnau Abancó, Titón Forn Rambla, Mercè Fuentes Pujol, Gisela Galindo Ortego, Joan Gené Badia, Juan Gervas Camacho, Arcadi Gual Sala, Gloria Guerra de la Torre, Manuel Hernández Peris, Toni Iruela López, Mati Iturralde

Martínez de Lizarduy, Albert Ledesma Castelltort, Alejandro Marín Ibáñez, Rosario Morales López, Jorge Olloqui Mundet, Domingo Orozco Beltrán, Jaume Padrós i Selma, Patrícia Palmer Muntaner, Josep Maria Pepió Vilaubí, Albert Planes Magrinyà, José Antonio Prados Castillejo, Asun Prieto Orzanco, Anna Ribas i Casals, Pepe Rodríguez Sanz, Carmen Santos de Unamuno, Jaume Sellarés Sallas, Rosario Serrano Martín, Josep Serrat Tarrés, Ana Sobrino López, Pilar Torrubia Atienza, María Tresserras Svab, Javi Urraca García de Madinabeitia, José Juan Vidal Piqueras, Maria Rosa Vilar Pujol.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya. Lideratge i professionalisme [Internet]. Vic: UVic-UCC; 2025 [consultado 27 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.uvic.cat/assignatura/6431>
2. Gawande A. Being mortal: Medicine and What Matters in the End. New York: Metropolitan Books; 2014.
3. Kay A. This is going to hurt: Secret Diaries of a Junior Doctor. London: Picador; 2017.
4. Nuland SB. The Soul of Medicine: Tales from the Bedside. New York: Kaplan Publishing; 1994.
5. Gawande A. The Laws of Medicine: Field Notes from an Uncertain Science. Boston: Brandeis University Press; 2014.
6. Blay C. Hipòcrates XXI: Idees sobre el sentit i la pràctica de la medicina avui. Barcelona: Fundació Atenció Primària; 2025.
7. Duke A, Novicevic MM. Historical foundations of social effectiveness? Dale Carnegie's principles. Soc Influence. 2008;3(2):132-142.
8. Elder A. Medicine is difficult—there are no shortcuts. BMJ. 2024;387:q2163.
9. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. JAMA. 2001;286(15):1897-1902.

10. Baltes PB, Staudinger UM. Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*. 2000;55(1):122-136.
11. Bruner J. Life as Narrative. *Social Research*. 1987;54(1):11-32.
12. Sandars J. The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Med Teach*. 2009;31(8):685-695.
13. Berwick DM. A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. *Health Aff (Millwood)*. 2002;21(3):80-90.
14. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y, editors. *Teaching Medical Professionalism: Supporting the Development of a Professional Identity*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2016.
15. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-1958.
16. Roca G. *La revolució inevitable: Una càpsula sobre la societat de la Intel·ligència Artificial*. Barcelona: Ara Llibres; 2025.
17. Murthy VL. The Generalist–Specialist Paradox of Medical AI. *NEJM AI*. 2025;2(7).
18. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. *Ann Intern Med*. 2002;136(3):243-246.
19. Heinrichs H, Kies A, Nagel SK, Kiessling F. Physicians' Attitudes Toward Artificial Intelligence in Medicine: Mixed Methods Survey and Interview Study. *J Med Internet Res* 2025;27:e74187.
20. Jovell AJ, Navarro MD. *Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno*. Madrid: Fundación Alternativas; 2006.
21. Samant M, Santosh S, Dutta S, Joshi M, Calnan M, Kane S. Understanding disruption in the social contract between the medical profession and society in India: a tale of mismatched expectations? *Health Policy Plan*. 2025;41(1):71-80.

22. Sharon T. When digital health meets digital capitalism, how many common goods are at stake? *Big Data Soc.* 2018;5(2):1-12.
23. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework.* Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
24. Wald HS, Anthony D, Hutchinson TA, Liben S, Smilovitch M, Donato AA. Professional identity formation in medical education for humanistic, resilient physicians: pedagogic strategies for bridging theory to practice. *Acad Med.* 2015;90(6):753-760.
25. Chatzistamou I. Does Medical Education Require Radical Change? *J Med Educ Curric Dev.* 2024;11.
26. Pujol Farriols R. The MIR system at 50 years old, a value in need of pending changes. *Med Clin (Barc).* 2025;164(2):73-75.
27. Peri K, Eisenberg MJ. The Value of Board Recertification Among Physicians. *Adv Med Educ Pract.* 2024;15:595-598.
28. Phua GLG, Owyong JLJ, Leong ITY, Goh S, Somasundaram N, Poon EYL, et al. A systematic scoping review of group reflection in medical education. *BMC Med Educ.* 2024;24(1):398.

### **Carles Blay Pueyo.**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctor en Ciencias de la Salud. Codirector del Postgrado en liderazgo médico del Col·legi de Metges de Barcelona. Profesor de la Facultad de medicina UVic- UCC.

#### **Cómo citar este artículo:**

Blay Pueyo C. Hipócrates XXI: Metodología y reflexiones de un proyecto sobre el sentido y la práctica de la medicina. *Folia Humanística.* 2026;5(3):1-35. Doi: <https://doi.org/10.30860/0129>.