



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

Gonzalez 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

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 atravesara 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 (parfraseada).

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>.

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

Bimbela Pedrola JL.

Resumen: La dimensión espiritual de la salud ha estado tradicionalmente vinculada con la búsqueda de sentido vital en las últimas etapas de la vida. Afortunadamente, desde la segunda década del siglo XXI, han surgido iniciativas innovadoras y socialmente valientes que, desde el ámbito de la Salud Pública, han ampliado el foco de aplicación y han ofrecido proyectos de investigación, intervención y formación muy interesantes en el espacio de la Promoción de la Salud. En este caso, de la promoción de la salud espiritual, interrelacionándola con el resto de las dimensiones: física, emocional, social y ética.

La propuesta de incorporación de la dimensión espiritual en la consulta que aquí se presenta, se estructura en dos fases sucesivas e interdependientes: la primera, la revisión consciente y profunda de la propia espiritualidad por parte del profesional sociosanitario; y la segunda, el acompañamiento facilitador de la espiritualidad de la ciudadanía.

También el formato de este artículo pretende ser algo atrevido e innovador, convirtiendo en texto, espero que motivador y estimulante, un taller formativo desarrollado en los últimos años, tanto en modalidad presencial como en modalidad virtual. Es mi propósito que la aportación de preguntas, herramientas y casos concretos permita al lector poner en práctica las propuestas sugeridas.

Palabras clave: *Salud espiritual, Sentido vital, Propósito, Promover, Grietas, Heridas, Identificar, Acompañar.*

Abstract: INCORPORATING THE SPIRITUAL DIMENSION INTO CONSULTATION PRACTICE. FROM SCIENTIFIC EVIDENCE TO CLINICAL PRACTICE THROUGH LIVED EXPERIENCE

The spiritual dimension of health has traditionally been linked to the search for meaning in life in the later stages of life. Fortunately, since the second decade of the 21st century, innovative and socially courageous initiatives have emerged within the field of Public Health, broadening the scope of application and offering highly interesting research, intervention and training projects in the field of Health Promotion. In this case, the promotion of spiritual health, interrelating it with the rest of the dimensions: physical, emotional, social and ethical.

The proposal for incorporating the spiritual dimension into the consultation presented here, is structured in two successive and interdependent phases: the first, a conscious and in-depth review of one's own spirituality by the healthcare professional; and the second, the facilitative support for the spirituality of the citizenry.

The format of this article also aims to be somewhat bold and innovative, transforming a training workshop developed over the past few years, both in person and online, into a hopefully motivating and stimulating text. It is my purpose that the questions, tools and specific cases will allow the reader to put the suggested proposals into practice.

Key words: *Spiritual health, Meaning of life, Purpose, Promote, Cracks, Wounds, Identify, Accompany.*

Artículo recibido: 3 agosto 2025; aceptado: 14 agosto 2025.

ANTES DE LEER ESTE ARTÍCULO

Me voy a permitir cierta heterodoxia. En el qué y en el cómo. En el contenido y en la metodología. Creo que el escenario sanitario y formativo actual lo permite. Incluso diría que lo exige. Es más, creo que la publicación que me acoge (Folia Humanística, la revista Iberoamericana de debate pluridisciplinar al servicio de la sociedad) lo aceptará con interés y quizás hasta con cierto entusiasmo.

Por primera vez, en mis treinta años de articulista, voy a “traducir” un taller práctico, llevado a cabo el pasado mes de marzo en Girona, en el marco del XXXIV Congreso Nacional de Comunicación y Salud semFYC, en un artículo que pueda promover también la participación, espero que apasionada, de las lectoras y los lectores. Con este objetivo motivador, les propongo que antes de leer este artículo respondan a tres cuestiones previas, para ir “calentando motores” y, muy especialmente, para empezar a pensar sobre el tema que nos va a ocupar en las próximas páginas.

Si pensamos en la “salud espiritual”...

1. ¿Qué tres IDEAS le vienen a la mente?
2. ¿Qué dos PREGUNTAS le sugiere dicho concepto?
3. ¿Qué METÁFORA asociaría al binomio “salud espiritual”?

Recuerdo en este punto que, cuando hablamos de metáfora, hablamos (según la Real Academia Española) de “Aplicación de una palabra o de una expresión a un objeto o a un concepto, al cual no denota literalmente, con el fin de sugerir una comparación (con otro objeto o concepto) y facilitar su comprensión”. Y si hablamos de metáforas inspiradoras, permítanme recordar el precioso y motivador lema “ARRAUN*. Remando en equipo” del XLIII Congreso de la semFYC celebrado en Donostia en mayo de 2023, en el que tuve el honor de impartir, junto a Ana María

Rodríguez Cuesta, enfermera de urgencias y experta en bioética, la conferencia-taller “Autocuidado ético y emocional. Profesionales y equipos”.

Aclarado, espero, el tema “metáfora”, ruego al lector que, tras escribir las respuestas solicitadas, las ponga a buen recaudo. Dentro de un rato las recuperaremos. Muchas gracias. Y ahora sí, ahora entramos de lleno en el tema central de este artículo: la incorporación de la dimensión espiritual (ligada a la búsqueda de sentido vital) en la consulta. Mi objetivo final es facilitar una serie de reflexiones, sugerencias, propuestas, recursos, instrumentos y casos a resolver, que ayuden, y animen, al lector a pasar a la acción en un tema tan crucial y necesario como el que nos ocupa.

Y una última sugerencia: la lectura en voz alta de este escrito. A fin de sumar la lectura visual con la auditiva y así fortalecer la memoria, mejorar la comprensión del texto y, muy probablemente, aumentar la conexión emocional y espiritual con los contenidos presentados.

**ARRAUN= acción de remar juntos con esfuerzo colectivo (en euskera).*

INTRODUCCIÓN: LOS ORÍGENES

¿Qué te sostiene por dentro cuando se derrumba todo lo demás?

Oriah, anciano nativo americano.

Si en España hablamos de Espiritualidad, habrá que empezar con un emotivo y muy agradecido homenaje a la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) por sus innumerables y muy significativas aportaciones teóricas y prácticas en el ámbito de los cuidados paliativos y el final de la vida. Varias promociones de profesionales sociosanitarios han aprendido mucho y bien en sus jornadas, talleres y publicaciones (1). Y también habrá que reconocer aquí la capital aportación del filósofo

Francesc Torralba con su magnífica obra (en calidad y cantidad) “Inteligencia Espiritual” (2).

A partir de 2016, empezamos ya a hablar en el ámbito de la Salud Pública, muy inspirados en las reflexiones y propuestas de Viktor Frankl (3), de una cuarta dimensión de la salud (la dimensión espiritual) que debería incorporarse a la clásica, ya superada por la evidencia científica, la práctica clínica, y la experiencia vivencial, triada “bio-psico-social” (4). Para ayudar a dicha incorporación, en los dichos y en los hechos, se celebró en 2017 en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), la Jornada “*Salud Espiritual. Teoría y práctica*”, cuya capacidad de convocatoria sorprendió a propios y a extraños y confirmó la pertinencia de la iniciativa. De hecho, esa Jornada fue el origen y motor tanto de los cursos y talleres formativos recuperados ahora en el citado Congreso de Girona, como de un buen número de iniciativas prácticas llevadas a cabo en distintas comunidades autónomas españolas.

Por otro lado, en los últimos años una cantidad creciente de investigaciones, especialmente de la mano de la enfermera y doctora en sociología Rocío de Diego desde la Universidad de Sevilla, han ido confirmando la relevancia de los aspectos espirituales a la hora de promover la adherencia terapéutica de la ciudadanía, ya sea a los tratamientos farmacológicos o a los conductuales (5,6). A todo ello se sumó, en mi caso, el descubrimiento de las interesantes aportaciones de Amezcua desde el coaching espiritual (7). Finalmente, a ese lúcido conjunto de hallazgos y propuestas le hemos ido sumando las enseñanzas (teóricas, prácticas y éticas) provenientes del enfoque educativo del *counselling* y sus habilidades para la relación de ayuda.

En este artículo hablaré con frecuencia en primera persona del plural, dado que la doctora en Antropología Médica Mariola Bernal me ha acompañado en este maravilloso y estimulante viaje espiritual y formativo desde la citada Jornada de 2017. Juntos creamos el curso de “Promoción de la salud espiritual” de la EASP origen de este artículo y juntos estuvimos impartiendo a lo largo de varios años. Sus ideas y su compromiso (personal y profesional) impregnan todos y cada uno de sus epígrafes;

y sus valiosas aportaciones (eudemonía, salud biográfica, sentidos de vida) constituyen una parte esencial del mismo (8). Es más, la frase de Oriah, anciano nativo americano, que encabeza este epígrafe ha sido también uno de sus magníficos y esclarecedores regalos. Gracias, Mariola.

Me gustaría señalar también que en el documento que el lector tiene entre sus manos se habla de promoción de la salud espiritual no solamente en situaciones de malestar vital, de sensación de sinsentido o de falta de rumbo; sino también de la promoción de la salud espiritual (ligada al sentido de la vida y a vivir una vida con propósito) precisamente para prevenir y gestionar las grietas, las heridas, los dolores y malestares físicos, emocionales, sociales, éticos y espirituales que dificultan esa búsqueda de sentido vital. Y también, desde luego, para potenciar una búsqueda exitosa de sentidos de vida sólidos y sostenibles (incluso en los momentos más tormentosos y oscuros). Y puesto que, en este caso como en tantos otros, el orden de los factores sí altera el producto final, empezaré abordando la revisión de la espiritualidad propia, para poder realizar posteriormente, y con posibilidades reales de éxito más allá de las buenas intenciones, el acompañamiento de la espiritualidad ajena (pacientes, familiares, ciudadanía).

REVISANDO LA ESPIRITUALIDAD PROPIA

Primero conecta con tus carencias, con tu herida; y eso generará más humildad.

Oliver Laxe.

Cuando en el curso EASP ya citado realizábamos la indispensable y utilísima presentación de los asistentes (mayoritariamente mujeres, cabe señalar) y les preguntábamos sobre las razones por las que se habían matriculado en el mismo, todas las presentes (incluyendo los docentes Mariola y José Luis, por cierto) acabábamos “confesando” que nuestra llegada a la espiritualidad se había producido tras diversas “roturas, dolores y sufrimientos”: físicos y/o emocionales y/o sociales y/o éticos y/o espirituales (9). Grietas, heridas... sufrimientos diversos derivados de

dolores físicos percibidos como insoportables, interminables, intratables; y que generaban sufrimientos emocionales asociados a incertidumbres y miedos; ansiedades anticipatorias que acababan provocando, a su vez, aislamientos y soledades no deseadas. Y, con frecuencia, un cúmulo de “dolores y malestares” que cristalizaban en severos y desesperanzadores cuestionamientos de la propia valía (personal y profesional) y del propio sentido vital.

En 2025 ya tenemos, afortunadamente, herramientas útiles y de contrastada eficacia para prevenir, tratar y paliar este conjunto diverso de dolores y sufrimientos; y para facilitar un acompañamiento espiritual (posterior al trabajo previo del profesional consigo mismo) realmente sanador y sostenible. Veamos a continuación, y con cierto detalle, algunas de las herramientas que con mayor éxito hemos ido aplicando en distintos ámbitos de la salud pública española; y aprovechemos la ocasión para reordenar las dimensiones claves de la salud, el bienestar y la felicidad, a fin de garantizar la máxima eficacia posible de las intervenciones que se lleven a cabo.

Empezamos con la salud ética, vinculada a la pregunta fundamental que nos regaló en su momento Adela Cortina “¿Para qué?” (esto es, ¿cuál es honestamente, nuestro objetivo?). Pregunta a la que la Salud Pública responde de forma clara y contundente: nuestro para qué, nuestro objetivo innegociable es doble, el bienestar propio y el bienestar ajeno (individual y colectivo). Respuesta que, de forma no tan sorprendente, coincide tanto con la definición de felicidad (humana) de José Antonio Marina (10), como con la propuesta bíblica de Mateo “*Amarás a tu prójimo como a ti mismo*” (11).

De ahí que podamos hablar del sufrimiento ético que padecen, como nos recuerda el psiquiatra Cristophe Dejours, algunos profesionales sociosanitarios, cuando aplican ciertas estandarizaciones a través de protocolos que saben que tendrán repercusiones nefastas para el paciente, o cuando experimentan la traición de sí mismos, de sus valores y principios (12). También podemos hablar del sufrimiento ético derivado del “síndrome del mártir” que, según sintetiza la mal llamada

Inteligencia Artificial (IA), se refiere a una persona que, en su trabajo, se sacrifica constantemente, poniendo las necesidades de los demás por encima de las propias. Por cierto, hablando de IA y de ética, aplaudo con entusiasmo la aparición de diversas propuestas de “reflexión para la acción” dirigidas a incorporar los valores éticos en la atención a la salud (en sus distintas dimensiones) y en la formación correspondiente, tanto para profesionales y pacientes en particular, como para la ciudadanía en general (13).

Finalmente, y para redondear los párrafos dedicados a la salud ética (una dimensión fundamental cuando hablamos de dotar de sentido, de sentidos, a una vida), unas palabras del filósofo Eduardo Infante que me llenan de fuerza y también precisamente de sentido: *“¿Se puede vivir sin ética? Claro que sí, igual que se puede vivir sin arte, sin justicia, sin amor, sin belleza, sin amistad o sin verdad. La pregunta es si esa vida es digna de ser vivida”* (14). Aclarado de qué hablamos cuando hablamos de salud, recordemos y reafirmemos cuál es el ¿para qué? ético irrenunciable de los profesionales salubristas (sociosanitarios, educadores, directivos y responsables, cuidadores varios): el bienestar (físico, emocional, social, espiritual y ético) mutuo (el de los propios profesionales y el de la ciudadanía).

Después de la dimensión ética, abordamos la dimensión emocional con la esperanza de dar (y consolidar) ese salto cualitativo que, en la evolución del ser humano, representará la regulación emocional. Llamémosle “diálogo socrático con uno mismo”, o “diálogo interno” o “debatir con nuestra propia mente”, o “debate cognitivo” o “tabla de gimnasia emocional” (15). En definitiva, estamos hablando de aprender a pensar de la forma más objetiva, justa (para nosotros y para los demás) y realista posible; poniendo en revisión constante y con autocrítica (amorosa) tenaz los pensamientos automáticos, irreflexivos y primitivos que surgen cual tsunamis, desencadenados por miedos, egos y angustias varias. Tablas de Gimnasia Emocional (TGE) que nos sirven para prevenir y gestionar situaciones estresantes (vivir una situación como amenaza y sentirse con insuficientes recursos para afrontarla), y para crear / construir interpretaciones que promuevan situaciones optimistas, proactivas y

empoderadoras. Y que, desde luego, nos son también de gran utilidad para mantener a raya (y bajo nuestro control) a ese energúmeno (*“persona que se comporta de manera airada o violenta de forma habitual”* según la RAE) que todos y todas llevamos dentro.

Tras las dimensiones ética y emocional, nos acercamos a la dimensión física de la salud. Y cuando pienso en la salud física me gusta recordar lo que dicen que dijo San Ignacio a una monja que le pedía asesoramiento espiritual: *“Con el cuerpo sano podréis hacer mucho. Con el cuerpo enfermo, no sé qué podréis”* (16). Y también aquellas palabras que Antonio González, psiquiatra ilustre, pronunció en la inauguración de la primera Jornada para la Prevención del suicidio celebrada en Granada en 2020: *“A veces, los fármacos son necesarios. Nunca suficientes”*. Por eso me encanta (como sexólogo y como ciudadano) que en el mismísimo prospecto del Tadalafilo se lea: *“Es importante advertirle de que tadalafilo no es efectivo si no existe estimulación sexual. Por lo tanto, usted y su pareja deberán estimularse del mismo modo en el que lo harían si no estuviese tomando un medicamento para la disfunción eréctil”*. Deseo, visualización, imaginación, recreación... Por cierto, si no hay pareja, la advertencia sigue siendo válida (habrá que mejorar ese prospecto a la luz de los avances sexológicos, culturales y liberadores del siglo XXI).

Decía Punset que *“la felicidad está en la sala de espera de la felicidad”*. Será quizás por ello que salivo de placer al imaginarme el olor, el color y el sabor de ese potente café que voy a disfrutar en unos minutos (aunque luego, a lo mejor, le pida al camarero, en el último segundo y después de tanto goce logrado, un descafeinado). Gracias también a esa imaginación tengo una magnífica erección visualizando en mi mente A o B, aunque luego resulte, después de tanto placer imaginado, quizás Y o Z (Lole y Manuel lo cantaban muy bien: *“Las caricias soñadas son las mejores”*). Sí, la imaginación (y la gestión saludable de emociones y de expectativas, de deseos y de miedos) al poder. Retomando el control de la batuta para dirigir a ese cerebro hipocondriaco y exagerado que tantas veces se comporta, como nos recuerda con una brillante y lúcida metáfora el neurocientífico Wolf Singer, como una orquesta sin

director. Y para acabar, mencionemos la importancia de dosificar diagnósticos y tratamientos (sean farmacológicos y/o conductuales) y atendamos la sabia apelación del insigne médico salubrista, y compañero en la EASP, Sergio Minué, cuando nos habla de los riesgos del exceso de intervención. En esta misma línea, por cierto, la médica y escritora Iona Heath reflexionaba, muy recientemente, sobre “*la prevención excesiva que pone en riesgo la atención*” (17).

Después de las dimensiones ética, emocional y física, dediquemos unas líneas a la dimensión social. Cuando hablamos de salud social, estamos pensando en aquellas habilidades que nos ayudan a prevenir y gestionar dolores y sufrimientos sociales como soledades no deseadas, marginaciones individuales y grupales, o invisibilizaciones profesionales y personales; y cuya gestión podemos realizar a través de nueve maravillosos verbos que generan confianza mutua, acuerdos sanadores, y empoderamientos recíprocos, y que veremos con más detalle en el epígrafe siguiente (el del acompañamiento a la espiritualidad ajena). Y para redondear ese epígrafe (que podríamos rebautizar como “yo conmigo, la espiritualidad propia”) mencionemos que es precisamente la salud espiritual, motivo de este escrito, la que nos permite revisar las anteriores dimensiones citadas y completar un precioso círculo virtuoso, bondadoso (con nosotros mismos y con los demás) y saludable.

ACOMPañANDO Y FACILITANDO LA ESPIRITUALIDAD DE LA CIUDADANÍA

Uno de los encuentros más desafortunados de la medicina moderna es el de un anciano débil e indefenso con un médico joven y dinámico que comienza su carrera.

Iona Heath.

Precisamente para prevenir encuentros tan desafortunados y frecuentes como los que nos comenta Iona Heath y también para lograr que las buenas intenciones se conviertan por fin (también en el ámbito del acompañamiento espiritual)

en intervenciones inspiradoras, provocadoras de cambios sostenibles y beneficiosas para todos los participantes, proponemos la aplicación habitual y constante (en lo verbal y en lo no verbal, en las letras y en las músicas, en el qué y en el cómo) de 9 verbos fundamentales: acoger, preguntar, escuchar, validar, empatizar, facilitar, resumir, reforzar y retroalimentar. Nueve verbos que nos permitirán pasar satisfactoriamente del “yo conmigo” previo, analizado en el epígrafe anterior, al “yo contigo” actual, y generar un vínculo con la otra persona basado en el respeto, la confianza y el reconocimiento mutuos (18).

Comunicándonos, relacionándonos “de vulnerable a vulnerable”, desde las luces (capacidades, logros e intentos incluidos) y desde las sombras (dolores, heridas y grietas incluidas), con presencias auténticas y puras (19) en el aquí y el ahora, y con ritmos armonizados. Creando un lugar amable, seguro y acogedor. Con la ayuda de magníficas preguntas como las de McSherry y Ross (20) para abrir y concretar: “¿Qué es lo más importante para ti ahora?”, “¿Cómo podemos ayudarte?”; y sumando las operativas aportaciones del *counselling* (21) para evaluar la propia intervención profesional y para ayudar al “otro” (paciente, familiar, ciudadano) a reflexionar y revisarse: “Y ahora ¿cómo te sientes?”.

Rescatando propuestas tan sanadoras (y poco practicadas en nuestro entorno) como ejercer de “Abogado del ángel” (Goleman dixit) que podríamos traducir, de forma práctica y motivadora (para ambas partes: sujeto reforzador y sujeto reforzado), como “búsqueda activa de elementos positivos a reforzar en el ciudadano y en nosotros mismos” (intentos incluidos, por supuesto). Y también utilizando metáforas tan sugerentes como las que algunos colegas y algunas culturas nos han ido legando: ese “corazón roto” que es también un “corazón abierto” (que permite que entre la luz, el aire, el otro, la vida...); o ese “fango” que es el caldo de cultivo para que florezca la bellísima flor de loto; o esa “ave fénix” que renace de las propias cenizas; o esa “travesía del desierto” con la que nos referimos a etapas difíciles y complejas, que suelen implicar momentos de soledad y de reflexión, y que con

frecuencia resultan esenciales para iniciar nuevas experiencias vivenciales y afrontar nuevos desafíos (espiritualidad incluida).

Sintetizando: después de un amoroso y autocrítico “yo conmigo” (que nos ha permitido revisar la espiritualidad propia) y de un generoso y honesto “yo contigo” (que nos ha ayudado a acompañar la espiritualidad ajena) entramos ahora en un apasionante y solidario “nosotros y nosotras” que nos va a permitir promover y facilitar la expresión sanadora de esa espiritualidad por parte de otras personas. Y ello lo haremos a través de “Ubuntu”, un concepto filosófico originario de África del Sur que se puede traducir como “yo soy porque nosotros somos”, y que se refiere a la creencia en un vínculo universal de humanidad y unidad, donde el bienestar individual está intrínsecamente ligado al bienestar de la comunidad; y que enfatiza la importancia de la cooperación, la empatía y el respeto mutuo.

Nos lo recuerdan algunos filósofos como Esquirol (“*No hay vida espiritual sin pasión creadora*”) (22) y Esfahani (“*Contar historias es uno de los pilares para cultivar una vida con sentido*”) (23). Incluso algún teólogo, como Alarcos, lo reitera con contundencia en los últimos años: “*Dotar de un argumento que dé sentido a la propia trama de la vida es esencial para vivir sanamente todas sus circunstancias*” (24). Los artistas, casi siempre adelantados a su tiempo y a las (¿necesarias?) lentitudes científicas lo llevan exclamando desde hace mucho tiempo: “*Existen las artes porque con la vida no es suficiente*” (Fernando Pessoa); “*Ese es el motivo por el que leo: solamente con la vida no es suficiente*” (Leila Guerriero); “*Escribo para curarme*” (Elvira Sastre), “*Escribo para que el agua envenenada pueda beberse*” (Chantal Maillard). Sin olvidar verdaderas confesiones al respecto como la de Mardía Herrero “*Escribir es para mí una experiencia más honda incluso que rezar o meditar*” (25).

Es más, la propia Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió en 2019 un informe, después de revisar 900 publicaciones científicas de todo el mundo, en el que concluía que involucrase en el arte de forma activa (pintar, cantar, escribir...) o de forma pasiva (acudir a museos, asistir a

conciertos, leer...) mejoraba la salud física y mental (26). Y siguiendo en el ámbito sanitario, no podemos olvidar iniciativas tan fructíferas e inspiradoras en el espacio de la medicina narrativa (con historias de médicos y pacientes), como el Boletín de Educación Médica DocTUtor (27) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

No sorprende, por tanto, que cuando nos acercamos a la Terapia de la Dignidad (28) descubramos que esa terapia invita a los pacientes a elaborar un "documento de legado" (textos, grabaciones, filmaciones) en el que expresan (y comparten) con sus seres queridos pensamientos, sentimientos y deseos. Y ese legado ayuda, desde luego, a las personas a encontrar un sentido de continuidad en su vida. Lo sabíamos desde los duros tiempos de la pandemia del sida, gracias a nuestro maestro y amigo Ramón Bayés que nos recordaba que *“En el África subsahariana, a través de los “libros de memoria” los padres infectados por el VIH intentaban preparar a sus hijos para que aceptasen su prematura desaparición y comunicarles el cariño que sentían”* (29). Creaciones, artes, narrativas... que sanan, que restablecen, que alivian, que calman, que reparan, que cuidan (y que nos cuidan)... física, emocional, social, espiritual y éticamente.

Cuando Ainhoa Videgain, querida y admirada psicooncóloga, pregunta a los pacientes a los que acompaña en los últimos días de su vida: *¿Cómo te gustaría que te recordaran?* Todos, absolutamente todos, le hablan de aspectos positivos (buen padre, buen amigo, buena persona, altruista, etc.). Sí, el ser humano aspira a la bondad. Lo intuíamos y la ciencia lo confirma cada día con mayor y mejor evidencia (30). Y si unimos a todo ello la sabia propuesta de Bertrand Russell (*“Estamos en este mundo para ampliar el conocimiento y para ampliar el amor”*) y el valiente ejemplo vital del recientemente fallecido José Mujica (*“Intentar cambiar el mundo para mejorarlo ha dado un sentido a mi vida”*), podemos identificar propósitos (individuales y colectivos), tanto de los profesionales como de la ciudadanía que nos ayuden a vivir una vida digna y con sentido. Y que nos motiven para acompañar y facilitar ese maravilloso proceso en otras personas.

Ainhoa Videgain sigue preguntando a esos pacientes: *¿De qué te arrepientes?* Y, sinceramente, las respuestas que obtiene nos golpean en el corazón: *“Me arrepiento de no haber hecho lo que yo quería; y haber hecho lo que quería mi familia, mi pareja; lo que querían mis amigos, mis hijos, mis jefes...”*. Las razones de estos comportamientos tan frecuentes, sumisos y desoladores se concretan muy bien, y muy poéticamente, en la canción *“Solo por miedo”* de Juan Pablo Silvestre: *“Una vida más tarde comprenderemos que en la vida perdimos sólo por miedo”*. Ese miedo que nos atenaza y nos bloquea, y que saca lo peor de nosotros (contra nosotros mismos y contra los demás) (31). Un miedo que es enemigo de la creatividad y del talento. Y de la felicidad, por supuesto. De ahí que, descubrir lo que nos apasiona, lo que nos “llena”, y buscar nuestros dones y talentos se convierte en una tarea vital y prioritaria. Y, desde luego y paralelamente, también empoderarnos, a través de todas y cada una de las dimensiones de la salud comentadas en este artículo, para poder (y sentirnos capaces de ello) llevarlos a cabo, para realizarlos, para ponerlos en práctica. Y gozarlos (intentos y “fracasos”, incluidos). Pese a quien pese y negociando con quien haga falta (a veces, con nosotros/as mismos/as). Nos jugamos demasiado. Los profesionales y los ciudadanos.

TRES CASOS PRÁCTICOS

La espontaneidad no tiene que ver con la sinceridad.

Luis García Montero.

Presento, a continuación, tres casos que diseñé con Mariola Bernal, basados en historias reales de nuestro entorno personal y profesional (32) y que hemos utilizado para entrenar esa deseada, y a veces compleja, incorporación de la dimensión espiritual (ligada al sentido vital) en la intervención que se realiza en las consultas. A partir de estos tres casos, animamos al lector a buscar, a crear y a recrear otros casos propios que le permitan seguir entrenando y así poder lograr una mejora paulatina y sumatoria de teoría y práctica.

Como docente “militante” creo que la mejor improvisación es la que está cuidadosamente preparada y escrita; y tengo claro que puedo improvisar sin riesgo de perderme e irme por los cerros de Úbeda, cuando tengo un hilo conductor claro y sólido (como en una buena sesión de jazz de Miles Davis, por ejemplo). Por lo que me voy a atrever a sugerir algunas actividades concretas que puedan ayudar a trabajar a fondo estos tres casos y que permitan aprender para aplicar; y para pasar a la acción de forma prácticamente inmediata.

Los tres casos que se presentan pueden trabajarse tanto individual como grupalmente, según las posibilidades y deseos de cada lector. En grupo, eso sí, se aprende más y mejor. Y más gente aprende. En todo caso, si se trabaja grupalmente, una recomendación fundamental es que los grupos no sean de más de 6 personas, para facilitar la interacción y la participación de todos los miembros.

A fin de optimizar contenidos y formatos, se proponen tres fases:

- Fase 1. Diseño del guion del papel del profesional, cuidando el qué y el cómo (las letras y las músicas), e incorporando los contenidos, instrumentos, verbos y preguntas claves presentadas a lo largo y ancho de este artículo. El papel del ciudadano al que acompañar y que da nombre a cada uno de los tres casos (Rubén / Pilar / Salvador) se improvisará (honestamente) a partir de la información que se tiene de él/ella.
- Fase 2. Escenificación de la entrevista del profesional con el ciudadano correspondiente, intentando ajustarse a los tiempos reales de la consulta. Se sugiere la presencia de observadores (sea en la versión individual o sea en la versión grupal) que puedan dar un feedback útil tras la escenificación; identificando, en primer lugar, “lo positivo” del acompañamiento realizado (en los qué y en los cómo, en lo verbal y en lo no verbal), para luego sugerir cambios, mejoras y retoques concretos.

- Fase 3. El grupo (si se ha hecho en grupo) o el individuo (si se ha hecho individualmente) rehace el guion en función de los comentarios de los observadores (y de su propia reflexión posterior) y realiza, en la teoría (papel) y en la práctica (escenificación), la “escena ideal”.

Para obtener información más detallada sobre metodologías docentes facilitadoras del aprendizaje, recomiendo vivamente la lectura “activa y participativa” del libro “Cuidando al formador. Habilidades emocionales y de comunicación” (33).

A continuación, se presentan los 3 casos (Bimbela JL, Bernal M. Casos prácticos. Curso Promoción de la Salud Espiritual. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; noviembre 2019).

Caso 1. Rubén.

Rubén tiene 19 años y es el mayor de tres hermanos. Nació en Granada y vive en el barrio popular del Zaidín en un piso junto a su familia, sus padres y dos hermanos menores.

Estudia primer año del grado de Económicas en la Universidad de Granada. La elección de los estudios estuvo motivada, sobre todo, por los constantes comentarios de su padre. Su padre es mecánico y siempre ha tenido trabajo en el taller, pero Rubén le ha visto poco, siempre trabajando y con el dinero justo para ir tirando toda la familia. A sus hijos siempre les dice que lo importante en la vida es estudiar y asegurarse un puesto de trabajo y piensa que, en esta sociedad tan consumista, con esos estudios nunca le faltará donde trabajar. Este mensaje cala en Rubén, que no tiene una clara vocación y sí una baja estima de sí mismo, que se traduce en inseguridad y falta de confianza en las cosas que piensa, que siente, y que hace. Él ansía disponer de una independencia económica y salir de casa, y aunque Económicas no le motiva, se esfuerza como puede en estudiar y, al menos, aprobar las asignaturas para “no fallarle” a sus padres. Pero le cuesta mucho.

Sigue saliendo con los amigos del instituto, aunque ahora también está conociendo gente nueva en la universidad. Suelen salir de botellón hasta emborracharse, y luego si quedan ganas de más, siguen por algunos bares y discotecas. Éstos son básicamente los únicos planes que proponen sus amigos y amigas, y lo que ocupa su tiempo de ocio.

Rubén tiene una especial sensibilidad para la música, y aunque le gustan los géneros más de moda (reguetón, trap), en casa busca en Internet, investiga y

escucha a clásicos del rock, del soul, del jazz; aunque esto no lo comparte con nadie. Tampoco comparte sus pensamientos y emociones más íntimas, los conflictos en casa, sus ideas sobre la falta de coherencia y sentido en lo que estudia, y en lo que hace con su vida. A Rubén le gusta escribir pequeñas historias que fantasea con convertir en canciones, pero no se atreve.

Es una persona afable, que se esfuerza en sonreír a pesar de tener una personalidad introvertida y un estado de ánimo mayormente melancólico. Se siente desconectado e incomprensido, en su familia, en la universidad y muchas veces con sus propias amistades. Tampoco confía en sí mismo para creer en otras opciones de vida y tomar decisiones.

Desde hace unos meses presenta síntomas diarios de reflujo gastroesofágico. Tras tanto consumir antiácidos sin receta, su madre le pide hora en Atención Primaria para que *“le miren a ver por qué le pasa eso, qué le sienta mal con lo bien que yo cocino”*. Rubén acude a la consulta solo, viene a por “pastillas” que le quiten las molestias.

Caso 2. Pilar.

Pilar tiene 52 años y es la mayor de dos hermanas. Nació en Santiago de Compostela y allí vive con su hija de 16 años. Está viuda.

Es enfermera y trabaja en un Centro de Atención Primaria en un pueblo cercano a la capital, al que se desplaza en su coche particular. Le gusta su trabajo, especialmente las visitas domiciliarias a personas mayores. Intenta mantenerse al día y se está formando en temas relacionados con la relajación y el mindfulness. Le gusta el arte, y acude con frecuencia a conciertos y exposiciones.

Desde hace años sufre problemas osteoarticulares que le provocan ciertas limitaciones en sus movimientos y periodos intensos de dolor. Intenta tomar poca medicación y acude con frecuencia a remedios de las llamadas “terapias complementarias”: hierbas y plantas medicinales, homeopatía, acupuntura, etc. con resultados que considera bastante satisfactorios.

Hace salidas al monte con asiduidad, especialmente los fines de semana, pues le encanta la naturaleza. Son salidas en grupo con personas que comparten con ella ese interés. Además, tiene un grupo de amigas con las que se ve habitualmente para tomar café y ponerse al día de sus cosas. Mantiene una buena relación con su familia de origen y una relación de complicidad y muy cercana con su hija. En

estos momentos, y después de algunas relaciones de corta duración, no tiene pareja estable.

Es una persona detallista, a la que le gusta agradar y hacer la vida fácil a las personas que la rodean. Sin embargo, en el último año se siente, muchas veces, sola y con ganas de llorar. No sabe a qué atribuirlo. Y ha decidido consultar a una compañera, enfermera como ella, del Centro de Salud en el que trabaja. No son amigas, pero siempre le ha parecido una profesional honesta, creíble y discreta.

Caso 3. Salvador.

Salvador tiene 45 años, está casado y es padre de dos hijos preadolescentes (niño y niña). Junto a sus hijos y esposa constituyen una familia sin problemas aparentes.

Trabaja como ingeniero de telecomunicaciones en una empresa multinacional y disfruta de un nivel económico desahogado. Dedicar a su trabajo unas 12 horas diarias que, en buena parte, pasa frente a una pantalla de ordenador. Su esposa trabaja en casa, como autónoma, en temas relacionados con el diseño de interiores. Es ella quien se hace cargo de llevar a los niños a las actividades extraescolares, juntándose la familia al completo únicamente durante el rato de la cena, cuando llega Salvador (bastante cansado). Después de cenar se mete en cama y se queda dormido viendo televisión o algún vídeo en la "tablet". La sexualidad con su esposa se ha empobrecido a lo largo de los últimos años; pueden pasar meses sin tener relaciones. Y cuando lo hacen, son muy cortas y mecánicas. Tampoco hablan de ello.

Es un hombre elegante, limpio y perfumado. Cuida mucho su alimentación; en el trabajo es de los que come un único plato de menú y por la noche cena poco, algo de comida casera cocinada por su esposa o sólo fruta. Acude semanalmente al gimnasio y se mantiene en buena forma física. No tiene más aficiones conocidas. Desde hace unos meses, disfruta mucho dando largos paseos con el perro que la familia adoptó por capricho de su hijo mayor.

Le gusta beber una copa de vino durante las cenas; y los fines de semana, cuando se juntan con amigos, toma varias copas y acaba siempre con licores; le gusta el whisky. No tiene amigos íntimos, aunque sí una vida social intensa los fines de semana, principalmente con otros padres del colegio de sus hijos y con la familia de su esposa.

Desde hace un tiempo hace un uso esporádico de fármacos para el ánimo. Consulta tras un episodio de ansiedad, con cierta ideación suicida, que le ha asustado. En su visita al Centro de Salud se muestra educado y algo distante.

EPÍLOGO

El camino de la vida es el camino de la búsqueda activa de sentido de la vida.

Ramón Bayés.

En los últimos tiempos lloro con frecuencia. Es un llorar sosegado, tranquilo, y dulce. Especialmente me sucede cuando observo bondad y ternura. O agradecimiento sincero. Amor y compasión. Me conmueve la fragilidad, el esfuerzo, la lucha, la solidaridad. Ya sea en la realidad que me envuelve o en alguna de esas películas que me llegan al alma. Lloro también cuando comparto actos multitudinarios como conciertos o manifestaciones, y vibro al conectar ética, emocional, física, social y espiritualmente con esas canciones, con esas reivindicaciones, con esas emociones y con esas acciones. También lloré al final del taller de Girona que ha dado lugar a este artículo. La entrega y la pasión de las numerosas personas asistentes (profesionales del ámbito de la Medicina Familiar y Comunitaria), su firme y honesto compromiso asistencial con la ciudadanía, sus miradas tan limpias y puras me conmovieron. Y lloré feliz.

Poner mi granito de arena para “cambiar el mundo” a mejor me proporciona paz y serenidad. Y levanta y renueva mi estado de ánimo en estos tiempos de capitalismo depredador y de individualismo galopante. Intento poner ese humilde granito de arena en las aulas y en los escritos; en las conferencias y en los vínculos sociales (sólidos o débiles) que establezco. Decidiendo, además, decrecimientos felices (incluyendo los digitales) y austeridades alegres y compartidas. Y ejerciendo bondades prácticas y acciones éticas concretas. Por eso me emociono al leer a la etnógrafa Kristen Ghodsee hablando sobre las utopías cotidianas (34). Me apunto, entusiasmado, a su “*optimismo militante*” (en la línea del optimismo como decisión ética e ideológica que llevo años pregonando en foros sociosanitarios y educativos). Y me llega muy dentro su propuesta de “*esperanza radical*”, entendiendo además la esperanza como una emoción y una capacidad cognitiva que se puede ejercitar y entrenar. ¡Qué maravilla! Sí, necesitamos esperanza e ilusión. Para pasar a la acción

y para “cambiar el mundo” a mejor. Y, desde luego, prefiero el optimismo sano y lúcido al pesimismo sano y lúcido.

Me acerco a la vejez. He tenido una vida apasionada y apasionante. Con sus luces y sus sombras. Con sus días de vino y rosas y sus noches de abismos y culpas. Una vida creativa y estimulante. Amorosa y digna. Diría que razonablemente feliz y afortunada. Aspiro a una vejez y a una muerte que estén a la altura de esa vida. En ello estoy. Recientemente he entrado en contacto con la asociación “Derecho a morir dignamente” de Granada y he empezado a colaborar con ellos y con ellas. Gente magnífica cuya compañía me ennoblecce y cuyos objetivos comparto. Estando con ellos he recordado que la vida es un derecho, no una obligación; y que una muerte digna forma parte de una vida digna. Además, ya he reservado el lugar donde descansarán la mayor parte de mis cenizas. Y donde podrán visitarme, si así lo desean, mis seres más queridos. Nunca hubiera imaginado la serenidad que esta decisión me ha proporcionado. Y sí, confieso que este escrito que el lector / la lectora tiene entre sus manos, forma parte del “plan”. Gracias. Muchas gracias.

CONCLUSIONES

1. Una pregunta ética inicial: ¿Para qué? (¿Cuál es honestamente mi objetivo?) garantiza la bondad práctica de las intervenciones posteriores; tanto las dirigidas a la espiritualidad del propio profesional como las destinadas al acompañamiento de la espiritualidad de otras personas.

2. Una tabla de gimnasia emocional que se entrene diariamente ayuda a gestionar saludablemente pensamientos y emociones; y salvaguarda el trabajo espiritual propio y el éxito del acompañamiento espiritual posterior.

3. Una tabla de gimnasia social que constituya la base sólida de la comunicación con el ciudadano genera confianza mutua y logra “sembrar y recoger”

escucha, empatía, respeto, refuerzo y reconocimiento; en aras a facilitar una encuentro espiritualmente útil y gratificante, para el profesional y para el ciudadano.

4. Un cierre honesto de la entrevista (¿Cómo te sientes ahora?), que permita evaluar y evaluarnos, garantiza la mejora continua de la intervención y una salud ética del profesional a prueba de luces (éxitos y egos incluidos) y de sombras (miedos, dudas y errores incluidos).

5. Una suma que posibilita una felicidad más sostenible, la suma de hedonismo y eudemonía, acerca a los profesionales y a la ciudadanía al descubrimiento gozoso de sentidos vitales duraderos.

6. Una vida entendida como la obra de arte que cada uno y cada una decide, y que cada uno y cada una crea, recrea y narra, pueda dar sentido y dignificar la propia vida de forma fructífera, consistente y sanadora.

7. Una puesta al día del famoso "*Primum non nocere*" del juramento hipocrático, ayuda a recordar las cinco dimensiones de la salud, de la felicidad y del bienestar humano: como mínimo no dañar física, emocional, social, espiritual o éticamente.

8. Una decisión que da sentido a una vida: cambiar el mundo a mejor y disfrutar con el intento. En lo micro y en lo macro. En lo local y en lo global. En lo cotidiano y en lo extraordinario. En lo individual y en lo colectivo. En el presente y en el futuro.

9. Una tarea doble y fundamental para la salud espiritual de profesionales y ciudadanía: identificar los propios dones y talentos; y empoderarse para ser capaz de realizarlos con pasión y entusiasmo. En cuerpo y alma.

10. Sí, también la salud espiritual debe superar la prueba ética inicial e innegociable: ¿permite / facilita / potencia el logro del principal objetivo salubrista: el bienestar propio y el bienestar ajeno?

DESPUÉS DE LEER ESTE ARTÍCULO

Ruego que ahora, tras leer el artículo, el lector / la lectora recupere el breve cuestionario que ha completado hace un rato en el epígrafe “ANTES de leer este artículo”, y lo complete con las respuestas correspondientes al epígrafe “DESPUÉS de leer este artículo”.

Le recuerdo la triple cuestión planteada: Si pensamos en el concepto “salud espiritual” ...

1. ¿Qué tres IDEAS le vienen a la mente?
2. ¿Qué dos PREGUNTAS le sugiere dicho concepto?
3. ¿Qué METÁFORA asociaría al binomio “salud espiritual”?

Muchas gracias.

Revise con detenimiento sus nuevas respuestas: ¿Qué cambios se han producido entre el “antes” y el “después”? ¿Qué nuevas ideas y preguntas han surgido? ¿Qué nuevas metáforas se han creado? ...

Y ahora sí, por fin, les animo (queridas lectoras, queridos lectores) a pasar a la acción. Con bondad (hacia uno/a mismo/a y hacia los/as demás); con entusiasmo (dando el protagonismo que se merece ese dios que todos y todas tenemos dentro, según la etimología de este maravilloso término); y con entrenamiento (gozoso y motivador). Felizmente, el futuro está por escribir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benito E, Barbero J, M Dones (Eds.). Espiritualidad en clínica: Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Monografías SECPAL, Nº 6. Madrid: SECPAL; 2014.
2. Torralba F. Inteligencia espiritual. Barcelona: Plataforma Editorial; 2010.
3. Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder; 2005.
4. Bimbela JL. Salud espiritual. La cuarta dimensión. Arch Memoria [en línea]. 2016; (13 fasc. 2). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/13/13200.php>
5. Badanta B, De Diego R, Rivilla E. Influence of Religious and Spiritual Elements on Adherence to Pharmacological Treatment. J Relig Health. 2018;57(5):1905-1917.
6. De Diego R, Guerrero M. La influencia de la religiosidad en la salud: El caso de los hábitos saludables/no saludables. Cultura de los Cuidados. 2018;(52):167-177.
7. Amezcua C. Coaching espiritual. Madrid: San Pablo; 2016.
8. Bernal M. Espiritualidad en ciencias sociales y salud: Genealogía y usos de un término. Estudios Eclesiásticos. 2022;97(381-382):423-463.
9. Bimbela Pedrola JL. Prevención del suicidio. Una perspectiva salubrista. De lo individual a lo colectivo. Folia Humanística. 2023;3(2):1-23.
10. Marina JA. La inteligencia fracasada. Barcelona: Anagrama; 2004.
11. Mateo. Evangelio de Mateo, capítulo 22, versículo 39 En: VVAA. Biblia de Jerusalén. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2009.
12. Dejours C. La sublimación entre el sufrimiento y el placer en el trabajo [Internet]. Revista Santiago. Ideas, crítica, debate. Santiago de Chile; 2017. Disponible en: <https://revistasantiago.cl/pensamiento/la-sublimacion-entre-el-sufrimiento-y-el-placer-en-el-trabajo/>

13. Bimbela JL. La educación de la ciudadanía y de los profesionales. En: Martín Urrialde J.A. (coord.). Decálogo ético para la humanización y el uso de tecnologías en salud. Madrid: Fundación Universitaria San Pablo CEU; 2025.
14. Infante E. Ética en la calle. Barcelona: Ariel; 2025.
15. Bimbela JL. Gimnasia Emocional. Pasamos a la acción. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008. Disponible en “El Blog de Bimbela”: <https://www.easp.es/web/bimbela/>
16. Camprubí J. Un nuevo marco conceptual en el tratamiento de la drogadicción. Gaceta Sanitaria. 1987;1(3):95.
17. Heath I. Prevención excesiva que pone en riesgo la atención. AMF. 2025;21(7);380-381.
18. Bimbela JL. Gimnasia Social. La práctica. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2009. Disponible en “El Blog de Bimbela”: <https://www.easp.es/web/bimbela/>
19. Bobin C. La presencia pura. Bilbao: Ediciones el Gallo de Oro; 2017.
20. McSherry W, Ross L (Eds.). Spiritual Assessment in Healthcare Practice. Keswick: M&K Publishing; 2010.
21. Bimbela JL. Cuidando al profesional de la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2007 (8ª ed.). Disponible en “El Blog de Bimbela”: <https://www.easp.es/web/bimbela/>
22. Esquirol JM. La escuela del alma. Barcelona: Acantilado; 2024.
23. Esfahani E. El arte de cultivar una vida con sentido: Los 4 pilares para una existencia rica y satisfactoria. Barcelona: Urano; 2017.
24. Un experto propone un concepto de la salud basado en dotar de sentido a la vida de los pacientes [Internet]. El Día.es. 2009. Disponible en: <https://canal.ugr.es/wp-content/uploads/2009/05/pdf21215.pdf>
25. Herrero M. Cómo Santa Teresa me acompañó al sufismo. Barcelona: Fragmenta; 2018.
26. Fancourt D, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Health Evidence Network Synthesis

- Report 67. Copenhague: World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe; 2019.
- 27.semFYC. docTutor. Boletín de Educación Médica [Internet]. Disponible en: <https://www.doctutor.es/>
- 28.RedPAL. Terapia de la Dignidad. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2022. Disponible en: <https://www.redpal.es/terapia-de-la-dignidad/>
- 29.Bayés R. Un largo viaje por la vida. Barcelona: Plataforma Actual; 2020.
- 30.Bimbela JL. Bondad práctica y radical: Yo conmigo, yo contigo, nosotros y nosotras. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2023.
- 31.Bimbela JL. El miedo, más contagioso que el Ébola, se ha instalado en nuestras vidas. Arch Memoria [en línea]. 2015; (12 fasc. 3). Disponible en: <http://www.index-.com/memoria/12/12300.php>
- 32.Bimbela JL, Bernal M. Casos prácticos. Curso Promoción de la Salud Espiritual. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2019.
- 33.Bimbela JL. Cuidando al formador. Habilidades emocionales y de comunicación. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2007 (2ª ed.). Disponible en “El Blog de Bimbela”: <https://www.easp.es/web/bimbela/>
- 34.Ghodsee K. Utopías cotidianas: Lo que dos mil años de experimentos pueden enseñarnos sobre vivir bien. Madrid: Capitán Swing; 2024.

José Luis Bimbela Pedrola.

(a) Doctor en psicología. Psicólogo salubrista. Profesor asociado Escuela Andaluza de Salud Pública. Editor de “El Blog de Bimbela”.

Cómo citar este artículo:

Bimbela Pedrola JL. Incorporando la dimensión espiritual en la consulta. De la evidencia científica a la práctica clínica pasando por la experiencia vivencial. *Folia Humanística*. 2026;5(3):36-59. Doi: <https://doi.org/10.30860/0130>.

HISTORIAS EN PAPEL

Torres Jiménez JI.

Resumen: Las historias clínicas son narrativas de las vidas de los pacientes, y a la vez textos con un contenido literario y una cronología. Hay en ellas datos interpretados e interpretables, y observaciones muy personales del profesional médico. La llegada de la historia clínica electrónica trajo consigo grandes ventajas (mayor fiabilidad de los datos, explotación para revisiones e investigación, automatización de la información, legibilidad del texto independientemente del profesional...), pero en alguna medida se perdió esa personalización intelectual, lingüística y literaria de las historias en papel. Sea este texto un homenaje a todos aquellos que nos precedieron, a sus letras, a sus pensamientos, emociones y reflexiones.

Palabras clave: *Historia clínica, Historia clínica electrónica, Profesional de la medicina, Narrativa.*

Abstract: STORIES ON PAPER

Medical records are narratives of patients' lives, and at the same time texts with literary content and a chronology. They contain interpreted and interpretable data, as well as highly personal observations by the medical professional. The advent of electronic medical records brought with it significant advantages (greater data reliability, use for reviews and research, automation of information, text legibility regardless of the professional...), but to some extent, the intellectual, linguistic, and literary personalization of paper records was lost. May this text be a tribute to all those who came before us, to their words, their thoughts, emotions and reflections.

Key words: *Medical record, Electronic medical record, Medical Professional, Narrative.*

Artículo recibido: 23 marzo 2025; aceptado: 19 abril 2025.

Es preciso reconocer la huella del otro en nosotros, pero no desde el vacío.

Ana Carrasco-Conde.

Fue en febrero de 2002 cuando empezamos a utilizar la historia clínica electrónica en el Centro de Salud. Entonces, trabajaba en Burgos, concretamente en el barrio de Gamonal, en una consulta vecina a la iglesia gótica de Santa María la Real y Antigua.

Aquello supuso un gran cambio para todos. Para los más veteranos, que se resistían por no haber visto un ordenador en su vida, y para los jóvenes, que lo esperábamos como agua de mayo.

De forma progresiva fueron desapareciendo de nuestras mesas las enormes carpetas familiares con los problemas de salud de nuestros pacientes.

La letra de los médicos se hizo comprensible, disminuyendo los errores de interpretación, y resultaron más sencillas de reconocer las tareas realizadas y las que quedaban pendientes. Verde y rojo respectivamente; no podía ser de otro modo, porque el color verde es el primero que se cita en la Biblia, concretamente en el Génesis.

Nos adaptamos a los diferentes programas que fueron llegando y fuimos incorporando las herramientas informáticas a la práctica clínica habitual como si toda la vida se hubiera hecho así.

Han pasado más de veinte años, y aquí seguimos. Intentando dar lo mejor para nuestros pacientes y buscando la manera de compatibilizar el ordenador con la escucha activa y la mirada atenta que los maestros nos enseñaron, lo que supone combinar un difícil equilibrio de datos y relatos.

Todo esto me viene a la memoria mientras pienso en el destino de tantos folios de papel escrito, de montones de miles de páginas con información confidencial empleadas en las difíciles tareas de diagnosticar y tratar enfermedades destruidas para siempre, huérfanas de su propia intrahistoria.

Recuerdo el exterior de aquellas carpetas gruesas con pegatinas y etiquetas de diferentes colores en función del médico asignado a cada paciente y familia. En el mismo archivador del frío sótano se mezclaban azules y amarillas, verdes y rojas, naranjas, marrones, negras... todas ordenadas y clasificadas.

Y me pregunto, ¿dónde habrán ido a parar mis historias con esa letra menuda que intentaba ser legible y estética a la vez? ¿Y aquellos análisis pasados al papel con el tampón que había diseñado con la intención de hacer más sencilla la búsqueda de información en medio del caos literario habitual de los médicos?

Serán ceniza, o quizás polvo. Me gustaría pensar que se transformaron en cuentos de hadas y gigantes, cuadernos escolares o páginas de libros.

Esa fue la primera pérdida de historias en papel que he vivido. Sin duda, la menos dolorosa, porque, aunque con el tiempo se destruirían las ideas vertidas en tinta que contenían temores, reflexiones, diagnósticos y tratamientos, poco a poco serían sustituidas por otras en la historia informatizada, quizás más fría e impersonal, pero a la vez más eficaz.

Hace mucho tiempo que no paso por allí. Pensé en aquel lugar en el que transcurrieron casi veinte años de mi vida profesional mientras leía “Gamonal: En el eco de un mismo recuerdo”, un cómic que refleja los hechos acontecidos en 2014. Una pequeña y exitosa revolución ciudadana que trascendió en los medios de comunicación a nivel nacional. La historia de siempre. Yo había estado al lado de esa gente trabajadora, sencilla y honesta desde mi consulta que miraba a la calle Eladio Perlado.

La segunda fue más difícil, porque trajo consigo un dolor más personal, más íntimo; tanto que al escribir sobre ello siento en mi tórax y abdomen una presión incómoda.

El traslado forzoso a Madrid por razones familiares me obligó a cerrar mi consulta de Burgos. Y a destruir tantas historias minuciosamente elaboradas que contenían satisfacciones, conocimientos y aprendizaje de años.

Vidas enviadas a la máquina comedora y destructora de papel. Narraciones largas y personalizadas, información valiosa para sus protagonistas: pacientes, familiares y médicos. Miles de horas, de esfuerzo, de estudio, de relatos, enviadas al limbo para siempre.

Aquel recoleto lugar, con su diminuta sala de estar decorada con cuadros y llena de juegos y cuentos, en el que tanto aprendí y disfruté, se vació en pocos días de libros de estudio, revistas de medicina, muebles, músicas, juguetes y recuerdos. Y desde el pequeño balcón engalanado con las flores de Arancha fijé la mirada en las

calles estrechas de la vieja ciudad mientras me despedía de todo para emprender una nueva vida. Sin tanto y con tan poco. Todo por rehacer. Necesitando sobre todo rehacerme.

De ello hace más de diez años, y muy pronto llegará el día en el que se cumpla ese mismo periodo de tiempo de la última pérdida, la más valiosa.

Inmerso en estos pensamientos bajo por la calle de Alcalá desde José Arcones Gil, donde he impartido un curso a los médicos residentes, y en todo el largo trayecto hasta casa solo encuentro una librería. Entro en ella, y aunque no tienen el libro que busco, felicito a la dueña, una señora mayor; y le doy las gracias por tener el valor de pertenecer a ese hermoso oficio. Continuo el paseo entre restaurantes de comida rápida, tiendas de todo a cien, bancos y locales de telefonía móvil. ¡Es lo que hay!

Con la muerte de mi padre nos tuvimos que enfrentar cara a cara a toda una vida de trabajo plasmado en las historias de papel archivadas en su despacho. Aquella habitación que antes de consulta había sido lugar de estudio durante la carrera de medicina, de meriendas y de música.

Música que me había acompañado en los buenos y en los malos momentos: Haendel, Bach, Haydn, Mozart, bossa nova, jazz, pop y rock de los 60 a los 80. Es decir, muy buena música. Placer, diversión y aprendizaje fundidos en uno.

Era, por tanto, un lugar cálido, en el que había compartido con los amigos de aquí y los de allá, donde fuera que estuvieran. Además de cantar y bailar, habíamos tomado tortitas con nata, coca-colas, cervezas y bocatas mientras recitábamos los músculos del cuello o los huesos de la mano.

Vaciar aquel lugar era por lo tanto una tarea ardua en peso, volumen y emoción, porque entre el polvo a través de la luz filtrada por la ventana aparecieron

como de ensalmo más de cincuenta años de esperanzas, dolores y muerte guardadas en armarios y cajones esperando a ser destruidas.

Miraba con detenimiento, sin poder contener las lágrimas, buscando sentido y destino a esas narraciones únicas por su meticulosidad, precisión, descripción y exhaustividad. Eran escritos de otro tiempo, que fueron admiración de colegas y discípulos.

Y no sabía cómo afrontar su pérdida, porque en esa letra y en aquella firma estaban grabados mi pasado y mi presente. Presente y pasado envueltos en el polvo que cubría textos, pruebas analíticas, imágenes radiológicas, artículos de revistas, facturas, documentos oficiales, carnés, telegramas, fotografías, estampitas, cartas manuscritas, que dejaban mis manos incapaces de abarcarlo tiznadas de negro.

Pensé en sus dedos diminutos, precisos y, de la sensorialidad surgieron los versos de Cummings que hice míos, ya que nadie, ni siquiera la lluvia, tenía unas manos tan pequeñas.

Fui desgarrando todos aquellos papeles minuciosamente, del mismo modo en que lo habría hecho él, muy poco a poco; mirándolos de soslayo como si fueran parte de un tesoro inaccesible mientras llenaba las cajas de cartón destinadas a una empresa de destrucción de documentos.

El presente es un lugar, y el pasado y el futuro son sencillamente otros lugares, pero yo los habitaba a la vez mientras en el aire mis manos componían un gran puzle de mi padre formado por letras e imágenes a la manera constructivista de Joaquín Torres; y de aquellos papeles en su vuelo desgarrado salían las notas intensas, cada vez más agudas, del piano de Erroll Garner.

Miré por la ventana. Llovía. Las lágrimas mojaban mis mejillas y la lluvia los cristales ya gastados tras la cortina azul. Entonces, tiznado de cuerpo y alma me di cuenta de que las lágrimas y la lluvia tenían el mismo fin; limpiarnos, y en un acto creador, devolvernos la esperanza.

José Ignacio Torres Jiménez.

Médico de Familia. Centro de Salud Montesa (Madrid).

Cómo citar este artículo:

Torres Jiménez JI. Historias en papel. *Folia Humanística*. 2026;5(3):60-65. Doi:

<https://doi.org/10.30860/0131>.

© 2026 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

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

González Blasco P, Moreto G, Levites MR.

Resumen: Clint Eastwood, a sus 94 años, ya ha transitado por muchos mundos. Cada vez más humanos, más densos. Su amor por el cine, la progresiva mejora en calidad y su gusto por las historias que merecen ser reveladas hacen de Clint un trabajador incansable con una trayectoria que revela valores y actitudes que forjan la personalidad. En este artículo se comentan 12 películas donde la sabiduría que se acumula con los años y la serena prudencia de la madurez es el tema, común y progresivo en cronología, de las películas del director californiano. Una historia repleta de valores y actitudes que hacen pensar, y pueden contribuir en la formación médica: la de los veteranos y las de las nuevas generaciones.

Palabras clave: *Educación médica, Profesionalismo, Valores, Personalidad, Humanismo médico, Clint Eastwood.*

Abstract: CLINT EASTWOOD'S CINEMA: ILLUMINATING VALUES THAT SHAPE PERSONALITY AND CONTRIBUTE TO MEDICAL EDUCATION

Clint Eastwood, at the age of 94, has already travelled through many worlds. Each one more human, each one denser. His love for cinema, the progressive improvement in quality and his appreciation for stories worth revealing make him a tireless worker with a career that reveals values and attitudes that shape personality. This article discusses 12 films in which the wisdom accumulated over the years and the serene prudence of maturity are the common and progressive chronological theme of the Californian director's films. A story full of thought-provoking values and attitudes that can contribute to medical education of both veterans and the new generations.

Key words: *Medical education, Professionalism, Values, Personality, Medical humanism, Clint Eastwood.*

Artículo recibido: 29 septiembre 2025; aceptado: 7 diciembre 2025.


Nota editorial. Sirva la publicación de este artículo como póstumo homenaje a Pablo González Blasco, que falleció el 29 de septiembre de 2025. Fundador de la Sociedad Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA-Educación Médica y Humanismo) y colaborador de Folia Humanística, nos deja innumerables artículos, libros y su blog literario (<https://pablogonzalezblasco.com.br/es/>), testimonio de tantas lecturas minuciosas y sabias.

Acompaño la producción cinematográfica de Clint Eastwood hace muchas décadas, tanto en la dirección como cuando se anima a actuar además de dirigir la película. Y siempre que llega la noticia de que está rodando otra película –es decir, aquella anterior no era la última, como muchos vaticinaban– ya no me sorprende. Solo va a parar cuando lo entierren. Su amor por el cine, la progresiva mejora en calidad y su gusto por las historias que merecen ser reveladas hacen de Clint un trabajador incansable. Y por mi parte, lo confieso sin ningún pudor, soy un fan incondicional del director californiano.

Clint Eastwood, a sus 94 años, ya ha transitado por muchos mundos. Cada vez más humanos, más densos. Un hombre de esa edad tiene claras sus prioridades y va tras lo que realmente importa. El resto es desechable. Ver una película de Clint Eastwood, a estas alturas, provoca una reflexión y una obligación casi moral de escribir estas líneas. El culmen de una larga amistad (como diría el Inspector Renault al final de Casablanca (1)) que, al revisar lo mucho visto, pensado y escrito –insisto, no consigo dejar de escribir a golpe de las reflexiones que me provoca– descubro un camino sugerente y provechoso. Una trayectoria que revela valores y actitudes que forjan la personalidad.

Esta reflexión, donde comentamos algunas de las películas de Eastwood –no todas porque ultrapasaría el presente objetivo– destacará los valores que también pueden contribuir en la formación médica, la cual es, al final, nuestra ocupación profesional como médicos y profesores.

UNA PROVOCATIVA INMERSIÓN EN LA CONCIENCIA DE CADA UNO: *JURADO Nº 2* (2)

Jurado Nº2 (2)	
	<p>Sinopsis: Justin Kemp, un hombre de familia, se encuentra luchando con un serio dilema moral mientras forma parte de un jurado en un juicio por asesinato... uno que podría utilizar para influir en el veredicto del jurado y potencialmente condenar (o liberar) al asesino acusado.</p> <p>Dirección: Clint Eastwood.</p> <p>Reparto: Nicholas Hoult. Toni Collette. J.K. Simmons. Kiefer Sutherland. Chris Messina. Zoey Deutch. Cedric Yarbrough. Gabriel Basso.</p> <p>2024. USA.</p> <p>Título original: Juror #2. Duración. 110 min.</p> <p>Productora: Warner Bros. Malpaso Productions.</p>

No es sencillo intentar resumir aquí lo mucho que se puede aprender con el cine de Eastwood. Y, como hay que empezar por algún lugar, quizá lo mejor sea volcarse en su última película, *Jurado Nº 2*: una valiente inmersión en la propia conciencia. Eso es la película: un paseo por la conciencia de todos y cada uno de los personajes. El agente de policía, que es miembro del jurado. El abogado defensor. El fiscal. El Jurado número 2. Y los actores secundarios también. Y cuando sale del diálogo con la conciencia de uno, transita a la conciencia del otro. Y obviamente, termina entrando en la conciencia del espectador.

Una película superior, provocadora e impactante. Una película necesaria que agrada no tanto por el impacto cinematográfico sino por la densidad de contenido. Te hace pensar y te sumerge en diálogos con tu propia conciencia. Es bueno aclarar esto, porque es el objetivo principal de la película. Si lo que quieres es ver una película limpia, digamos aséptica, es decir, que no te contamine, ésta ciertamente no es una buena opción. Te agarra, te sacude, revuelve tu interior, te transforma. Recordé lo que uno de los biógrafos del Cardenal Newman (3) comenta sobre este humanista inglés

y su famoso brindis: “*Si me viera obligado a sacar a colación un tema de religión para un brindis después de la cena –algo que no siempre me parece apropiado–, brindaría por el Papa, si eso es lo que desean los comensales; pero antes del Papa, brindaría por la conciencia*”. Newman, un buscador insaciable de la verdad.


Susanna Tamaro, en aquella inolvidable novela (“Donde el corazón te lleve”) (4), da una pista magnífica que exige reflexión. La escritora italiana señala: “*El único amo existente, el único amo verdaderamente confiable, es nuestra conciencia. Para encontrarla, necesitamos estar en silencio –solos y en silencio–, necesitamos estar desnudos sobre la tierra desnuda, sin nada a nuestro alrededor, como si ya hubiéramos muerto. Al principio, no percibimos nada más que miedo, pero luego, en el fondo, empezamos a oír una voz distante, una voz silenciosa que incluso puede irritarnos con su banalidad*”. Silencio, quietud, calma, serenidad. Condiciones para un diálogo fructífero con la conciencia.

Éste es, quizás, un punto que explica la epidémica falta de autoconocimiento, fruto de la falta de diálogo frecuente con la conciencia: la ausencia de silencio. Miedo, verdadero terror, al silencio. Pascal dijo una vez que muchos de los males del mundo provienen de la incapacidad del hombre de retirarse a su habitación en silencio y pensar con calma. Evitamos el silencio a toda costa. No sólo por el ruido del exterior, sino por el que nosotros mismos provocamos: desde la música constante en el coche, la televisión encendida al llegar a casa para estar más cómodos, hasta el ruido interno, sordo, que creamos a través de nuestra interacción constante con mensajes, redes sociales y todas las variaciones sobre el mismo tema. Somos incapaces de estar “sanamente desconectados”, disfrutando del silencio. Obviamente, el diálogo con la conciencia no tiene espacio en este escenario.

El diálogo silencioso con nosotros mismos, el frecuentar la propia conciencia, la capacidad de pensar –idea magníficamente descrita en la película de *Hannah Arendt* (5)– es lo que nos impide caer en lo que la pensadora alemana llama la

banalidad del mal: el mal perpetrado por personas normales (no demonios malvados) que sencillamente han dejado de pensar, de frecuentar el diálogo con su conciencia.

GUSTO POR EL CASO CONCRETO, MÁS ALLÁ DE LOS PROTOCOLOS: *EL INTERCAMBIO* (6)

El intercambio (6)	
	<p>Sinopsis: Los Ángeles, 1928. Christine Collins (Angelina Jolie) es una madre soltera cuyo hijo desaparece sin dejar rastro. Algunos meses después, la policía le comunica que ha encontrado al niño, pero, nada más verlo, Christine se da cuenta de que no es su hijo. Sin embargo, está tan confundida que se lo lleva a casa, aunque exige que continúe la búsqueda de su verdadero hijo. Tachada de loca e incapacitada por la policía, por fin encuentra un aliado en el reverendo Briegleb (John Malkovich), que la ayudará en su lucha.</p> <p>Dirección: Clint Eastwood.</p> <p>Reparto: Angelina Jolie. John Malkovich. Jeffrey Donovan. Colm Feore. Amy Ryan.</p> <p>2008. USA.</p> <p>Título original: Changeling. Duración. 141 min.</p> <p>Productora: Malpaso Productions.</p>

Tanto en el mundo corporativo, como en la educación, los protocolos y procesos pasan a asumir el protagonismo. No se puede negar el progreso que esto implica protegiendo de opiniones no siempre científicas, garantizando un mínimo de calidad. Pero, al mismo tiempo, puede ser un camino que bloquee la creatividad, y se pierda el gusto –y la mirada atenta– para el caso concreto que siempre supera cualquier regla protocolar. Y esto nos lleva a *El Intercambio* (6).

Dirigida por Eastwood, una película donde John Malkovich interpreta al reverendo Briegleb, un pastor que dedica sus mejores esfuerzos a combatir la corrupción de las autoridades de Los Ángeles y a defender a su rebaño de fieles de

las garras de esos delincuentes: "*He hecho de la lucha contra la corrupción la misión de mi vida*", le dice a Christine, en un intento de ayudarla. Ella, siempre discreta, sabe ponerse en su lugar y dice: "*No tengo ninguna misión, reverendo. Solo quiero que me devuelvan a mi hijo*". Esta mujer, aparentemente sin misión, que busca lo concreto, acabará cambiando la sociedad, desenmascarando injusticias, ayudando a las personas que se crucen en su camino con una eficacia contundente.

En nuestros días la palabra misión está muy desgastada. Tenía cierto sentido cuando antes "misión" se entendía como algo que marcaba el tono de toda la vida de una persona. La misión sería –para utilizar un lenguaje actual– la práctica vocacional de cada uno, su "modus vivendi". Hoy en día, el término "misión" no es más que el título de un eslogan que las empresas cuelgan en el hall de entrada, buscando impresionar a los clientes y hacerles creer que los miembros de esa organización están siempre guiados por valores nobles. Nada más que un estribillo de sentido confuso, lleno de clichés, que el mundo corporativo utiliza como tarjeta de visita.

De la misión –que nos animan a cumplir como si la empresa en la que trabajamos fuera un equipo– pasamos a la "visión", que nos aseguran ser el esbozo de un nuevo mundo. Otro golpe de efecto. Y así nos perdemos en palabras sin sentido, en "misiones" que nos ocupan en horario laboral, con derecho a bonos y dividendos, y que olvidamos fácilmente ante la primera oferta laboral tentadora. Así es como, con nombres muy modernos y globalizados, el mundo corporativo se apodera de palabras que significan actitudes vitales y las exprime hasta dejarlas disecadas, sin vida, plásticas. Nos perdemos en reuniones estratégicas, proyectos de gestión, retiros corporativos y encuentros motivacionales, pero no logramos abordar el verdadero núcleo de la cuestión: el compromiso, el único elemento capaz de retomar verdaderamente la verdadera misión de vida de cada persona.

Los diagnósticos de los problemas son periféricos y recaen sobre procesos que se consideran deficientes. De ahí surge la lucha por la certificación, la obsesión por la calidad. Surgen comisiones y consultorías, se investigan detalladamente los

pasos de los llamados “procesos” y se califican las instituciones. Pero a la gente nunca la tocas. No es que en todo esto falte buena voluntad; lo que falta es profundidad, y quizá hay mucha ingenuidad, pues el sistema pretende compensar lo que, en último término, es un defecto individual –de la persona, de cada uno de nosotros–, que debe remediarse con compromiso y responsabilidad personal.

Es el amor por lo concreto, por la persona, de donde surge el liderazgo femenino de la película. Y a través de este liderazgo –perfectamente centrado en el tema en cuestión– es posible diseccionar las situaciones, revelar las verdades y hacer de la ética un elemento doméstico y cotidiano. ¿Ejemplos? Muchísimos. Mi maestra de primaria, que siempre elogiaba las limosnas que los niños (con la ayuda de sus padres, por supuesto) daban a los hambrientos de África, solía sugerir antes del recreo: *“Además de la limosna, comparte la merienda que llevas en la mochila con tu compañero. Los niños hambrientos de África están un poco lejos, pero tu compañero está ahí al lado”*. Parece que el comienzo de los cambios para acabar con la hipocresía corporativa podría venir de lo que una vez me dijo una estudiante de medicina: *“No quiero que la universidad me haga olvidar lo que aprendí de mi abuela”*.

Gusto por lo concreto, llamar a las cosas por su nombre. Hace unas semanas participé en una reunión con la Junta Directiva de un hospital. Problemas que surgen, equipos médicos que no se llevan bien, procesos poco claros. Una de las médicas, la más joven del equipo, pidió la palabra. Con delicadeza, pero con claridad, verbalizó lo que todos pensábamos, pero nadie decía: *“Lo que necesitamos es compromiso. Necesitamos profesionales que aborden los problemas, que no los dejen de lado. La gente no quiere comprometerse, y así no llegaremos a ninguna parte”*. La reunión continuó, se tomaron decisiones, se habló duro y, al final, la compañera fue elogiada por el Superintendente, quien le agradeció una sinceridad que hizo el camino más fácil para todos.

EL ENCANTO DE LO COTIDIANO, HEROÍSMO ENVUELTO EN NORMALIDAD: 15:17 TREN A PARÍS (7)

15:17 Tren a París (7)



Sinopsis: En la tarde del 21 de agosto de 2015, tres jóvenes americanos que viajaban por Europa se enfrentaron a un terrorista en un tren con destino a París, con 500 pasajeros a bordo. La película narra el curso de las vidas de estos amigos, desde los avatares de su niñez para encontrar su destino, hasta la serie de eventos que precedieron al ataque. A lo largo de esta desgarradora experiencia, su amistad nunca flaqueó, convirtiéndola en su mejor arma.

Dirección: Clint Eastwood.

Reparto: Spencer Stone. Anthony Sadler. Alek Skarlatos. Judy Greer. Jenna Fischer. Ray Corasani. Tony Hale. 2018. USA.

Título original: The 15:17 to Paris. Duración: 94 min.
Productora: Malpaso Productions.

Otra película que nos lleva más allá de los protocolos, destacando el heroísmo de la normalidad cotidiana, con Eastwood en la dirección. Los héroes son personas comunes y corrientes, o incluso por debajo de la media. Eastwood describe con detalle los entresijos de la historia: la amistad de estos tres personajes, los problemas a los que se enfrentaron en el colegio como niños no adaptados, con déficit de atención, criados sólo por sus madres, en fin, lo que las evaluaciones habituales nos hacían suponer que eran personas problemáticas, inadaptadas. Éste es el núcleo de la película. El viaje y el acto heroico son sólo consecuencia, con pocos minutos de rodaje, que reflejan lo que fue en realidad: una acción rápida, realizada sin ninguna pericia especial, sin acciones espectaculares ni agentes entrenados. Pero eficaz y con resultados, que es lo que importa.

Parece que la negación de lo evidente –un acto heroico con riesgo de la propia vida– debido a protocolos y medidas evaluativas es un desafío irresistible para Clint. Ahí es donde entra, decide hacer la película y, atención, llama a los propios

protagonistas para que actúen en la película. En otras palabras, no son actores los que interpretan a los tres amigos que evitan la tragedia: son ellos mismos, interpretando sus propias vidas. Los actores son el resto: los pasajeros del tren y los amigos cuando eran niños. Es como si el viejo director californiano, al rendir homenaje a sus compatriotas, se dijera: dejemos ya de lado esta estupidez de no querer ver lo evidente. Liberémonos de estas reglas y medidas, de esta visión ridícula que juzga las vicisitudes de la vida escolar, que son cosas normales, como patológicas y sospechosas.


Necesitamos facilitar una vida sana, siempre que sea posible, y eso es lo que los médicos intentamos hacer. Pero hay que hacerlo con buen humor, restando importancia a los problemas, intentando comprender las limitaciones y miserias que todos los seres humanos llevamos a cuestas. Ahora bien, convertir la vida en una lucha contra la patología –ver enfermedades y disfunciones en todas y cada una de las variantes de la vida– es una locura. Recuerdo aquella canción de Julio Iglesias que decía algo así como “*de tanto correr por la vida, y buscar soluciones, me olvidé de vivir*”. Pues eso, mucho correr para no vivir; árboles en multitud que no te dejan ver el bosque.

Vivimos inmersos en un mundo de evaluaciones y medidas, protocolos y pautas que pueden ayudarnos a encontrar nuestro camino. Pero, muy a menudo –sobre todo en el ámbito de la educación que conozco desde mi profesión– el camino se vuelve rígido, inflexible, no muestra ninguna piedra y se esfuerza por ignorar las montañas, los valles, otros accidentes del terreno... porque no están incluidos en el mapa. Estos educadores se dedican a los mapas –en el ultramoderno formato Google Earth– pero desconocen por completo el territorio. Y cuando nos detenemos a ver lo que hemos estado haciendo, nos encontramos mirando mapas, como si fuera una batalla naval, y nos olvidamos de la gente. Es normal: la cartografía plana es manejable, mientras que los seres humanos siempre sorprenden. Pero es precisamente de la sorpresa donde puede surgir la novedad, la actitud heroica, el

esfuerzo inesperado y los resultados favorables. Guiados por esas variables no cuantificables que son la libertad humana, la creatividad y la fuerza de voluntad.

Tenemos que medir y evaluar a los estudiantes; es lo que hoy exige la educación moderna, la dirección y las reglas oficiales. Y con ello se hace cuesta arriba recuperar el vigor de la vida, el encanto de la realidad, la verdadera pasión por educar. Como dice con elegancia y fina ironía, Daniel Pennac (8), el educador francés políticamente incorrecto, cuando afirma: “*¡Qué pedagogos éramos cuando no nos preocupábamos de la pedagogía!*”.

LA CAPACIDAD CREATIVA DEL FACTOR HUMANO: SULLY (9)

Sully (9)	
	<p>Sinopsis: Chesley “Sully” Sullenberger es un piloto aéreo que en 2009 se convirtió en un héroe cuando, al poco de despegar, su avión se averió y logró realizar un aterrizaje forzoso del aparato en pleno río Hudson, en Nueva York, con 155 pasajeros a bordo.</p> <p>Dirección: Clint Eastwood.</p> <p>Reparto: Tom Hanks. Aaron Eckhart. Laura Linney. Anna Gunn. Autumn Reeser. Sam Huntington. Jerry Ferrara.</p> <p>2016. USA.</p> <p>Título original: Sully. Duración: 96 min.</p> <p>Productora: Warner Bros Village Roadshow Malpas Productions</p>

Con Sully, Clint se distancia definitivamente de los protocolos que amputan la creatividad. Una historia real, con mucho mérito, de la cual Eastwood se enteró, pero por lo que comentó después, no despertó su inspiración cinematográfica. Sólo más tarde, cuando sabe que el piloto héroe, que había salvado a todos los pasajeros y a la tripulación con un aterrizaje sin precedentes y arriesgado, tuvo que responder a una

demanda para justificar la hazaña y su éxito, fue cuando despabiló y se propuso montar esta película imperdible.

Un hombre realiza una hazaña, salva a todos los que viajaban en el avión siniestrado y tiene que dar innumerables explicaciones por no haber seguido los procedimientos establecidos por las normas de seguridad. Se monta un auténtico circo de investigaciones y nadie parece recordar que, en circunstancias similares, el único interlocutor disponible suele ser la caja negra, cuando consiguen rescatarla de los restos del avión. Aquí tenemos a la tripulación al completo, los 150 pasajeros, pero parece que nadie se da cuenta... de este detalle. Un absurdo que inquieta y hace pensar, porque es un reflejo de nuestro mundo moderno. Éste es el tema de la película y el mensaje del director. Un mundo que sólo ve lo estandarizado y medido, incapaz de lidiar con los éxitos inesperados e imprevistos.

Como profesor de medicina, en mi actividad habitual cada día me expongo a dilemas que la película plantea de forma provocadora. Vivimos en tiempos de creciente tecnología, de avances científicos de innegable valor, pero hemos perdido el sentido común de la dimensión humana. Y esto se hace evidente a la hora de evaluar a los estudiantes y certificar sus cualificaciones profesionales. El tema candente de la educación médica hoy en día está integrado por procesos medibles – que miden, más o menos, conocimientos y habilidades– de forma estandarizada. Se crean laboratorios de simulación, se contratan actores para simular enfermedades (para que todos los estudiantes tengan el mismo reto diagnóstico y una respuesta estandarizada), pero se desconoce por completo el mundo real del paciente que sufre y hace kilómetros de cola a las puertas del hospital. Y cuando a este estudiante (que paga cantidades exorbitantes para acudir a la facultad de medicina) se le ofrece la oportunidad de ver al paciente real, surge la sorpresa y la fascinación... de ser médico.

Recuerdo una conversación de hace más de dos décadas con un viejo profesor durante una conferencia de Educación Médica. *“No os engañéis –decía–. Hay mucha gente aquí que nunca ve pacientes ni habla con estudiantes, pero son*

ellos quienes gobiernan todo este sistema de educación médica". Porque la fría y dura verdad es que los teóricos son buenos para crear protocolos, pero ineptos para cualquier tipo de creatividad que pueda superar sus expectativas mensurables. Al igual que los ingenieros de la película son expertos en analizar desastres, pero quedan completamente desorientados cuando se produce un éxito imprevisto.

Ante los argumentos extremadamente sensatos del comandante Sully: *"Analizáis todo desde el punto de vista de la computadora; nuestra reacción fue humana, así que humanicemos el análisis"*, recordé las duras palabras de Lewis (10): *"Extirpamos el órgano y exigimos la función. Desanimamos a los hombres y esperamos de ellos virtud e iniciativa. Nos burlamos del honor y nos extraña ver traidores entre nosotros. Los castramos y exigimos que sean fértiles"*. La estandarización, que garantiza que podemos medir resultados de manera satisfactoria (satisfacer el informe, nunca la vida), produce una castración total de la creatividad, amputa la iniciativa. Es seguridad estéril, eso sí, con certificaciones internacionales.

No hay como permanecer confortablemente en este proceso. En los últimos años, grupos de investigadores y educadores médicos, los mismos que sacaron a la luz el método del caso y la Medicina Basada en Evidencia (de innegable utilidad), empiezan a sospechar que falta algo. Se inicia un debate, casi un movimiento, en torno a lo que llaman "Gut Feelings", que podríamos traducir como sensación de las entrañas, o en nuestra lengua, corazonadas (11). No basta la evidencia, ni el caso estándar (que garantiza un modelo fijo para evitar variaciones individuales), sino que es necesaria la intuición, el instinto, las razones del corazón, como decía Pascal. Sin miedo a la variación individual, porque la vida es, de hecho, variada, sorprendente y, por tanto, encantadora. Y para responder a los desafíos de esta variedad, se necesita arte y creatividad.

Recordé –y todavía intento poner orden en la infinidad de ideas que se agolpan como consecuencia de la película– la conversación entre Robin Williams y Matt Damon en aquella formidable película, *El indomable Will Hunting* (12). *"Si te*


pregunto por Miguel Ángel me contarás todo sobre él... Pero nunca has sentido el aroma de la Capilla Sixtina, porque nunca has estado allí". Sí, el aroma de la realidad, de la intuición, de la experiencia (13). Lo que los educadores deberíamos enseñar y no hacemos por miedo a no saber medir, evaluar e informar a quienes pagan nuestro esfuerzo. Y continuamos enseñando protocolos, pautas y certificando la esterilidad en base a seguridad medible.

Cuando nos fijamos demasiado en las estadísticas, las personas pierden valor, nos deshumanizamos y nos limitamos a medir procesos y certificar procedimientos de dudosa calidad. Esto es más o menos lo que aquella encantadora abuela le decía a su nieta en el ya citado libro de Tamaro (4): *"¿Recuerdas cuando te enseñé a hacer crepes? Al darles la vuelta, te decía que pensaras en todo menos en que tienen que caer directamente en la sartén. Si piensas demasiado en el vuelo, puedes estar seguro de que caerán enrolladas o que se estrellarán en el fogón. Es curioso, pero es precisamente la distracción la que nos lleva al centro, al meollo del asunto"*.

TRABAJO EN EQUIPO: LIDERAZGO Y CUIDADOS: INVICTUS (14)

La historia de Nelson Mandela es bien conocida. Hay libros y películas que relatan detalladamente la trayectoria del líder sudafricano, sus 27 años de prisión, su llegada como presidente del país, inaugurando una democracia que, incluso aceptada en el papel, tendría que abrirse camino en los corazones de todos para abolir los miasmas del apartheid que habían infectado a generaciones. El liderazgo de Mandela es bien conocido. El episodio también aparece en la película. La novedad –y el encanto– está en el modo en que Clint Eastwood lo ofrece, sirviéndolo a través de una interpretación fabulosa. Morgan Freeman desaparece de la pantalla en cuestión de minutos, y sólo queda Mandela, hablando inglés con acento sudafricano. Cuando un actor consigue tanta transparencia, y nos permite ver al personaje sin recordar quién

lo interpreta, estamos ante una obra maestra de la interpretación. Sólo por eso merece la pena ver la película.

Invictus (14)	
	<p>Sinopsis: Adaptación de un libro de John Carlin (Playing the enemy). En 1990, tras ser puesto en libertad, Nelson Mandela (Morgan Freeman) llega a la Presidencia de su país y decreta la abolición del "Apartheid". Su objetivo era llevar a cabo una política de reconciliación entre la mayoría negra y la minoría blanca. En 1995, la celebración en Sudáfrica de la Copa Mundial de Rugby fue el instrumento utilizado por el líder negro para construir la unidad nacional.</p> <p>Dirección: Clint Eastwood.</p> <p>Reparto: Morgan Freeman. Matt Damon. Tony Kgoroge. Julian Lewis Jones. Adjoa Andoh. Patrick Mofokeng. Matt Stern Leleti Khumalo.</p> <p>2009. USA.</p> <p>Título original: Invictus. Duración: 134 min.</p> <p>Productora: Warner Bros. Malpaso Productions.</p>

Pero hay más, mucho más. Ahí reside el encanto de la historia que nos cuenta Eastwood. El liderazgo y proyección del hombre público son notorios; pero poco se habla de lo que ocurre detrás de un líder, de un formador de personas. Entre bastidores, esto implica cuidar con atenta dedicación a cada persona que se le confía. Éste es el secreto del verdadero liderazgo, la única garantía de éxito. Sucede algo similar al fenómeno de la interpretación del actor: la estrella desaparece, dejando espacio para el personaje. Para ejercer como gobernante, como director ejecutivo, como maestro, se necesita transparencia para permitir que los talentos de quienes son guiados brillen. Cuando falta, el líder puede brillar solo, pero es un destello, una luz efímera. El brillo duradero de un líder es siempre un reflejo de las luces que ayudó a encender a su alrededor.

El liderazgo es un concepto que ha perdido fuerza, transformándose en lugar común. El mundo de la gestión empresarial ha adoptado el término con la perspectiva

de hacer buenos negocios con él. El mundo político también lo abrazó, abriendo posibilidades inimaginables para una demagogia populista inconsistente. El supuesto líder pierde así su papel de constructor de personas y catalizador de sueños (ajenos, se entiende) para convertirse en un gestor de resultados. Persigue objetivos macro, pasa por encima de la gente y no tiene en cuenta los detalles. Y se convierte en alguien que, aunque es reconocido, incluso admirado, no es amado por nadie.

Invictus apunta a un liderazgo que es cuidado fino, atención personalizada y verdadero *coaching*, una palabra que pronto también caerá en desgaste conceptual, porque nuestro mundo no perdona. Un verdadero líder no es un gestor macro, sino alguien que mira con cariño a lo micro, a la persona, a cada uno, al interior. No le interesan las estadísticas ni sólo los resultados globales, aunque sabe que debe rendir cuentas, porque el mundo se evalúa así. Ve tras cada uno y saca lo mejor de ellos. Y el mundo mejora así, más que con políticas globales. Basta con mirar las historias que vivimos cada día: la diferencia siempre viene del mejorar de las personas, nunca del supuesto desarrollo de las estructuras.

Liderar personas, no sistemas. Hacerlos mejor, centrarse en los detalles. Y en este esfuerzo el líder se topa con dificultades que el sistema le presenta, y otras que surgen de las propias limitaciones. Por eso el verdadero liderazgo comienza por uno mismo. Mandela escribe el poema victoriano *Invictus* como inspiración para el capitán del equipo de rugby y como recordatorio de su arduo trabajo. Allí se habla de los golpes del azar, de un lugar de ira y de lágrimas donde los horrores se multiplican y la cabeza sangra. Sangra, pero no se deja vencer por las circunstancias, porque su alma es inconquistable. “*Soy el amo de mi destino, soy el capitán de mi alma*”. Los versos resuenan en los créditos finales y nos gritan: es hora de dejar de quejarnos de las estructuras y los sistemas, y asumir el peso de la responsabilidad de construir un mundo mejor.

CORAJE E INTEGRIDAD: CARTAS DESDE IWO JIMA (15)

Cartas desde Iwo Jima (15)



Sinopsis: Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Rodada íntegramente en japonés, la película ofrece la versión nipona de la batalla de Iwo Jima, el episodio más cruento de la guerra del Pacífico, en el que murieron más de 20.000 japoneses y 7.000 estadounidenses. El objetivo de la batalla para los japoneses era conservar un islote insignificante, pero de gran valor estratégico, pues desde allí defendían la integridad de su territorio. El general Kuribayashi (Ken Watanabe) organizó la resistencia a través de un sistema de túneles.

Dirección: Clint Eastwood.

Reparto: Ken Watanabe. Kazunari Ninomiya. Tsuyoshi Ihara. Ryo Kase. Shido Nakamura. Yuki Matsuzaki. Takumi Bando.

2006. USA.

Título original: Letters From Iwo Jima. Duración: 141 min. Productora: Warner Bros. Malpaso Productions.

No sé cómo esta película de Clint Eastwood, que canta las loas del coraje de los japoneses, y el libro de Kennedy, quien, por cierto, luchó contra los japoneses en la Guerra del Pacífico, terminaron en el mismo rincón de mi memoria, o, mejor dicho, de mi corazón. Quizás porque es la virtud lo que une a los hombres, mucho más que la nacionalidad o los intereses militares. En la virtud, en el coraje, se encuentran personas de la misma raza, de la misma etnia del alma. *Profiles in Courage* (16), escrito mientras se recuperaba de una de las muchas cirugías de columna a las que Kennedy tuvo que someterse, es un bosquejo de las vidas de ocho senadores estadounidenses que supieron llevar las responsabilidades de un ciudadano que ama a su país y nunca compromete el honor. Todo el libro trata sobre el coraje –“gracia bajo presión”–, una poderosa definición importada de Hemingway e insertada por Kennedy en el prefacio. En la dificultad, en la adversidad, se forjan hombres con carácter. Sólo cuando hay oposición y presión aparece el coraje con su genuino brillo.

Volviendo a la película que está enfocada en el coraje y la integridad de los japoneses. El protagonista en el mando establece la misión: “*Somos mucho más útiles al Emperador vivos que muertos*”. Para aquellos que están acostumbrados a saltar del barco cuando éste se hunde –incluso si saltar es un suicidio patriótico–, Kuribayashi deja claro que el patriotismo es usar la cabeza y luchar hasta el final, cuidándose unos a otros. Sobrevive, escapa para afrontar una nueva batalla, ayuda a sus compañeros, llega hasta el final. Y todo esto se encarna en un líder que cuida los detalles, que está atento a cada hombre, a su estado de ánimo, a sus miedos y angustias. La innegable cultura del General hace de él un hombre sensible y, por tanto, un auténtico líder. Los hombres lo siguen porque ven en él principios, valores, patriotismo y cariño.

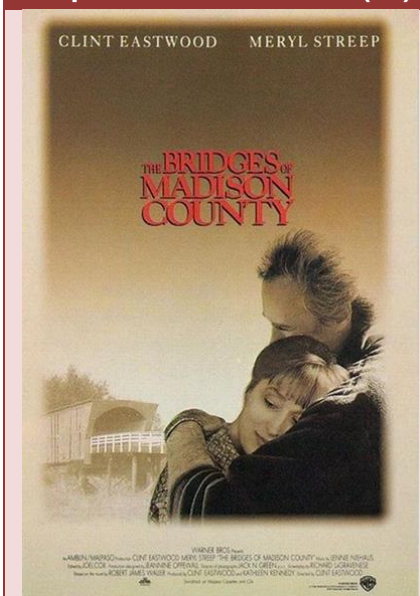
El barón Nishi es el otro término en esta ecuación de liderazgo. Un aristócrata, un campeón de equitación, que habla inglés con fluidez porque vivió en California, se hizo amigo de estrellas de Hollywood y ganó medallas en los Juegos Olímpicos de Los Ángeles. Ordena recoger a un soldado americano herido: “*¿Lo matamos?*” –preguntan los hombres. “*Nada de eso. Cuídalo. ¿No te gustaría que te cuidaran cuando te lesionas?*”. El soldado agoniza y guarda la carta que le escribió su madre. Nishi recoge la carta del soldado ahora muerto y la lee en voz alta a sus hombres, traduciéndola al japonés: “*Hijo mío, no dejes de hacer lo que es bueno, porque es bueno*”. Y con estas mismas palabras, con este testamento de una madre estadounidense, envía a sus soldados a la batalla final, de la que nadie saldrá con vida: “*No lo olvidéis. Haced lo bueno, porque es bueno*”. Sin duda, la virtud es lo que une a los hombres y los convierte en miembros de una misma familia.

“*Desconfío del amor de alguien por su amigo o su propia bandera cuando veo que no hace ningún esfuerzo por comprender al enemigo o la bandera hostil*” escribe Ortega en 1914 (17), mucho antes de la Segunda Guerra Mundial. Un líder al mando no es un fanático irracional, sino alguien que busca comprender los motivos de los demás, del enemigo, para comprenderse mejor a sí mismo y así poder ayudar a sus

soldados. Los tiempos actuales están llenos de ejemplos contrarios, que confirman la tesis de Ortega. Aquellos que maldicen a gritos a otros países –los llamados xenófobos– son los que, en el fondo, no se preocupan por su propia nación. Todo en ellos es una oportunidad para la autopromoción, para el estrellato. Primero en la crítica y después en la más grosera indiferencia. No saben construir. Destruyen las causas ajenas para establecerse en su propia mediocridad. Les falta sustancia, compromiso, densidad moral, lealtad. Carecen de coraje, de esa decencia, de la gracia bajo presión, que tanto falta hoy y siempre.

LA VOZ DEL CORAZÓN. EMOCIONES Y DECISIONES: LOS PUENTES DE MADISON (18)

Los puentes de Madison (18)



Sinopsis: La apacible pero anodina vida de Francesca Johnson (Meryl Streep), un ama de casa que vive en una granja con su familia se ve alterada con la llegada de Robert Kincaid (Clint Eastwood), un veterano fotógrafo de la revista National Geographic, que visita el condado de Madison (Iowa) para fotografiar sus viejos puentes. Cuando Francesca invita a Robert a cenar, un amor verdadero y una pasión desconocida nacerá entre ellos.

Dirección: Clint Eastwood.

Reparto: Meryl Streep. Clint Eastwood. Annie Corley. Victor Slezak. Jim Haynie.

1995. USA.

Título original: The Bridges of Madison County. Duración: 135 min.

Productora: Warner Bros. Malpaso Productions.

Un comienzo sobrio y hasta trivial. Por ahora, un baúl, cuadernos de recuerdos. Parece una película hecha para televisión. Qué alivio: flashback, menos mal. ¿Cómo serán estos puentes? Pero de puentes, nada; solo una cocina, una granja en la zona rural de Iowa y una mujer madura de unos cuarenta años, con un andar

que parece un poco torcido. Una radio de válvulas sintoniza la emisora –quizás la única– que transmite ópera. Se escucha “Casta Diva”. Es el aria de Norma, una sacerdotisa de los druidas, quien, infiel a su voto de virginidad con los dioses, tuvo un romance con un invasor romano. Dos niños. Ahora canta la pureza de la luna. La música de Bellini conmueve. El clímax está fijado.

Los puentes cubiertos del condado de Madison son puentes sencillos, nada fuera de lo común. La fotografía de la película es adecuada y los paisajes no tienen ningún encanto peculiar. Un montaje mínimo para la entrada en escena de los personajes: la mujer de cuarenta años y el fotógrafo, que tiene más de cincuenta. La película bien podría llamarse “Francesca” porque ella es todo, Todo con F mayúscula. La mujer que cocina salsa para los macarrones camina sin cadencia y escucha ópera. Meryl Streep es Francesca. En el mano a mano, Clint Eastwood, que fotografía puentes y dirige la película, actúa con sobriedad, lo que refleja, quizá enmarca, la fabulosa actuación de la actriz que supera cualquier crítica. Ellos dos, y especialmente Francesca, nos hacen sentir como si estuviéramos en una cocina de Iowa con zanahorias ralladas como en un restaurante de París.

Es Francesca, con la mirada cómplice de una adolescente curiosa, la que da protagonismo a los puentes. Es Francesca quien sonrío, mira, baja la cara, avergonzada, duda, siente, titubea; un querer sin querer, querer, como si no quisieras. No pude evitarlo. Recordé a Ingrid Bergman en Casablanca (1), apoyada en el hombro de Rick, con el rostro iluminado por la luz que se filtraba a través de las persianas del hotel. “*Ya no sé qué es lo correcto; tendrás que pensar por los dos*”. Ahora es Meryl Streep quien encuentra el gesto adecuado en su boca, ojos y manos para fotografiar, revelándose el alma de una mujer que sufre en cada centímetro de sensibilidad. Gestos que son radiografías del espíritu. Nos hace sentir que el cine es arte, la imagen que dice más que mil palabras. Ingrid convierte la duda en pregunta. Meryl simplemente actúa, revelando la intimidad en sus rasgos.

Pero Eastwood no es Bogart, y la película trata aquí sobre una mujer. Francesca indignada: "*¿Cómo es tu rutina? ¿Te olvidas de todo?*". Fue demasiado grosero: "*¿Quieres mermelada?*". Se enfada: "*Es imposible no tener miedo. No puedo sufrir sola*". Es la súplica de Ingrid de "piensa por los dos". Nuevo alivio, dar y recibir: "*Pásame la mantequilla*". Es Francesca, sola, quien tiene que pensar por los dos: "*Si nos marcháramos de aquí juntos, todo cambiaría inmediatamente*". Quiero mantener 'esto conmigo'. Es otra escena del aeropuerto de Casablanca, en la cocina. Bogart diciendo: "*Siempre tendremos París*".

¿Qué es el amor? ¿Donación, generosidad sacrificada, fidelidad a los compromisos asumidos? Y el corazón, y la avalancha de sentimientos, ¿cómo entran en el dilema? ¿Es auténtico seguir el deber –el amor fiel– y rechazar los sentimientos? ¿Es posible ser fiel y dividir el corazón? Recordé un pensamiento lleno de sabiduría: "No puedes actuar sólo con el corazón; sino que siempre debes poner el corazón en lo que haces". Y también a Fernando Pessoa cuando escribe: "*Y así va por la vía férrea / Engañando a la razón / Ese tren de cuerda / Que se llama corazón*" (19).

Ésta es nuestra condición humana. El corazón debe seguir el ritmo del amor, el compromiso y el deber. La fidelidad no se puede dejar en piloto automático, con el corazón ocioso, pues inevitablemente se distraerá al no ser solicitada. El corazón humano es ávido de sentimientos, una esponja de afectos; sólo la saturación del afecto puede liberarlo de absorber otros afectos incómodos. Incluso las pequeñas gotas de muestra que, como la mota en el ojo –por citar *Breve Encuentro* (20), otra enorme película en la misma tesitura–, terminan fermentando y ganando espacio con la pasión.

ENSAYO DE TRANSCENDENCIA: *MÁS ALLÁ DE LA VIDA* (21)

No parece que haya mucho mensaje que transmitir ni ningún significado profundo. Pero lo que está claro es que traduce una verdadera preocupación de Clint

Eastwood. No es extraño que un hombre de su edad se pregunte sobre la vida futura, sobre lo que viene después. Tiene todo el derecho. Sería raro si no fuese así. Lo que un director veterano pone en pantalla no siempre significa algo; pueden ser sus propias preguntas, lo que ocupa su cabeza, dudas vitales. La delgada línea entre esta vida y el más allá, sabiendo que cada día morimos un poco y que la vida –presente y futura– no tiene continuidad porque nuestra alma tiene un pasaporte de doble nacionalidad, terrenal y futura, es un tema pertinente. Y no sólo a los 80, sino mucho antes. Siempre.

ϕ

Más allá de la vida (21)



Sinopsis: Narra paralelamente la historia de tres personajes que han tenido algún tipo de contacto con la muerte: una periodista francesa (Cécile de France), que estuvo a punto de morir durante el tsunami que asoló el Sudeste asiático en las Navidades de 2004; un niño inglés (George McLaren) que pierde a su hermano gemelo en un terrible accidente y que busca respuestas, y un norteamericano (Matt Damon) que tiene el don de comunicarse con los muertos.

Dirección: Clint Eastwood.

Reparto: Matt Damon. Cécile De France. George McLaren. Frankie McLaren. Lyndsey Marshall. Bryce Dallas Howard. Jay Mohr.

2010. USA.

Título original: Hereafter. Duración: 129 min.

Productora: Warner Bros. Malpaso Productions.

Yo, que soy mucho más joven que Clint, cuando visito lugares que conozco desde hace muchos años, lo primero que me viene a la mente son las gentes, los momentos que estuve allí con esta o aquella persona. Y en el difícil tráfico de la ciudad, al pasar por un barrio, al cruzar una calle, es común recordar a un amigo, a un paciente, a un conocido que vivió allí y ya selló su pasaporte para el más allá. Y me siento unido a ellos, hablo con ellos, rezo por ellos y les pido ayuda. La trascendencia es connatural al ser humano. También a los directores de cine.

Jorge Manrique, inmortalizado con las elegías que compuso cuando murió su padre, lo advierte: “*Nuestras vidas son como ríos que desembocan en el mar*”. Es en el mismo Cancionero donde nos describe qué cosa es el amor: “*Es amor fuerza tan fuerte/ que fuerza toda razón,/ una fuerza de tal suerte que todo el seso convierte/ en su fuerza y afición;/ una porfía forzosa/ que no se puede vencer,/ cuya fuerza porfiosa/ hacemos más poderosa/ queriéndonos defender. Es placer en que hay dolores,/ dolor en que hay alegría,/ un pesar en que hay dulzores,/ un esfuerzo en que hay temores,/ temor en que hay osadía. Un placer en que hay enojos,/ una gloria en que hay pasión,/ una fe en que hay antojos,/ fuerza que hacen los ojos/ al seso y al corazón*” (22).


Un factorial del amor que prácticamente agota el tema. Y, por asociación de ideas, surgen las palabras del Cantar de los Cantares de la Biblia (23), que dice que el amor es fuerte como la muerte. Un amor permanente, atrevido, que perdura, donde la muerte es sólo un detalle cronológico que de ninguna manera afecta la calidad de ese amor. Pude ver algo de esto en Más allá de la vida, y me gusta pensar que tiene algo que ver con lo que pasa en la cabeza de Clint.

El director se pregunta no tanto por la vida futura, sino por el límite, por la vida que termina. Nada extraño en un hombre de esa edad. Ya lo hemos dicho: tiene todo el derecho a hacerlo. Como también tiene suficientes horas de vuelo para demostrar que los dones que tenemos no siempre son tales, y son más bien maldiciones, cargas en forma de habilidades que nos debilitan si son mal utilizadas. Por eso, nos negamos a promocionarnos en base a estos carismas, y consentimos en utilizarlos en beneficio de otros, cuando nuestro corazón se aplasta al ver a un niño bajo la lluvia, al aire libre, y la compasión habla más fuerte. Y, como extra, sugerencias sobre las elecciones que debes hacer en la vida. ¿Cómo abandonar un trabajo cómodo para investigar las razones mayores, lo que nos hace vivir y nos hace morir, con serenidad? ¿Por qué no?

No parece que sea una película mística de Eastwood, como algunos críticos le atribuyen por cuenta de su edad avanzada. Más parece un ensayo sobre la

trascendencia. Esta trascendencia que es tan fuerte como la muerte, porque tiene amor que garantiza la continuidad. “*Amar a alguien, es decirle: tú, tú no morirás*”, decía Gabriel Marcel (24). No sé si Clint ha estado leyendo al filósofo francés, pero no sorprendería en lo más mínimo.

EL LIDERAZGO DE SI PROPIO: *GRAN TORINO* (25)

Gran Torino (25)	
	<p>Sinopsis: Walt Kowalski (Clint Eastwood), un veterano de la guerra de Corea (1950-1953), es un obrero jubilado del sector del automóvil que ha enviudado recientemente. Su máxima pasión es cuidar de su más preciado tesoro: un coche Gran Torino de 1972. Es un hombre inflexible y cascarrabias, al que le cuesta trabajo asimilar los cambios que se producen a su alrededor, especialmente la llegada de multitud de inmigrantes asiáticos a su barrio. Sin embargo, las circunstancias harán que se vea obligado a replantearse sus ideas.</p> <p>Dirección: Clint Eastwood.</p> <p>Reparto: Clint Eastwood. Christopher Carley. Bee Vang Ahney Her John Carroll Lynch Cory Hard.</p> <p>2008. USA.</p> <p>Título original: Gran Torino. Duración: 119 min.</p> <p>Productora: Warner Bros. Malpaso Productions.</p>

Una película madura en todos los sentidos. Madura en la temática, aunque el abordaje del tema de los inmigrantes parece irrelevante para la densidad de la cinta. Madura, sobre todo, en la construcción del personaje que, admitámoslo, es él mismo, el propio Clint. Si tuviera que ponerle un subtítulo a la película, pondría algo como “no hay edad para el cambio”. O, más elaboradamente, me atrevería a imitar el estilo de Cervantes en el Quijote, escribiendo: “Donde se cuenta cómo puede cambiar un hombre a los 78 años de edad”. Éste es el núcleo de la película: la posibilidad de cambiar, de intentar sacar lo mejor de uno mismo, con una violencia que es un desbordamiento de dulzura.

Al ver la película sucede lo que siempre ocurre cuando reflexionamos sobre la vida, o sobre películas que, al fin y al cabo, son un espejo de nuestra vida: se abre un nuevo panorama, sentimos vértigo ante las posibilidades que la vida –y el celuloide– nos ofrece. Conocer es recordar con cariño, *re-cordar*, extraer del corazón (*cor, cordis*, en latín) las imágenes que allí están escondidas, colocar otras nuevas, dialogar con ellas sin miedo. El hombre –dijo el filósofo– es un ser que olvida y, por tanto, necesita recordar. Y como olvida lo esencial, no los detalles, tiene que recordar quién es, qué quiere, qué busca en la vida. El cine nos ayuda a recordar estos aspectos esenciales, cuando estamos dispuestos a reflexionar.

Sí, es posible cambiar, transformarse, ser mejores, buscar nuevos caminos en la vida, sin aceptar la edad como excusa para el conformismo. En esto consiste el autoliderazgo, que es la primera y más importante forma de liderazgo. “*Mejor es el hombre paciente*”, leemos en el libro de Proverbios, “*que el valiente; y el que domina su espíritu, que el que toma una ciudad*” (26). Este liderazgo, combinado con la experiencia de vida, es un ejemplo convincente para todos, jóvenes y mayores, un ejemplo que nos llega atemperado por la comprensión de quien ha vivido mucho y por un afecto dulce y cálido. “*En la tarde de la vida*”, dijo el místico Juan de la Cruz, “*seremos juzgados por el amor*” (27). Lo que realmente cuenta al final de la vida es la capacidad de mirar las cosas con ternura, con amor. Mírate a ti mismo, proponte mejorar cada día y contagia a los demás ese deseo de cambiar. La edad no tiene nada que ver con el retiro del alma.

“*Lo difícil no es afrontar lo que hiciste porque te obligaron a hacerlo, sino lo que hiciste y nadie te obligó a hacer*”. Hermosa declaración del viejo Walt-Kowalski, que rezuma el coraje de quien admite sus propios errores. Echarle la culpa al “sistema” –a la familia, al trabajo, al jefe, a la sociedad, al gobierno– es el recurso de los mediocres, alérgicos a cualquier tipo de responsabilidad. Algo que es muy común.

Hay cosas en la vida que hay que resolver individualmente y que no tiene sentido apelar al “sistema”. No entender esto es lo que convierte las reuniones y el

trabajo en grupo en verdaderos fracasos. Sólo es posible trabajar en grupo cuando cada uno sabe, a priori, cómo asumir su propia responsabilidad. El trabajo en equipo no es una dilución de responsabilidades, una especie de versión indolente del inconsciente colectivo. Saber trabajar en equipo significa tener la humildad de escuchar, de querer comprender a los demás, de asumir realmente las propias responsabilidades. Es el binomio humildad-honestidad, imprescindible para poder asumir las responsabilidades que nos competen, aunque los demás no nos las exijan o sean incapaces siquiera de visualizarlas.

LA SABIDURÍA DE ENVEJECER SONRIENDO: *GOLPE DE EFECTO* (28)

Golpe de efecto (28)



Sinopsis: Gus (Clint Eastwood) es un veterano ojeador de béisbol de edad avanzada que está perdiendo poco a poco la vista. Por ello decide viajar con su hija Mickey (Amy Adams) hasta Atlanta para observar a un joven talento. Pero las relaciones entre padre e hija han sido últimamente bastante conflictivas.

Dirección: Robert Lorenz.

Reparto: Clint Eastwood. Amy Adams. Justin Timberlake. John Goodman. Matthew Lillard. Robert Patrick. 2012. USA.

Título original: Trouble with the Curve. Duración: 111 min. Productora: Warner Bros. Malpaso Productions.

Golpe de efecto (o, en Hispanoamérica *Curvas de la vida*) es una inmersión antropológica, una variación sobre el mismo tema, brillantemente realizada en Gran Torino. Envejecer absorbiendo las limitaciones que impone la edad, con realismo. Sin fugas, sin maquillaje. Un envejecimiento marcado por las arrugas que se ven en el espejo cada día, acompañado de una artrosis que controla los movimientos –todos

ellos, no nos engañemos– y por el deterioro del estado de ánimo que se vuelve gruñón, susceptible, insoportable para los demás y para la propia persona mayor.

Una traducción textual del título en inglés sería: “Problemas con la curva”. Una curva que traza la pelota de béisbol, lanzada con giro, muy difícil de golpear. Clint es un buscador de talentos del béisbol. Vive de ello, es de lo mejor. Pero la vista le falla, una limitación de la edad. ¿Y ahora? El otro factor de la ecuación es Mickey (una convincente Amy Adams), su hija, huérfana de madre desde los seis años, que creció con su padre, alimentada por el béisbol, rodeada de hombres que beben y dicen palabrotas. Ahora una brillante abogada, con perfil de talentosa ejecutiva, que entiende de béisbol tanto como su padre, pues ése fue el biberón que la alimentó. Este es el contexto.

La sabiduría de envejecer sonriendo. Ya hemos utilizado esta frase –tomada de un autor moderno– para comentar otras películas que tratan de los años que pasan inexorablemente. Y el pensamiento vuelve a surgir al ritmo de los fotogramas y en el ir y venir de las curvas de la vida. Hay que aprender a adaptarse a las limitaciones y no sencillamente seguir adelante y pretender que todo está bien. Adaptación que implica reconocimiento de errores, del presente y, sobre todo, del pasado, que ahora, contemplados desde otra perspectiva, deben ser sanados, purificados, para evitar que se forme un quiste que degenera en un tumor maligno y contamine de amargura toda la vida. Aceptar los errores y las limitaciones es el único antídoto posible contra el mal humor que inevitablemente acecha y nos alcanza a medida que pasan los años.

El deterioro de la visión con la edad es una hermosa metáfora de las muchas otras limitaciones que vienen con ella a medida que envejecemos. Es una pérdida progresiva que, en la vejez, se revela por completo; pero no es de repente, sucede poco a poco. Saber reconocerlo y adaptarse, año tras año, es construir la sabiduría que permite envejecer sonriendo. Aquellos que no entrenan durante su vida, en la vejez lo pasan mucho peor y hacen sentir mal a los demás. Por tanto, las enseñanzas

de la película no son precisamente para personas mayores, sino para aquellos que quieran prepararse para llegar en forma.

Aquellos que no entrenan durante su vida lo pasarán mucho peor con sus limitaciones en la vejez. La limitación siempre llega; la diferencia está en el modo en que se mira y se vive, en sintonía con lo que proponen los jóvenes, lo que desde tiempos inmemoriales siempre se ha visto como una revolución.

El ciudadano sensato, al inicio de su vida profesional, se ocupa –sin preocuparse, no está en edad para eso– de cobrar la seguridad social, con vistas a la jubilación. Cuando sea posible, complementa sus ingresos con recursos privados para garantizar un nivel mínimo de tranquilidad al final de su vida. En el vacío de nuestras reflexiones, vale la pena pensar si no sería necesaria una disposición similar para envejecer con una sonrisa. Tienes que prepararte durante toda tu vida, aceptar correcciones, escuchar las opiniones de los demás. La visión se pierde en las curvas de la vida; intentar adelantar en un cambio de rasante basándose en la intuición puede ser fatal.

Necesitamos confiar, escuchar, oír el punto de vista de los demás y, sobre todo, el punto de vista de los demás en relación a nosotros mismos. No se trata de renunciar a la personalidad, ni de delegar responsabilidades actuando en consonancia con la *vox populi*. Se trata simplemente de buscar la ayuda del consejo de quienes nos aprecian y hacer que les resulte fácil decirnos la verdad, aunque duela. Para lograr esto no es necesario esperar a ser mayor. Puede y debe hacerse a los veinte, treinta o cincuenta años de edad. Y quien no entrena a estas edades, seguramente no aceptará ayuda cuando llegue a los ochenta. Humildad, esa es siempre la gran pregunta. Desconfiar de la propia opinión, lo cual no es inseguridad, sino la prudencia de escuchar un consejo, considerarlo y luego tomar una decisión.

Preparar y capitalizar la sabiduría para el futuro, para la vejez, significa también descubrir lo que puedes aprender de tus mayores cuando eres joven, una

actitud que revela un potencial oculto que ni siquiera sospechabas. Amy aprende que además de ver las pelotas, es posible escucharlas, intuir su trayectoria y su impacto. Alguien dijo una vez que sólo apreciamos a nuestro propio padre después de los 50, cuando, muy a menudo, ya no está con nosotros. Es una buena sabiduría poder seguir adelante con este tiempo, descubrir lo que aprendimos de nuestros padres y darle un buen uso a esos talentos. Para lograrlo es necesario comunicarnos, escuchar historias de vida –incluso las que conocemos de memoria– porque encierran en sí mismas el tesoro del que forma parte nuestro potencial. Sin esconderse, sin cerrar el diálogo como solución estándar.

Siempre trato de advertir a los jóvenes médicos que me rodean en su quehacer diario que el consenso familiar es algo que no existe. Los médicos se reúnen en una junta médica y llegan a un consenso. Pero en la familia, con honrosas excepciones, este consenso no existe: cada miembro de la familia piensa diferente, mira las circunstancias desde una perspectiva distinta y tiene distintos tiempos para asimilar la realidad. Corresponde al médico facilitar la comunicación dentro de la familia para que, con los tiempos oportunos, se pueda llegar a un consenso que realmente beneficie al paciente.

Aprovechar la sabiduría de toda la vida, a través de un entrenamiento incansable, para adaptarse a las limitaciones que impone la edad; saber sonreír, convivir, aprender. Todo el tiempo, cada hora. Y decidir, con esta sabiduría, sobre las prioridades y optar por lo que realmente vale la pena en cada momento

DEL ARREPENTIMIENTO Y DEL PERDÓN: MULA (29)

Actor y director se unen para una actuación que trasciende el celuloide. A sus 88 años, el viejo vaquero californiano, tropezando, pero sin perder su encanto, reaparece para confesar los errores de su vida. Un cultivador de lirios, rodeado de flores y montones de cocaína que caen en su regazo, Clint se enfrenta a un papel que,

tarde o temprano, todos tenemos que aprender a interpretar. Reconocer los errores, tener la humildad de pedir perdón y poner las prioridades olvidadas en su lugar. Convoca a un elenco de lujo –Bradley Cooper, Laurence Fishburne, Dianne Wiest, Andy García– como testigos y, en primer plano, a su hija, Alison Eastwood, nacida de su primera esposa, caída en el olvido mientras que él formaba otras familias a su alrededor.

Mula (29)



Sinopsis: Earl Stone (Eastwood), un octogenario que está en quiebra, solo, y que se enfrenta a la ejecución hipotecaria de su negocio, se le ofrece un trabajo aparentemente fácil: sólo requiere conducir. Pero, sin saberlo, Earl se convierte en traficante de drogas para un cártel mexicano, y pasa a estar bajo el radar del agente de la DEA Colin Bates (Cooper).

Dirección: Clint Eastwood.

Reparto: Clint Eastwood. Bradley Cooper. Dianne Wiest. Michael Peña Taissa Farmiga. Laurence Fishburne. Ignacio Serricchio Alison Eastwood.

2018. USA.

Título original: The Mule. Duración: 116 min.

Productora: Warner Bros. Bron Studios. Malpaso Productions.

Se arrastra a buscar el cariño de la familia olvidada y el perdón. Le cierran la puerta en la cara: “¿Qué te hizo pensar que voy a olvidar el pasado?”. El golpe cae, bien merecido. Suplica discretamente: “Hemos tenido muchos años buenos. Podemos ser civilizados”. Pedir perdón: una actitud que sana a quien lo pide, más aún que al ofendido que tiene su propio sistema operativo. Una actitud que requiere valentía, estar dispuesto a escuchar de los demás lo que ni siquiera tenemos el coraje de decirnos a nosotros mismos. De ahí la enorme dificultad: no tanto en reconciliarnos, sino en reconocer el error, en admitir, con serenidad, que nos hemos equivocado miserablemente.

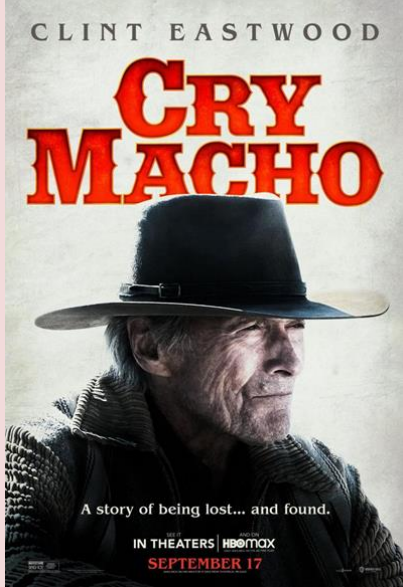
Susanna Tamaro (4) nos habla de esta dificultad: *“Cometer errores es natural, pero partir sin comprenderlos por completo hace inútil el sentido de la vida. Lo que nos sucede nunca tiene un fin en sí mismo, nunca es gratuito; cada encuentro, cada pequeño suceso, encierra en sí mismo un significado, y comprendernos a nosotros mismos nace de la voluntad de reconocer tales hechos, de la capacidad de cambiar de rumbo en cualquier momento y de cambiar de piel, como reptiles con el paso de las estaciones”*. Pero para cambiar de piel hace falta valentía, y no poca. La escritora italiana continúa: *“Cuando no queremos mirar dentro de nosotros mismos, encontrar una salida es lo más fácil del mundo. Siempre hay una culpa externa; se necesita mucho coraje para aceptar que la culpa –o, mejor dicho, la responsabilidad– es nuestra y solo nuestra”*.

La base del cambio, de la rectificación, de exponer los propios errores es atreverse a mirar hacia dentro y dejar de culpar a los demás, a las situaciones, al sistema, a la suegra, a la familia. Mirando hacia dentro, como nuestro floricultor con las ventas por internet, el desafío del ruido de la comunicación. Comenta Innerarity a este respecto: *“Nunca hemos sabido tanto de nosotros mismos, de nuestros valores, costumbres, preferencias y opiniones. Pero la acumulación de datos es inútil si no se articula. Esta es la ironía de la historia: la autoinvestigación excesiva y la autoobservación permanente no garantizan el autoconocimiento, sino que parecen obstaculizarlo”* (30).

Earl afronta la situación con determinación y creatividad, con la desconcertante originalidad de quien ya no se preocupa por el público ni por cultivar una buena imagen. *“¡Has vivido tanto que parece que has perdido el filtro!”*. Earl sonríe: *“No creo que haya tenido nunca un filtro”*. Quiero decir, nunca lo tuve para hacer lo que quería, ahora no lo tengo para deshacer errores y rectificarlos. Necesitamos afrontar la situación real en la que nos encontramos para saber dónde nos encontramos en relación con nuestro proyecto de vida. Ortega advirtió sobre esto: *«Si de puro mirar el proyecto de nosotros mismos olvidamos que aún no lo hemos*

cumplido, acabaremos por creernos ya en perfección. Y lo peor de esto no es el error que significa, sino que impide nuestro efectivo progreso, ya que no hay manera más cierta de no mejorar que creerse óptimo” (31).

MADUREZ PARA ELEGIR LAS BATALLAS A ENFRENTAR: *CRY MACHO* (32)

Cry Macho (32)	
	<p>Sinopsis: Texas, 1978. Una ex estrella de rodeo y criador de caballos retirado (Eastwood) acepta un encargo de un antiguo jefe: traer a su hijo pequeño desde México de vuelta a casa para alejarlo de su madre alcohólica. En el viaje, ambos se embarcarán en una inesperada aventura.</p> <p>Dirección: Clint Eastwood.</p> <p>Reparto: Clint Eastwood. Eduardo Minett Natalia Traven. Horacio García Rojas. Fernanda Urrejola. Dwight Yoakam.</p> <p>2021. USA.</p> <p>Título original: Cry Macho. Duración: 104 min.</p> <p>Productora: Malpaso Productions.</p>

Mike –Clint– nos da la madurez para saber elegir las batallas que debemos afrontar cuando tenemos este currículo casi centenario. Nunca ha sido tan acertado aquel consejo que escuché hace muchos años y que medito repetidamente y trato de aplicar, lo cual no es fácil. Saber callar, rezar, trabajar y sonreír. Todo un desafío. Diario, implacable, continuo.

Es necesario ahorrar palabras, no perder el tiempo en explicaciones inútiles. No hay que asustarse por lo que ya sabemos y Clint lo deja claro: nadie en la película es bueno, todos tienen problemas y mienten descaradamente. No hay sorpresas para un veterano que conoce desde hace mucho tiempo la condición humana. Pero

también es necesario trabajar, es decir, no asumir el cómodo escepticismo de que como nadie se salva, yo me haré cargo de mi vida y dejaré que todos los demás se vayan al infierno. No. Hagamos lo que podamos, cumplamos la misión que nos fue encomendada y no busquemos disculpas –que, por cierto, sobrarían en este mundo podrido– para escabullirnos. El escepticismo de un viejo gruñón no resuelve nada, pero la experiencia nos enriquece y nos advierte de que no vale la pena intentar que todo el mundo entienda este razonamiento. Pérdida de tiempo, desgaste, motivo para irritarse innecesariamente.

Sonreír es más difícil cuando el rostro muestra la rigidez casi parkinsoniana de una persona mayor. Pero es posible mantener el buen sentido del humor –con moderación– y la ironía que quita importancia a los detalles de mal gusto que otros se empeñan en aportar.

Y también, rezar. Aunque Clint, que se confiesa principiante en este tema, lo delega en Marta, una mujer superior, un monumento, que dirige los pasos del viejo vaquero hacia la redención. De hecho, se me ocurre pensar que su nombre –Marta– no es casualidad: la mujer que acoge, que presta su hogar, que gestiona las tareas domésticas como nadie. Clint, que dice que no saber rezar, no deja ningún cabo suelto, y confía a Marta los cuidados, con tradición bíblica, para ayudarle en ese camino de madurez. Mientras bailan, juntos, aquel bolero inolvidable: *Sabor a mí*.

A MODO DE CONCLUSIÓN: LA SABIDURÍA QUE DECANTA CON LOS AÑOS

Pensando en un título para todos estos comentarios de películas, de la mano de Clint Eastwood, surge algo como “la sabiduría que se acumula con los años”, “la serena prudencia de la madurez”. Ese es el tema, común y progresivo en cronología, de las películas del director californiano. Parece que Clint reflexiona con la cámara, mientras yo, más discretamente, lo hago con el teclado.

Un amigo que defendió una tesis (33) sobre Clint Eastwood me comentó en cierta ocasión: “*Cuando en los años 60 o 70 Clint pensó en abrir una productora de cine, los amigos le dijeron que no funcionaría, que sería un equívoco, un mal paso. Eastwood montó Malpaso Productions (34)... y el resto es historia*”.

Una historia repleta de valores y actitudes que nos hacen pensar, y contribuyen para formar mejor las nuevas generaciones. También la de los estudiantes y jóvenes médicos que nos son confiados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casablanca [Película]. Curtiz M, director. California: Warner Bros; 1942.
2. Jurado Nº2 [Película]. Eastwood C, director. California: Warner Bros y Malpaso Productions; 2024.
3. Ker I. John Henry Newman: Una Biografía. Madrid: Palabra; 2010.
4. Tamaro S. Donde el corazón te lleve. Barcelona: Seix Barral; 1999.
5. Hannah Arendt [Película]. Von Trotta M, directora. Colonia: Heimatfilm; 2012.
6. El intercambio [Película]. Eastwood C, director. California: Malpaso Productions e Imagine Entertainment; 2008.
7. 15:17 Tren a París [Película]. Eastwood C, director. California: Malpaso Productions y Warner Bros; 2018.
8. Pennac D. Como una novela. Barcelona: Anagrama; 2006.
9. Sully. Hazaña en el Hudson [Película]. California: Warner Bros y Malpaso Productions; 2016.
10. Lewis CS. La abolición del hombre. Madrid: Harper Collins Español; 2016.
11. Blasco PG, Moreto G. The Lost King and the “Gut Feelings”: Intuiciones y Busca de la Verdad en Educación Médica. Rev Med Cine. 2024;20(2):209-216.
12. El indomable Will Hunting [Película]. Van San G, director. California: Lawrence Bender Productions y Miramax; 1997.

13. Blasco PG, Benedetto MAC, Moreto G, Levites MR. Educação Médica a Distância: oportunidades, ameaças e reflexões. O cheiro da Capela Sistina. Rev Med (São Paulo). 2021;100(4):i-iv.
14. Invictus [Película]. Eastwood C, director. California: Warner Bros y Malpaso Productions; 2009.
15. Cartas desde Iwo Jima [Película]. Eastwood C, director. California: Warner Bros y Malpaso Productions; 2006.
16. Kennedy JF. Profiles in Courage. Nueva York: Harper and Row Publisher; 1955.
17. Ortega y Gasset J. Meditaciones del Quijote. Revista de Occidente. Madrid: Alianza Editorial; 1981.
18. Los puentes de Madison [Película]. Eastwood C, director. California: Warner Bros y Malpaso Productions; 1995.
19. Pessoa F. Autopsicografía. En: Revista Presença, nº36. Coimbra; 1932.
20. El desencanto [Película]. Chávarri J, director. Madrid: Elías Querejeta; 1976.
21. Más allá de la vida [Película]. Eastwood C, director. California: Warner Bros y Malpaso Productions; 2010.
22. Manrique J. Cancionero. Madrid: Ediciones Akal; 1998.
23. Cantar de los Cantares. En: VVAA. La Biblia.
24. G Marcel. Ser y tener. Madrid: Caparrós Editores; 1995.
25. Gran Torino [Película]. Eastwood C, director. California: Warner Bros y Malpaso Productions; 2008.
26. Proverbios, capítulo 16, verículo 32. En: VVAA. La Biblia.
27. Prieto R. San Juan de la Cruz. Dichos de Luz y Amor: 300 pensamientos encendidos en la llama del amor. Burgos: Monte Carmelo; 2015.
28. Golpe de efecto [Película]. Lorenz R, director. California: Warner Bros y Malpaso Productions; 2012.
29. Mula [Película]. Eastwood C, director. California: Warner Bros y Malpaso Productions; 2018.
30. Innerarity D. La Sociedad Invisible. Madrid: Espasa; 2004.

31. Ortega y Gasset J. Meditación del pueblo joven y otros ensayos sobre América. Revista de Occidente. Madrid: Alianza Editorial; 1981.
32. Cry Macho [Película]. Eastwood C, director. California: Malpaso Productions; 2021.
33. González Blasco P. O cinema de Clint Eastwood, por Luis Tadeu Ribeiro Dix [Internet]. Pablo González Blasco: Educar no Humanismo; 2020 [citado 2025 Abr 21]. Disponible en: <https://pablogonzalezblasco.com.br/2020/09/23/o-cinema-de-clint-eastwood-por-luis-tadeu-ribeiro-dix/>
34. Wikipedia contributors. Malpaso Productions [Internet]. Wikipedia, la enciclopedia libre [citado 2025 Abr 20]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Malpaso_Productions

Pablo González Blasco (a), Graziela Moreto (b), Marcelo R. Levites (c)

- (a) Médico y Doctor en Medicina por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil. Miembro fundador y Director Científico de SOBRAMFA-Educação Médica & Humanismo. Autor de diversas publicaciones y trabajos presentados en congresos nacionales e internacionales, donde aborda los temas de Medicina de Familia, Educación Médica, Humanismo y Medicina, Educación de la Afectividad a través del Cine y de las Artes.
- (b) Médica y Doctora en Medicina por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil. Directora de SOBRAMFA-Educação Médica & Humanismo. Coordina los Programas de Formación y Cooperación Internacional. Autora de diversas publicaciones y trabajos presentados en congresos nacionales e internacionales, donde aborda los temas de Medicina de Familia, Educación Médica, Humanismo y Empatía.
- (c) Médico y Doctor en Medicina por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil. Director Comercial y Vicepresidente de SOBRAMFA-Educação Médica & Humanismo. Autor de diversas publicaciones y trabajos presentados en congresos nacionales e internacionales, donde aborda los temas de Medicina de Familia, Educación Médica, Humanismo, Burnout e Incertidumbre en las profesiones sanitarias.

Cómo citar este artículo:

González Blasco P, Moreto G, Levites MR. El cine de Clint Eastwood: Iluminando valores que forjan la personalidad y contribuyen en la formación médica. *Folia Humanística*. 2026;5(3):66-100. Doi: <https://doi.org/10.30860/0132>.