

Los pilares de la medicina humanitaria: competencia, compasión y contemplación. Una reflexión bioética desde la práctica clínica.

Artículo de reflexión.

The pillars of humanitarian medicine: competence, compassion and contemplation. A bioethical reflection from clinical practice.

DOI: [10.69105/BYCS.2026.14.2.1.2](https://doi.org/10.69105/BYCS.2026.14.2.1.2)

Rafael Gómez García

Médico especialista en Geriatría.

Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.

ORCID: [0000-0003-3904-8733](https://orcid.org/0000-0003-3904-8733)

ragomar@gmail.com

Recibido: 28 de mayo de 2026

Aceptado: 17 de junio de 2026

Publicado: 25 de julio de 2026

Resumen

La medicina contemporánea atraviesa una crisis que desborda lo estrictamente técnico:

Los pilares de la medicina humanitaria: competencia, compasión y contemplación. Una reflexión bioética desde la práctica clínica.

es una crisis de sentido, de relación y de trascendencia. El presente artículo de reflexión propone que la práctica médica auténtica y, en particular, una medicina verdaderamente humanitaria, se sustenta sobre tres pilares interconectados: la competencia, la compasión y la contemplación. La competencia abarca el conocimiento científico riguroso, indispensable pero insuficiente ante la incertidumbre clínica y la complejidad de la persona enferma, como han evidenciado la pandemia de COVID-19 o los retos del envejecimiento demográfico. La compasión constituye una forma de conocimiento moral que se despliega en la relación de ayuda y que otorga a la práctica clínica la dimensión humana sin la cual el cuidado resulta incompleto. La contemplación, el pilar con mayor riesgo de olvido en la medicina actual, abre el encuentro médico-paciente a la dimensión trascendente de la persona, reconociendo su dignidad irreductible y el misterio inherente al sufrimiento. A través de referentes de la filosofía, la bioética y la práctica clínica, y apoyado en el ejemplo histórico de figuras como San Juan de Dios, el artículo argumenta que la integración de estos tres pilares es la condición necesaria para convertir la relación terapéutica en un espacio genuinamente sanador y éticamente responsable.

Palabras clave: Competencia Profesional; Compasión; Espiritualidad; Bioética; Relaciones médico-paciente; Humanismo.

Abstract

Contemporary medicine is undergoing a crisis that goes beyond the strictly technical: it is a crisis of meaning, of relationship, and of transcendence. This reflection article proposes that authentic medical practice, and in particular a genuinely humanitarian medicine, rests upon three interconnected pillars: competence, compassion, and contemplation. Competence encompasses rigorous scientific knowledge, indispensable yet insufficient in the face of clinical uncertainty and the complexity of the sick person, as demonstrated by the COVID-19 pandemic and the challenges of demographic aging. Compassion constitutes a form of moral knowledge that unfolds within the helping relationship and grants clinical practice the human dimension without which care remains incomplete. Contemplation, the pillar most at risk of being forgotten in contemporary medicine, opens the physician-patient encounter to the transcendent dimension of the person, recognizing their irreducible dignity and the mystery inherent

Los pilares de la medicina humanitaria: competencia, compasión y contemplación. Una reflexión bioética desde la práctica clínica.
in suffering. Drawing on philosophy, bioethics and clinical practice and supported by historical figures such as Saint John of God, this article argues that the integration of these three pillars is the necessary condition for transforming the therapeutic relationship into a genuinely healing and ethically responsible space.

Keywords: Professional Competence; Compassion; Spirituality; Bioethics; Physician-Patient Relations; Humanism.

1. Introducción.

En el ámbito de las profesiones sanitarias existe una distinción que, pese a ser sutil en apariencia, encierra profundas implicaciones éticas y epistemológicas: la diferencia entre saber y entender. Saber, en su sentido más común, supone la acumulación de datos, conceptos y procedimientos. Entender, por su parte, designa una relación distinta con el conocimiento: una comprensión que integra, que sitúa cada dato en el contexto de la persona concreta y que interpela la propia manera de ser del profesional que ejerce la medicina. Esta distinción no es baladí; es, en buena medida, el eje sobre el que pivota la crisis actual de la práctica médica.

La frase que preside el salón de grados de la Facultad de Medicina de Sevilla, atribuida al médico y filósofo José de Letamendi —«*Del médico que no sabe más que medicina ten por cierto que ni medicina sabe*»^[1] — mantiene hoy plena vigencia. Lejos de ser un aforismo erudito vaciado de contenido, interpela directamente a una medicina que, paradójicamente, se ha enriquecido en conocimiento técnico a la vez que se ha empobrecido en comprensión humanística. El exponencial crecimiento del saber biomédico, el desarrollo de la medicina basada en la evidencia, la revolución de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas han sido, sin duda, conquistas imprescindibles. Sin embargo, no han logrado por sí solas dar respuesta a preguntas que el enfermo hace al médico y que el médico se hace a sí mismo: preguntas que no están en los manuales, que no se resuelven con un metaanálisis, que exigen al profesional capacidades que van más allá del dominio técnico.

Este artículo de reflexión propone que la medicina humanitaria —entendida como aquella que orienta su quehacer hacia el bien genuino del ser humano— se sustenta sobre tres pilares que se implican mutuamente: la competencia, la compasión y la contemplación. Cada uno de estos pilares configura un modo diferente de acceso a la verdad de la persona enferma y, en consecuencia, un modo diferente de responder a su necesidad. Los tres son

Los pilares de la medicina humanitaria: competencia, compasión y contemplación. Una reflexión bioética desde la práctica clínica. indispensables; la ausencia o el debilitamiento de cualquiera de ellos compromete no sólo la calidad asistencial, sino la coherencia de la práctica clínica. La reflexión que aquí se presenta se apoya en referentes de la filosofía, la bioética y la medicina clínica, y pretende ofrecer un marco integrador para pensar y mejorar la relación terapéutica en el contexto sanitario actual.

Esta reflexión no es ajena a una inquietud más amplia de nuestro tiempo: la de custodiar lo humano frente a la tentación de reducirlo a función, dato o rendimiento. Es una preocupación que excede el ámbito médico y que ha encontrado eco reciente en el magisterio social de la Iglesia Católica, atento a la necesidad de permanecer humanos en una época dominada por la lógica de la técnica. A ella volveremos al final de estas páginas, una vez recorridos los tres pilares.

2. La competencia: el rigor científico y sus límites.

2.1. El conocimiento científico como cimiento de la práctica médica.

El primer pilar de la medicina humanitaria es la competencia científica. Sin ella, toda aspiración a un ejercicio médico ético queda en mero voluntarismo. El conocimiento riguroso de la ciencia biomédica —desde los mecanismos moleculares de la enfermedad hasta la epidemiología clínica, pasando por la farmacología y la semiología— constituye la condición sine qua non del ejercicio de la medicina. Un médico que ignora la fisiopatología de la insuficiencia cardiaca o que desconoce las interacciones farmacológicas relevantes para su paciente incumple un deber ético fundamental, independientemente de cuánta calidez humana pueda aportar a la relación clínica.

La historia de la medicina puede leerse, en buena parte, como la historia de la conquista progresiva de esa competencia. Cada descubrimiento —de Vesalio en la anatomía, de Harvey en la circulación sanguínea, de Koch y Pasteur en la microbiología, de Fleming en la antibioterapia— amplió el horizonte de lo posible y redujo el sufrimiento humano. El desarrollo de la medicina basada en la evidencia en las últimas décadas del siglo XX representó, en este sentido, un avance crucial: por primera vez se articulaba un método sistemático para someter las intuiciones clínicas al escrutinio riguroso de la investigación, distinguiendo entre lo que funciona y lo que simplemente parece que funciona.

No obstante, la propia historia de la medicina enseña que el conocimiento científico avanza

Los pilares de la medicina humanitaria: competencia, compasión y contemplación. Una reflexión bioética desde la práctica clínica. Investigadores como John Wennberg documentaron con rigor que la variabilidad en las decisiones clínicas era mucho mayor de lo que el ideal científico suponía, señalando que la incertidumbre no es un estado transitorio que la investigación irá reduciendo hasta su eliminación, sino una característica estructural del ejercicio clínico. La medicina, en este sentido, es —sin contradicción— la más científica de las artes y la más artística de las ciencias.

2.2. La crisis del conocimiento médico: pandemia, envejecimiento y sobremedicalización.

Las crisis sanitarias actúan como crisis reveladoras. La pandemia de COVID-19 puso en evidencia tanto la fortaleza como las fragilidades del conocimiento médico contemporáneo: la velocidad sin precedentes con la que se caracterizó el agente causal y se desarrollaron vacunas fue un logro extraordinario; sin embargo, la misma crisis afloró sesgos, credulidades e ignorancias atrevidas que proliferaron al ritmo de la incertidumbre. Las posiciones extremas — la credulidad acrítica y el escepticismo radical— no son déficits de información, sino problemas del conocimiento. Y aquí emerge una pregunta que el poeta T. S. Eliot formuló con una lucidez que la ciencia misma no puede generar: *«¿Dónde está la sabiduría que hemos perdido en conocimiento, dónde está el conocimiento que hemos perdido en información?»*[2]

El envejecimiento demográfico supone una crisis del conocimiento médico de alcance incluso mayor, porque no se resuelve con una vacuna: exige una transformación profunda de la forma en que la medicina genera y aplica su saber. Durante décadas, los estudios clínicos excluyeron sistemáticamente a los pacientes mayores —precisamente aquellos con mayor carga de enfermedad y mayor consumo de recursos sanitarios—, de modo que las guías de práctica clínica se han aplicado a personas mayores con multimorbilidad sobre bases de evidencia generadas en poblaciones que no las representan (1,2). Esta infrarrepresentación no es anecdótica: en una revisión de los ensayos sobre diabetes tipo 2 registrados en la plataforma de la Organización Mundial de la Salud, dos de cada tres excluían a los participantes más mayores mediante un límite superior de edad arbitrario, y tres de cada cuatro lo hacían por la presencia de comorbilidad (2).

Esta constatación ha impulsado movimientos de prudencia clínica que merecen atención desde la bioética: iniciativas como «Demasiada medicina» (Too much medicine), «Elegir

Los pilares de la medicina humanitaria: competencia, compasión y sabiamente» (Choosing wisely) o «la Alianza por una atención sanitaria adecuada» (The Right Care Alliance) cuestionan el paradigma de la hipermedicalización e invocan el principio de no maleficencia ante intervenciones que, no ajustadas a la necesidad real del paciente, generan daño. Mi profesor de medicina paliativa afirmaba que se necesita saber más medicina para saber lo que no hay que hacer que para saber lo que hay que hacer: es la competencia llevada a su grado más alto, el que integra la prudencia como virtud médica esencial.

2.3. La competencia como proyección hacia el futuro.

El conocimiento científico tiene una dimensión prospectiva ineludible: se proyecta al futuro en forma de hipótesis, teorías y posibilidades terapéuticas aún no realizadas. Esta orientación hacia lo posible no es una debilidad del conocimiento científico, sino una de sus virtudes: la correcta ciencia médica no es dogmática, sino provisional y autocorrectiva. El médico competente sabe que sus certezas son históricas y que el conocimiento que hoy le guía puede ser revisado, enriquecido o superado. Esta humildad epistemológica no paraliza la acción clínica; al contrario, la orienta hacia la mejor decisión posible con los mejores datos disponibles, sin absolutizar ninguno de ellos.

Sin embargo, la competencia así entendida no puede ser el único horizonte de la medicina. En el momento en que el médico deja de ver un sistema fisiológico para encontrarse con una persona —una persona que sufre, que tiene miedo, que tiene una historia, que tiene preguntas que ningún algoritmo puede responder—, el conocimiento científico resulta necesario pero insuficiente. Es en ese punto de inflexión donde el segundo pilar se hace imprescindible.

3. Compasión: el conocimiento moral de la necesidad del otro.

3.1. La compasión como forma de conocimiento.

La compasión no es únicamente una respuesta emocional. Siendo también eso —y no habría que disculparse por ello—, es fundamentalmente una forma de acceso a la verdad de la persona enferma que la razón científica, por sí sola, no puede alcanzar. Conocemos a las personas no solo a través de los datos que generan, sino a través de la relación que establecemos con ellas. Y esa relación, cuando es auténtica, nos revela dimensiones de su realidad que ningún resultado de laboratorio ni ninguna prueba de imagen puede mostrar.

Los pilares de la medicina humanitaria: competencia, compasión y

En la tradición bíblica se expresa esta verdad con una expresión admirable y sencilla a la vez: «*Por sus obras los conoceréis*»[3]. El conocimiento de las personas nace del trato, de la convivencia, de la experiencia compartida. En la relación clínica, la compasión —del latín *compassio*, «sufrir con»— designa precisamente esa capacidad del médico para hacer propia la experiencia del paciente sin confundirse con ella, para dejarse afectar por su sufrimiento sin por ello perder la objetividad necesaria para acompañarle y ayudarlo. Es la condición que hace posible que la relación médico-paciente no sea un mero intercambio técnico, sino un genuino encuentro humano.

La mejor definición de la relación médico-paciente desde este marco es la de relación de ayuda. El médico existe, en su esencia profesional, para ayudar a quien padece. Y la ayuda, para ser genuina, no puede prescindir de la compasión: quien no es movido por el sufrimiento del otro puede disponer de toda la competencia técnica del mundo, pero su respuesta será, en el fondo, una respuesta funcionaria, no una respuesta médica. Lo incompleto en medicina tiene un coste ético que no siempre se visibiliza: el sufrimiento que se genera cuando el paciente siente que no ha sido verdaderamente visto ni acompañado.

Esta afirmación conecta directamente con la obra de Eric Cassell, en su trabajo nos explica que el sufrimiento no es un fenómeno exclusivamente físico ni reducible a la lesión orgánica: es una experiencia que amenaza la integridad de la persona en su totalidad —sus proyectos, sus relaciones, su identidad, su sentido del futuro— (3). Las implicaciones clínicas y bioéticas de esta constatación son de primer orden: si el sufrimiento es personal e irreductiblemente singular, el médico que solo trata la enfermedad —entendida como proceso biológico— no está tratando al paciente. La compasión, en este marco, no es una actitud opcional que humaniza el acto técnico, sino la condición epistemológica que permite al médico acceder a la realidad completa de la persona que tiene delante.

3.2. La compasión puesta a prueba: envejecimiento y pandemia.

Las mismas crisis que revelaron los límites de la competencia médica pusieron también en evidencia la fragilidad de la compasión como valor asistencial. La pandemia de COVID-19 constituyó, desde este punto de vista, una radiografía moral de los sistemas sanitarios y de la sociedad que los sostiene. En muchos contextos, las personas mayores —el colectivo más vulnerable, el que concentraba la mayor parte de la mortalidad— fueron tratadas bajo una lógica de utilidad que no puede ser calificada sino de fracaso ético colectivo. La sobremortalidad registrada en las residencias durante las primeras olas, muy superior a la

Los pilares de la medicina humanitaria: competencia, compasión y contemplación. Una reflexión bioética desde la práctica clínica. esperada, ilustra con crudeza la magnitud de ese desamparo (4). En el debate bioético sobre los criterios de asignación de recursos escasos mostró hasta qué punto la edad podía deslizarse, de variable pronóstica, a criterio de exclusión (5). La racionalización de los recursos puede ser necesaria en situaciones de emergencia, pero nunca debería implicar la invisibilización de la dignidad de las personas más frágiles.

La paleoantropología ofrece, además, indicios que invitan a la reflexión sobre la antigüedad del cuidado. La supervivencia de individuos con lesiones o discapacidades graves en poblaciones neandertales se ha interpretado como evidencia de un cuidado social sostenido hacia quienes poco podían aportar a la economía de la supervivencia (6). La interpretación de estos restos es objeto de debate académico, pero la propia discusión confirma algo significativo: la pregunta por los orígenes del cuidado es tan antigua como nuestra especie, y el cuidado del vulnerable acompaña a lo humano desde mucho antes que la medicina científica (7). La 7 compasión es, por tanto, más antigua que la medicina científica; es, quizás, el origen mismo de la medicina.

3.3. La medicina paliativa como paradigma de la compasión clínica.

Si hay un campo de la medicina en el que la compasión no puede ser suplida por la competencia técnica, ese es la medicina paliativa. El encuentro con el sufrimiento humano en su forma más desnuda —el dolor que no responde al tratamiento, el miedo a la muerte, la angustia de la despedida, el duelo anticipatorio de la familia— exige del profesional una presencia que no se improvisa. Francesc Torralba, en su libro *Antropología del cuidar*, articula esta exigencia con precisión: «*el cuidado genuino de un ser humano requiere un conocimiento transversal de sus necesidades, que va más allá de lo somático para abarcar las dimensiones psicológica, social, espiritual y relacional de la persona*»(8).

Este modelo de cuidado integral, que la medicina paliativa ha desarrollado con rigor metodológico, tiene implicaciones que trascienden los cuidados al final de la vida. La comprensión de la persona en su integralidad, la atención al sufrimiento en todos sus planos, la importancia de la presencia y el acompañamiento: estos elementos constituyen un paradigma que debería impregnar toda la práctica médica, no solo la paliativa. En este sentido, la compasión no es un complemento emocional de la medicina científica, sino una dimensión constitutiva de la excelencia médica.

La compasión genuina incorpora también la humildad. El médico compasivo es aquel que puede mirar al paciente a los ojos y decir «No lo sé» sin que ello suponga una derrota, sino

Los pilares de la medicina humanitaria: competencia, compasión y una forma de honestidad que refuerza la confianza terapéutica. Saber lo que no se sabe es, en muchos contextos clínicos, la manifestación más alta de la competencia. La compasión, lejos de ser un sentimentalismo que nubla el juicio, es lo que permite al médico ser honesto sin ser cruel, prudente sin ser cobarde.

4. La contemplación: la dimensión trascendente de la práctica médica.

4.1. La crisis de sentido como problema bioético.

Hay una constatación que emerge de la práctica clínica prolongada y que no siempre recibe la atención que merece en el debate bioético: muchas de las cuestiones más difíciles a las que se enfrenta la medicina contemporánea no son, en su raíz, problemas técnicos ni siquiera problemas morales en sentido estricto. Son problemas de sentido. La demanda de eutanasia, el sufrimiento frente al diagnóstico de una enfermedad grave, la dificultad para aceptar los límites de la medicina: en muchos casos, bajo estas realidades subyace una pregunta más radical que el paciente —y a veces también el médico— no sabe cómo formular: ¿quién soy?, ¿qué significa lo que me está ocurriendo? Antoine de Saint-Exupéry escribió que «*lo esencial es invisible a los ojos*»[4]. Esta afirmación, que en el contexto de El principito tiene la apariencia de una enseñanza infantil, encierra una verdad de enorme relevancia para la medicina: la persona que el médico tiene delante no se reduce a lo que las pruebas diagnósticas pueden capturar. Hay una dimensión del ser humano —su interioridad, sus vínculos, su historia de sentido, su apertura o cierre a la trascendencia— que permanece invisible a los instrumentos de la ciencia y que, sin embargo, determina en gran medida cómo vive la enfermedad, cómo sufre, cómo muere y, en última instancia, si puede sanar o al menos reconciliarse con lo que le ocurre.

4.2. La pobreza espiritual como diagnóstico social.

El filósofo Byung-Chul Han ha diagnosticado con agudeza uno de los rasgos definitorios de nuestra época: la sustitución del asombro por la duda cartesiana (9). La modernidad ha construido una subjetividad que desconfía sistemáticamente de todo aquello que no puede ser verificado, cuantificado o controlado. El resultado es una forma de empobrecimiento que no se mide en términos económicos: es la incapacidad para habitar el misterio, para tolerar la incertidumbre sin reducirla inmediatamente a un problema técnico que debe resolverse.

Esta constatación conecta con una de las aportaciones más influyentes de la psicología y la

Los pilares de la medicina humanitaria: competencia, compasión y contemplación. Una reflexión bioética desde la práctica clínica. antropología del siglo XX al pensamiento médico: la obra de Viktor Frankl. Frankl, superviviente de los campos de concentración nazis y fundador de la logoterapia, demostró empíricamente algo que la medicina rara vez integra en sus modelos: la capacidad del ser humano para sobrevivir y encontrar dignidad en situaciones de sufrimiento extremo depende en una medida decisiva de su capacidad para encontrar sentido a lo que vive (10). El sufrimiento sin sentido destruye; el sufrimiento que puede ser integrado en un horizonte de significado se convierte, paradójicamente, en una fuente de crecimiento personal. Esta distinción tiene implicaciones directas para la práctica clínica: el médico que acompaña al paciente en la búsqueda de sentido no está practicando psicología ni teología, sino medicina en su acepción más completa.

La pobreza espiritual —y el término «espiritual» no remite necesariamente a una tradición religiosa, sino a la dimensión más profunda y más irreductiblemente personal del ser humano— tiene consecuencias directas sobre la experiencia de la enfermedad y sobre la relación terapéutica. Una persona que no tiene recursos internos para dar sentido a su sufrimiento, que no puede ubicarlo en ningún horizonte de significado, tenderá a percibirlo como un fracaso o como una injusticia ante los que la única respuesta posible es la supresión técnica. Una sociedad que ha perdido la capacidad de preguntar por quién doblan las campanas [5] —quién es ese otro cuya muerte me afecta— ha perdido también la capacidad de entender por qué el cuidado del moribundo importa más allá de la eficacia terapéutica.

No se trata, en modo alguno, de imponer una visión religiosa de la existencia ni de ignorar el legítimo pluralismo de las convicciones personales. Se trata de reconocer que la medicina que no atiende la dimensión espiritual del paciente —en el sentido amplio del término— practica una reducción antropológica que tiene consecuencias éticas. Ignorar que el sufrimiento humano no es solo biológico es, en definitiva, ignorar a la persona.

4.3. La contemplación como actitud clínica y exigencia bioética.

La contemplación designa aquí una actitud que puede cultivarse independientemente de las creencias religiosas del profesional: la disposición a permanecer ante lo que no se puede resolver, a acompañar sin el imperativo de actuar, a reconocer que hay dimensiones de la experiencia humana que no corresponde al médico gestionar, sino simplemente respetar y honrar. Cicely Saunders, fundadora del movimiento moderno de cuidados paliativos, entendió esta verdad antes de que la bioética la articulara académicamente: ante el moribundo, lo más terapéutico a veces es simplemente permanecer.

Los pilares de la medicina humanitaria: competencia, compasión y contemplación. Una reflexión bioética desde la práctica clínica.

Esta actitud contemplativa no es un añadido ajeno a la técnica sino que tiene una traducción clínica precisa: la atención. La filósofa Simone Weil describió la atención no como un esfuerzo de concentración crispada, sino como una espera receptiva que exige suspender el propio juicio y vaciarse de las construcciones con que la mente se anticipa a la realidad del otro. Atender, en este sentido, no es un medio para un fin diagnóstico: es ya en sí mismo un acto ético, porque reconoce al paciente como una realidad que existe con independencia de mis categorías, mis prejuicios y mis prisas. Esta noción, incorporada en los últimos años a la bioética de los cuidados paliativos (11,12), ilumina por qué la presencia atenta ante el enfermo es la raíz de la que brotan tanto el respeto a su dignidad como la escucha que hace posible percibir aquello que ningún instrumento mide. La contemplación, así entendida, no aleja al médico de la clínica: lo devuelve a ella con una mirada capaz de ver a la persona entera.

La contemplación, en este sentido clínico, genera asombro —esa capacidad de admiración ante el misterio de la existencia humana que la técnica no puede producir— y ese asombro es, a su vez, el fundamento de un respeto genuino por la dignidad del paciente. No se trata de un respeto puramente normativo, derivado del reconocimiento abstracto de los derechos del paciente, sino de un respeto que nace de la experiencia de encontrarse con algo que desborda la propia comprensión: la singularidad irreductible de cada ser humano.

4.4. El ejemplo de San Juan de Dios: integración de los tres pilares.

La historia de la medicina ofrece figuras que encarnan de manera ejemplar la integración de los tres pilares aquí propuestos. San Juan de Dios, el fundador de la Orden Hospitalaria que llevaría su nombre, ilustra esta integración de un modo que merece atención desde la bioética histórica (13). Su trayectoria no partió de la competencia técnica ni de una formación médica sistemática: partió de la contemplación. La experiencia de escucha de una palabra, que le conmovió hasta lo más hondo, desencadenó en él una compasión que se tradujo en una acción concreta de cuidado hacia los más vulnerables; y esa compasión en acción fue generando, progresivamente, un conocimiento práctico y una organización del cuidado que ha contribuido de forma decisiva al desarrollo de los cuidados y la organización hospitalaria.

Este itinerario —de la contemplación a la compasión y de la compasión a la competencia— no es el único posible, pero señala algo importante: el orden entre los pilares no es jerárquico ni necesariamente cronológico, sino circular y mutuamente fecundante. La competencia sin

Los pilares de la medicina humanitaria: competencia, compasión y contemplación. Una reflexión bioética desde la práctica clínica. La compasión es técnica deshumanizada; la compasión sin competencia es bondad impotente; la contemplación sin los otros dos es mística sin encarnación. Los tres pilares se necesitan mutuamente para sostener una práctica médica que sea, al mismo tiempo, científicamente rigurosa, éticamente consistente y humanamente fecunda.

4.5. El final de la vida como espacio contemplativo.

El envejecimiento y el proceso de morir son, desde esta perspectiva, experiencias que poseen una riqueza que la medicina tecnológica tiende a oscurecer. La ancianidad no es únicamente un estado de deterioro progresivo que la geriatría debe gestionar: es también un tiempo que puede estar cargado de sabiduría, de integración de la experiencia vivida, de una apertura a lo permanente y lo esencial que la urgencia de la vida activa no siempre permite. La contemplación —esa capacidad de habitar el presente con profundidad— es especialmente posible y especialmente necesaria en este periodo de la vida.

La esperanza, que es el fruto por excelencia de la contemplación, no puede imponerse ni prescribirse. El médico puede, sin embargo, crear las condiciones para que florezca: acompañando sin falsas certezas, reconociendo el misterio sin negarlo, permaneciendo sin huir. Esta presencia contemplativa no es una renuncia a la competencia ni una expresión de impotencia: es la forma más alta de ayuda cuando los límites de la medicina técnica han sido alcanzados.

5. Hacia una Bioética de la integración: implicaciones para la práctica clínica.

La propuesta de los tres pilares de la medicina humanitaria tiene implicaciones que van más allá de la reflexión filosófica. En el plano de la formación médica, sugiere que la educación de los futuros médicos no puede limitarse al dominio de los contenidos biomédicos y las habilidades técnicas. La competencia compasiva y la sensibilidad contemplativa —la capacidad de dejarse afectar por el sufrimiento del otro, de habitar la incertidumbre sin ansiedad defensiva, de reconocer la dimensión espiritual de la persona— son actitudes que pueden y deben cultivarse, y que requieren espacios de formación que las humanidades, las artes y la práctica reflexiva pueden proporcionar.

En el plano de la organización sanitaria, la propuesta implica que los sistemas de salud que reducen la relación clínica a una transacción eficiente —optimizando tiempos de consulta, protocolizando al máximo las decisiones, midiendo resultados en términos exclusivamente

Los pilares de la medicina humanitaria: competencia, compasión y cuantitativos— están, inadvertidamente, erosionando las condiciones que hacen posible la excelencia médica. La humanización de los cuidados no es un lujo que el sistema pueda darse cuando sobran recursos: es una condición de calidad asistencial que, a largo plazo, reduce el sufrimiento innecesario y, con él, parte de la presión sobre los recursos sanitarios.

En el plano bioético, la propuesta invita a repensar algunos de los debates más complejos de nuestra época —desde la gestión del final de la vida hasta la atención a las personas mayores, pasando por la legítima demanda de un trato digno y personalizado— desde un marco que no reduzca la dignidad humana a la autonomía, ni el cuidado a la eficacia terapéutica. La relación terapéutica, entendida como un espacio de encuentro entre dos libertades y dos vulnerabilidades, es ya en sí misma un bien ético que la sociedad tiene interés en preservar.

Francesc Torralba ha articulado esta intuición con rigor: la solidaridad genuina —y la medicina compasiva es una forma de solidaridad— *«nace de una convicción profunda y reflexiva de la persona que, consciente de la defensa de la dignidad igual de todos los hombres, de la unión profunda que existe entre todos los seres del universo, reacciona frente a las injustas desigualdades tratando de erradicar sus causas»* (14). Esta convicción no puede generarse por decreto ni imponerse desde los protocolos institucionales: solo puede nacer de ese núcleo interior —racional, afectivo, espiritual— que la contemplación ayuda a descubrir y la compasión ayuda a activar.

6. Conclusiones.

A lo largo de estas páginas ha latido una convicción que excede el ámbito estrictamente médico y que conecta con una inquietud compartida por el pensamiento contemporáneo: la de custodiar lo humano frente a la tentación de reducirlo a función, dato o rendimiento. Esa misma inquietud recorre la encíclica «Magnifica Humanitas», dedicada a la custodia de la persona en el tiempo de la inteligencia artificial. Aunque su objeto es distinto al de este artículo, comparte con él un núcleo: la comprensión de la verdad no solo como verificación lógica, sino como un bien profundamente relacional, que se construye a través de vínculos de confianza y prácticas compartidas, en un diálogo honesto con los demás y con el mundo (15). La aplicación a la bioética es inmediata: si no hay verdad pública sin confianza social, tampoco hay verdad médica sin la relación de confianza que sostiene el encuentro clínico. Cuando se abandona la idea de una verdad universal sobre el bien que la medicina puede

Los pilares de la medicina humanitaria: competencia, compasión y contemplación. Una reflexión bioética desde la práctica clínica.

ofrecer, cambia también la concepción de la profesión médica, la raíz de la crisis que aquí se ha descrito puede formularse, parafraseando ese documento, como la «errónea convicción de ser el único autor de sí mismo»: una autosuficiencia que cierra al sujeto sobre sí y disuelve los vínculos en los que la medicina humanitaria encuentra su sentido. La medicina humanitaria, tal como se ha propuesto en este artículo, no es un ideal utópico que contraste con la realidad de la práctica cotidiana. Es, al contrario, el horizonte que orienta y da sentido a esa práctica, el que impide que la medicina se reduzca a una tecnología aplicada al cuerpo y la recupera como un arte que se ejerce en la relación entre personas. Los tres pilares —competencia, compasión y contemplación— no son opciones entre las que el médico pueda elegir según su temperamento o sus convicciones: son dimensiones constitutivas de una práctica médica éticamente responsable. La competencia sin los otros dos pilares produce técnica sin conciencia. La compasión sin competencia produce buenas intenciones sin eficacia real. La contemplación sin los otros dos se convierte en mística desencarnada. Solo en su integración emerge la figura del médico completo: aquel que sabe, que se conmueve y que sabe habitar el misterio. La crisis de la medicina contemporánea tiene múltiples dimensiones —epistemológica, relacional, espiritual— que se reflejan y se amplifican mutuamente. Las respuestas parciales — más tecnología, más protocolos, más normativa ética— son necesarias pero insuficientes. Lo que la medicina necesita, en el fondo, es recuperar su vocación originaria: el cuidado del ser humano en su integralidad, desde el rigor científico, desde el afecto compasivo y desde el respeto contemplativo ante el misterio de la existencia. Esa recuperación es posible. Depende, en última instancia, de la decisión de cada profesional de no resignarse a ser menos médico de lo que podría ser. Y depende también de que la sociedad reconozca que la medicina que merece es aquella que cuida no solo los cuerpos, sino de las personas.

[1] Letamendi J. Aforismos. Inscripción en el salón de grados de la Facultad de Medicina de Sevilla.

[2] Del poema The Rock, de T. S. Eliot.

[3] Mateo 7, 16. Santa Biblia.

[4] Tomada del libro El principito, de Antoine de Saint-Exupéry.

[5] Atribuida a John Donne, Devotions upon Emergent Occasions (1624).

Los pilares de la medicina humanitaria: competencia, compasión y contemplación. Una reflexión bioética desde la práctica clínica.

Referencias bibliográficas.

- Cruz-Jentoft AJ, Carpena-Ruiz M, Montero-Erasquín B, Sánchez-Castellano C, SánchezGarcía E. Exclusion of older adults from ongoing clinical trials about type 2 diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(5):734-738. doi:10.1111/jgs.12215.
- van Marum RJ. Underrepresentation of the elderly in clinical trials, time for action. *Br J Clin Pharmacol.* 2020;86(10):2014-2016. doi:10.1111/bcp.14539.
- Cassell EJ. Recognizing suffering. *Hastings Cent Rep.* 1991;21(3):24-31. doi:10.2307/3563319.
- Cases L, Vela E, Santaegència Gonzàlez SJ, Contel JC, Carot-Sans G, Coca M, et al. Excess mortality among older adults institutionalized in long-term care facilities during the COVID-19 pandemic: a population-based analysis in Catalonia. *Front Public Health.* 2023;11:1208184. doi:10.3389/fpubh.2023.1208184.
- Farrell TW, Francis L, Brown T, Ferrante LE, Widera E, Rhodes R, et al. Rationing limited healthcare resources in the COVID-19 era and beyond: ethical considerations regarding older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(6):1143-1149. doi:10.1111/jgs.16539.
- Trinkaus E, Zimmerman MR. Trauma among the Shanidar Neandertals. *Am J Phys Anthropol.* 1982;57(1):61-76. doi:10.1002/ajpa.1330570108.
- Spikins P, Needham A, Wright B, Dytham C, Gatta M, Hitchens G. Calculated or caring? Neanderthal healthcare in social context. *World Archaeol.* 2018;50(3):384-403. doi:10.1080/00438243.2018.1433060.
- Torralba Roselló F. Antropología del cuidar. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina; 1998.
- Han BC. La sociedad del cansancio. 4.ª ed. Barcelona: Herder; 2024.
- Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder; 2015. 14
- Kissler M. The rarest and purest form of generosity: Simone Weil's attention and medical practice. *J Med Humanit.* 2024;45(4):391-402. doi:10.1007/s10912-024-09885-7.
- Petriceks AH. A negative effort: Simone Weil and the ethics of attention in palliative care. *Palliat Support Care.* 2022;20(4):589-590. doi:10.1017/S1478951522000438.
- Javierre JM. Juan de Dios, loco en Granada. Salamanca: Sígueme; 1996.
- Torralba Roselló F. Inteligencia espiritual. Barcelona: Plataforma Editorial; 2010.
- León XIV. Carta encíclica Magnifica humanitas, sobre la custodia de la persona humana en el tiempo de la inteligencia artificial. Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 15 de mayo de 2026. Disponible en: <https://www.vatican.va/content/leo-xiv/es/encyclicals/documents/20260515-magnifica-humanitas>.

Los pilares de la medicina humanitaria: competencia, compasión y contemplación. Una reflexión bioética desde la práctica clínica.

Cómo citar:

Gómez-García, R. *Los pilares de la medicina humanitaria: competencia, compasión y contemplación. Una reflexión bioética desde la práctica clínica.* Bioética y ciencias de la salud. [internet] 2026;14:(2).
<https://doi.org/10.69105/ByCS.2026.14.2.1.2>.