
La silenciosa ruptura del sistema sanitario

Javier Crespo (1, 2, 3)

1. Profesor de Medicina. Escuela de Medicina. Universidad de Cantabria
2. Investigación clínica y traslacional en enfermedades digestivas, Instituto de Investigación Valdecilla (IDIVAL), Santander.
3. MedicineAI, Madrid, España.

Autor de correspondencia: Javier Crespo

ORCID: [hps://orcid.org/0000-0001-8248-0172](https://orcid.org/0000-0001-8248-0172)

javier.crespo@sasalud.es / javiercrespo1991@gmail.com / @DrJavierCrespo

Resumen. El texto analiza la crisis actual del sistema sanitario como una quiebra profunda del pacto social entre el Estado, la profesión médica y la ciudadanía, más allá de problemas de gestión o financiación. Sostiene que la raíz del problema es la erosión del fundamento humanista de la medicina, entendida no solo como técnica, sino como una práctica moral que integra ciencia, conciencia y compasión. La presión por métricas, productividad y rendimiento ha desplazado la dimensión relacional del cuidado, vaciando de sentido el acto clínico. Durante décadas, el sistema se ha sostenido sobre un pacto tácito de sobre-esfuerzo profesional, confundiendo vocación con disponibilidad ilimitada. Este modelo, basado en el desgaste, ha alcanzado su límite y ha generado una crisis internacional de agotamiento médico. La sobrecarga estructural, las guardias prolongadas, la burocratización y la gobernanza por indicadores erosionan el juicio clínico y la identidad profesional, favoreciendo la lesión moral. Las consecuencias recaen directamente sobre los pacientes, en forma de prisa normalizada, pérdida de continuidad y deterioro silencioso de la calidad asistencial. El texto concluye reclamando un nuevo contrato social que garantice una sanidad segura, humana y sostenible, basada en condiciones laborales justas y en una gobernanza que incorpore la experiencia clínica para poder cuidar mejor a los pacientes.

Summary. The text frames the current healthcare crisis as a profound breakdown of the social contract between the state, the medical profession, and society, rather than a mere issue of management or funding. At its core lies the erosion of the humanistic foundation of medicine, understood not only as applied science but as a moral practice combining science, conscience, and compassion. Increasing reliance on metrics, productivity targets, and performance indicators has marginalized the relational dimension of care, draining clinical work of meaning. For decades, healthcare systems have relied on an implicit pact of professional overcommitment, conflating vocation with unlimited availability. This wear-based model has reached its functional limit, giving rise to a global crisis of

physician burnout. Structural overload, prolonged on-call duties, bureaucratic expansion, and metric-driven governance undermine clinical judgment and professional identity, leading to moral injury. Patients ultimately bear the consequences through rushed care, fragmented continuity, and a silent decline in quality and safety. The article calls for a renewed social contract grounded in professional dignity, collaborative governance, and the recognition that caring for clinicians is essential to delivering safe, humane, and sustainable healthcare.

El fundamento humanista de la medicina: más allá de la técnica.

La crisis que atraviesa el sistema sanitario contemporáneo no puede entenderse únicamente como un problema de gestión, financiación o eficiencia organizativa. Se trata, en realidad, de la quiebra de un pacto social profundo entre el Estado, la profesión médica y la ciudadanía. No estamos ante una mera acumulación de tensiones asistenciales, sino ante una crisis de legitimidad: el sistema ha dejado de garantizar las condiciones mínimas necesarias para que el cuidado sea seguro, humano y éticamente responsable. En la raíz de esta fractura se encuentra la erosión de uno de los pilares esenciales de la medicina: su naturaleza como práctica humana y moral, no reducible a un ejercicio técnico. La medicina no es solo conocimiento aplicado; es una forma exigente de cuidado que combina ciencia, juicio y responsabilidad. El acto clínico se sostiene sobre una tríada inseparable, ciencia, conciencia y compasión, que exige deliberación, presencia y una relación personal con quien sufre. Gregorio Marañón lo formuló con sobriedad, y William Osler lo expresó con una claridad que sigue interpelándonos: el buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad.

Ese acto, clínico y humano a la vez, no ocurre en el vacío. Necesita tiempo, un marco estable que permita la relación clínica, descanso y estabilidad. Sin embargo, este núcleo ético se ve hoy amenazado por demandas explícitamente utilitaristas de los sistemas sanitarios modernos, que subordinan la práctica clínica a métricas cuantitativas, indicadores de productividad y lógicas de rendimiento. En este marco, la dimensión relacional del cuidado queda relegada, y con ella el sentido mismo del trabajo médico. Se instala así una pérdida progresiva de significado que no es anecdótica, sino estructural. Paradójicamente, uno de los pilares de la buena medicina, la aceptación de la incertidumbre, ha pasado a considerarse una debilidad. La capacidad del médico para decir “no lo sé” no es un fracaso, sino un acto de honestidad intelectual que abre espacio al pensamiento clínico, a la imaginación diagnóstica y al cuidado individualizado. Esta humildad epistémica, imprescindible cuando se aplican verdades científicas generales a personas únicas, choca frontalmente con la falsa certeza que impregna buena parte de la retórica sanitaria contemporánea. La erosión de este fundamento humanista, que valora la duda reflexiva y el vínculo personal, ha ido empujando al sistema hacia un agotamiento estructural.

Un equilibrio agotado: el desgaste como cimiento del sistema sanitario

Durante décadas, el sistema sanitario ha funcionado apoyándose en un pacto tácito, nunca escrito, que trasladó sobre sus profesionales una carga sostenida de sacrificio y sobreesfuerzo, bajo la premisa de que la vocación podía compensar la ausencia de condiciones materiales y organizativas adecuadas. Esta forma de funcionamiento, a

menudo celebrada como eficiencia, ha normalizado un desgaste profesional que se asumía como parte inherente del "oficio", de nuestra profesión. No era resignación ni indiferencia; era lealtad. Hoy, ese equilibrio ha llegado a su punto de ruptura. El malestar ha emergido con claridad y el modelo ha alcanzado su límite funcional. No se trata de un fenómeno local ni coyuntural. El agotamiento médico es una crisis internacional que revela una fractura sistémica en la forma de concebir y organizar la práctica médica. Los patrones se repiten en sistemas sanitarios diversos y robustos, no como episodios aislados, sino como expresiones convergentes de un modelo que ha dejado de ser viable.

La eficiencia del sistema se ha construido utilizando el compromiso profesional como un recurso aparentemente inagotable. Se ha confundido vocación con disponibilidad ilimitada y responsabilidad con sacrificio permanente. Este modelo, sostenido sobre el desgaste, no solo amenaza el bienestar de los profesionales, sino también la seguridad y la calidad de la atención que reciben los pacientes. En otras palabras: hay sistemas que se sostienen por diseño, por previsión o por buen gobierno. Y hay otros cuyo equilibrio depende, de forma menos visible, de la resistencia silenciosa de quienes los habitan. Pero todo equilibrio basado en el desgaste termina, antes o después, por romperse.

Las causas de la fractura: un diagnóstico multidimensional

La situación actual no responde a una causa única, sino a la confluencia de factores estructurales, profesionales y de gobernanza que han erosionado progresivamente las bases de la práctica médica. Uno de los elementos más visibles es la sobrecarga estructural normalizada, cuya máxima expresión es el sistema de guardias prolongadas. Este modelo no solo impone jornadas extenuantes de alto riesgo, sino que crea una dependencia económica de las propias condiciones que generan fatiga crónica y riesgo clínico. Defender límites razonables no responde a una lógica reivindicativa, sino a una política de seguridad del paciente. La fatiga introducida de forma estructural en el sistema reduce el margen cognitivo del profesional, dificulta la detección de lo que no encaja y favorece el automatismo. La medicina no es una ciencia exacta; se ejerce en la ausencia de certeza cotidiana, que exige tiempo para pensar y capacidad de dudar. A esta sobrecarga se suma una erosión profunda de la identidad profesional. Muchos médicos experimentan una lesión moral persistente, fruto de la distancia entre lo que saben que deberían hacer y lo que el marco real de trabajo les permite. La práctica clínica se convierte así en una sucesión de renunciaciones: menos tiempo por paciente, decisiones aceleradas, seguimiento fragmentado. El trabajo sigue siendo técnicamente correcto, pero se empobrece en su dimensión más humana.

La gobernanza por métricas y la hipertrofia administrativa han desplazado el eje del trabajo médico desde el cuidado hacia el cumplimiento. La burocracia invade el tiempo clínico, y el juicio profesional queda subordinado a indicadores que confunden atender con despachar. A ello se añade una desconexión persistente entre quienes diseñan las políticas sanitarias y la realidad clínica cotidiana. Los médicos no gobiernan el sistema; trabajan dentro de un marco definido por los poderes públicos. Cuando ese marco se diseña de espaldas a la práctica real, el impacto recae inevitablemente sobre el paciente.

El paciente en el epicentro: consecuencias de un sistema extenuado

El deterioro de las condiciones profesionales trasciende el ámbito laboral. Es una crisis de salud pública cuyas consecuencias afectan directamente a la seguridad, la calidad y la humanidad de la atención. El mayor daño al

paciente no comienza cuando el sistema se detiene de forma excepcional, sino cuando funciona de manera permanente bajo condiciones de prisa normalizada. La sobrecarga crónica no genera titulares, pero deteriora de forma silenciosa la continuidad, la seguridad y la calidad del cuidado. El error no siempre adopta la forma de una catástrofe visible; aparece como omisión, retraso, simplificación excesiva o pérdida de seguimiento. El paciente lo percibe en listas de espera interminables, consultas breves que no permiten preguntar, en la repetición de su historia ante rostros siempre distintos, en la sensación de haber sido atendido, pero no realmente escuchado.

La buena medicina necesita tiempo. Tiempo para escuchar sin interrumpir, para explorar sin automatismos, para pensar sin ruido. Necesita continuidad asistencial: conocer al paciente, su historia, sus miedos, sus límites. Cuando esa continuidad se rompe, el cuidado se fragmenta y se instala una forma sutil de desamparo que no figura en los indicadores, pero erosiona la confianza y aumenta el riesgo clínico.

Hacia un nuevo contrato social: reconstruir la confianza para cuidar mejor

El conflicto actual no debe interpretarse como un final, sino como una advertencia responsable. El viejo pacto, basado en el sobreesfuerzo y en la creencia de que la vocación podía suplirlo todo, está roto de forma irreversible. Persistir en él no solo es inútil, sino peligroso.

Es necesario forjar un nuevo contrato social por una sanidad segura, humana y sostenible. Un pacto basado en la equidad y la dignidad profesional, en una gobernanza colaborativa que incorpore de forma efectiva el conocimiento clínico a la toma de decisiones, y en el reconocimiento de que cuidar a los médicos no es una concesión, sino una condición indispensable para proteger a los pacientes.

Queremos seguir ejerciendo esta profesión. Seguir curando, acompañando y aliviando. Pero una medicina verdaderamente humana exige algo más que buena voluntad: exige tiempo, atención, continuidad y juicio. Y unas condiciones laborales justas. Escuchar lo que hoy expresan quienes sostienen el sistema puede ser una oportunidad para recuperar lo esencial y reconstruir una sanidad más justa, más humana y, sobre todo, más segura para quienes confían en ella cuando más lo necesitan.

Esta publicación se distribuye bajo la licencia Crea6ve Commun Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).
[hBps://crea6vecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es](https://crea6vecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es)

No se declara conflicto de intereses.

El texto ha sido redactado por Javier Crespo con asistencia puntual de herramientas de IA, sin generación automática no supervisada.