

ÉTICA MÉDICA, BIOÉTICA Y ATENCIÓN AL USUARIO

Recepción MIR – Oviedo 2004

Las páginas siguientes tratan de ofrecer, por un lado, los rasgos generales que caracterizan a la ética médica y a la bioética en nuestros días, así como sus relaciones y diferencias, y, por otro lado, exponer algunas sugerencias para la actuación ética y moral de los profesionales sanitarios ante el próximo futuro.

1. ÉTICA Y MEDICINA: DOS DIMENSIONES INSEPARABLES

Hace ya muchos siglos, un conocido autor griego afirmó que «cuando se hace una cosa en razón de algo, no se quiere lo que se hace, sino aquello por lo que se hace» o, con otras palabras, «todo hay que hacerlo buscando el bien... el fin de todas las acciones es el bien»¹.

La búsqueda y la práctica del bien han sido desde siempre los objetivos de la ética, sea cual sea su versión histórica y conceptual. Asimismo, entre la jerarquía de bienes humanos, la salud siempre ha ocupado un lugar muy elevado, y, por ello, el «arte de sanar» se ha convertido desde muy antiguo en una de las definiciones quizá más acertadas de lo que entraña y significa el ejercicio de la medicina.

En consecuencia, ética y medicina son dimensiones inseparables. La medicina no es un arte o una praxis que, además de contar con sus propias reglas científico-técnicas, tuviera que estar dotada o adornada con sobreañadidos éticos. Antes al contrario, la naturaleza misma de este arte o praxis es, por sí misma, ética, porque se constituye precisamente en el ámbito de la ética: sanar a los enfermos y conservar a los sanos, pero jamás transformar sanos en enfermos y enfermos en cadáveres. La acción médica es en sí misma fuente de ética porque su objetivo específico es el bien de la salud y, a mayor abundancia, preservar y proteger la vida humana.

Conviene recordar aquí que el término griego *êthos* significa literalmente hogar, residencia, morada donde se vive habitualmente o, con otras palabras, el suelo nutricio donde se hunden las raíces de donde proviene el carácter o modo de ser que se va adquiriendo a lo largo de la vida. Por esa misma razón, los profesionales sanitarios poseen su propio *êthos* dado que el arte de sanar es el hogar donde se adquieren los conocimientos científico-técnicos y, a la vez, es el suelo nutricio desde donde se desarrolla una determinada personalidad ética y un característico modo de ser y de actuar.

A partir de estas consideraciones se comprende por qué la ética médica es la fuente constantemente generadora de la moral médica, es decir, de un conjunto de valores, principios y normas que caracterizan y distinguen a la profesión médica. Ejemplo de ello es el Juramento de Hipócrates en el que se ha plasmado el primer Código de Ética Médica de Occidente, dando así lugar al desarrollo de los posteriores Códigos de Ética y Deontología Médica hasta nuestros días².

Lo que contienen estos códigos son los rasgos característicos de la figura moral del médico, como miembro de un grupo que lo reconoce e identifica para ejercer el arte de sanar. La moral médica, por consiguiente, ha de estar siempre muy atenta para actualizar con el paso

¹ Platón, *Gorgias*, 467, 468b, 499e.

² Véase J. Gafo, «Los Códigos Médicos», en ID (ed.), *Dilemas éticos de la medicina actual*, UPCM, Madrid 1986, 17-41.

del tiempo sus orígenes éticos, sin contradecirlos, so pena de perder su propia identidad. El reciclaje de los contenidos morales de cualquier código de ética médica hay que realizarlo sin desviarse de la fuente ética que los genera, pues, de lo contrario, actuaría al margen de la ética e incluso en oposición a ella, lo que supondría una grave responsabilidad histórica, social y profesional.

En el caso de que albergásemos alguna duda y hasta alguna sospecha sobre todo lo anterior bastaría con preguntarnos³: ¿Cuáles son los criterios de existencia de nuestra actividad? ¿Cuáles son los fines que persigue? ¿Qué reglas debe adoptar? ¿Qué valores quiere realizar?. Las respuestas serán el fundamento en el que se apoya la ética médica y su correspondiente moral profesional.

Una muestra de lo que se acaba de exponer es el actual Código de Ética y Deontología Médica de España, que tras definir la Deontología médica como «el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta de profesional del médico» (artículo 1), desarrolla después en el artículo 4 el siguiente elenco de valores, principios y deberes:

- La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico.
- El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes sin discriminación alguna.
- La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia.
- El médico nunca perjudicará intencionadamente al paciente ni le atenderá con negligencia. Evitará también cualquier demora injustificada en su asistencia.

2. ÉTICA Y BIOÉTICA: ¿DOS ENFOQUES COMPLEMENTARIOS?

Aunque la expresión «ética médica» apareció por primera vez a principios del siglo XIX, acuñada por un médico de Manchester llamado Thomas Percival, lo cierto es que se venía impartiendo desde la Edad Media con la misma metodología e idénticos contenidos, y en estrecha dependencia con el código ético de Hipócrates. Especial influencia ha tenido la Teología moral católica en todo este recorrido histórico, dando lugar a la publicación de Manuales de ética médica que todavía se han utilizado en nuestras Facultades hasta fechas relativamente recientes.

Sin embargo, a partir de los años sesenta del pasado siglo, la estructura de esta ética médica comenzó a erosionarse hasta el punto de experimentar una profunda «metamorfosis»⁴. Las causas son múltiples y complejas. Una de ellas, quizá la más influyente, es la de haberse convertido la vida y la salud en objeto de la más amplia preocupación pública y del más riguroso análisis por parte de científicos, filósofos, teólogos y juristas, adoptando el nombre de «Bioética».

Suele decirse que el nuevo neologismo «bioética» (*bios* y *ethos*) se debe a Van Rensselaer Potter, un bioquímico dedicado a la investigación oncológica en la Universidad de Wisconsin, que lo puso en circulación a principios de los años setenta del pasado siglo. Sin em-

³ M. Canto-Sperber, *La inquietud moral y la vida humana*, Paidós, Barcelona 2002, 154-155.

⁴ E. D. Pellegrino, «La metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años», en A. Couceiro (ed.), *Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid 1999, 73-87.

bargo, Potter no hizo escuela y, además, tampoco nada hace pensar que haya enfocado la bioética a tratar los problemas éticos en la clínica.

El mérito de haber puesto en marcha la institucionalización de la bioética corresponde al médico André Hellegers (1926-1979), especialista en Obstetricia y Ginecología, y primer Director del *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*. Él fue quien impulsó con decisión el diálogo interdisciplinar, como metodología de trabajo entre científicos y humanistas, en orden a la búsqueda de soluciones comunes y compartidas ante los nuevos problemas suscitados por el espectacular desarrollo de la biomedicina en el siglo XX.

No es posible trazar aquí la trayectoria histórica de la bioética⁵, aunque sí es justo dejar constancia de la rápida difusión que ha alcanzado hasta nuestros días en el plano regional, nacional e internacional, así como de la inabarcable lista de publicaciones que existen al respecto⁶.

Tampoco resulta fácil ofrecer una definición de bioética, porque depende de los sistemas éticos que le sirven de fundamento y, en consecuencia, porque no es un término unívoco. Su reciente aparición, su localización intersticial más o menos acentuada, y los juegos ideológicos que vehicula, le confieren una identidad inestable y controvertida. De hecho, tanto su práctica como su discurso se sitúan en la intersección de múltiples tecnociencias (principalmente la biología y la medicina con sus diversas especialidades), de numerosas ciencias humanas (la sociología, la psicología, la antropología, la politología, por ejemplo), y de otras disciplinas que no son exactamente ciencias en sentido estricto (la ética, el derecho, la filosofía y la teología).

En cualquier caso, y dada la proliferación de definiciones, hay que destacar la del Dr. Francesc Abel, fundador del Instituto Borja de Bioética, en 1975, y pionero de esta nueva rama del saber en Europa: «Definimos la bioética como el estudio interdisciplinar, orientado a la toma de decisiones éticas de los problemas planteados a los diferentes sistemas éticos por los progresos médicos y biológicos, en el ámbito microsocia y macrosocia, micro y macroeconómico, así como su repercusión en la sociedad y su sistema de valores, tanto en el momento presente como en el futuro»⁷.

Conviene recordar, asimismo, que actualmente existe la tendencia a universalizar la bioética como un lenguaje básico o mínimo común denominador compuesto por cuatro principios: no-maleficencia (no hacer daño al enfermo o sujeto de investigación), justicia (repartir equitativamente los recursos sanitarios, así como los beneficios y riesgos de una acción médica), autonomía (respetar el sistema de valores del paciente o sujeto de investigación y contar con su libre consentimiento informado), y beneficencia (procurar el bien del enfermo encontrando el justo equilibrio entre los riesgos y beneficios de una acción médica)⁸.

Por último, es necesario añadir algunas cosas sobre las relaciones entre ética médica y bioética⁹. Para algunos, la bioética no es más que un nuevo nombre de la ética médica como única disciplina seria y tradicionalmente reconocida. Para otros, la ética médica es un capítulo

⁵ Cf. P. Simón - I. Barrio, «Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética», *Medicina Clínica* (Barc) 105 (1995) 583-597; L. Feito, «Panorama histórico de la Bioética», *Moralia* 20 (1997) 465-494.

⁶ Véase, por ejemplo, el archivo «George» de *Bioethics-Line*, disponible para los usuarios de Internet.

⁷ F. Abel, «Discurso de ingreso como académico de la “Reial Acadèmia de la Medicina de Catalunya”», *Labor Hospitalaria* 252 (1999) 65.

⁸ L. Benaroyo, «Principlisme», en G. Hottois - J. N. Missa (eds.), *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, DeBoeck Université, Bruxelles 2001.

⁹ G. Hottois, «Bioéthique», en *Nouvelle encyclopédie...*, 129-130.

de la bioética que, de ese modo, remonta sus orígenes a la época de Hipócrates. Sea como fue, este debate encierra una fuerte carga ideológica distribuida en dos posiciones:

- La primera tiende a confirmar el poder médico en su monopolio ético tradicional, un monopolio que ha adquirido mucho peso específico en la medida en que las tecnociencias médicas afectan a todos los aspectos del ser humano.
- La segunda contesta y descentra el monopolio ético anterior, porque pone de relieve la necesidad y la legitimidad de una metodología basada en el diálogo interdisciplinar en la que cada vez hay más no-médico, y usuarios en general, que reivindican su derecho a intervenir en los asuntos de la bio-medicina.

Se podría resumir todo esto diciendo que, al margen de la pluralidad existente de escuelas y planteamientos, la ética médica siempre será el eje vertebrador de la bioética en virtud de que la práctica de la biomedicina continúa siendo ella misma ética. Sin embargo, también es evidente que la bioética está descentrando a la ética médica en una doble dirección: hacia la sociedad global y hacia la naturaleza, como lugares donde se desarrolla la evolución del viviente humano.

La ética médica siempre permanecerá muy próxima a la deontología médica, que es una ética especial, profesional. La bioética, en cambio, incluye y se abre a cuestiones que sobrepasan en profundidad y amplitud los límites de una profesión, a la vez que implica la participación de expertos de disciplinas muy diferentes así como de otros actores sociales ajenos al sistema sanitario. Son dimensiones inseparables por el mismo eje ético que les confiere sentido, pero son magnitudes separables por el ámbito en que se mueve cada una de ellas y por la diversidad de protagonistas que intervienen en su desarrollo.

3. ALGUNAS SUGERENCIAS PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO

En nuestros días se ha puesto mucho énfasis en la orientación del sistema sanitario hacia los ciudadanos con el fin de hacer posible de manera efectiva el ejercicio de sus derechos en el campo de la salud.

Este planteamiento obliga a los profesionales sanitarios, y en particular a quienes se incorporan como trabajadores del sistema sanitario, a adoptar una perspectiva nueva en el ejercicio de la medicina. La ética y la bioética pueden hacer muchas sugerencias útiles para situarse en esta nueva óptica. En este sentido, y mucho antes que los principios, influyen sobremanera las *virtudes*, es decir, la convicción de que no hay nada mejor que el ejemplo de médicos competentes y dignos, que a través de su práctica profesional son modelo y ejemplo del bien hacer como profesionales y como personas. Es importante ser buen médico y también lo es ser médico bueno, porque interesa saber ética «no para saber qué es la virtud, sino para ser buenos, ya que de otro modo ningún beneficio sacaríamos de ella»¹⁰.

1. Potenciar la conciencia moral

En el lenguaje habitual es frecuente utilizar expresiones como “decidir en conciencia”, “tener buena o mala conciencia”, “tener remordimientos de conciencia”, entre otras. Se entiende por conciencia la autocomprensión del ser humano, en la que cada uno se sabe sometido a la exigencia incondicional de hacer el bien¹¹.

¹⁰ Aristóteles, *Ética Nicomáquea*, 1103b, 25-30.

¹¹ A. Schöph, «Conciencia», en O. Höffe (ed.), *Diccionario de ética*, Crítica, Barcelona 1994.

Es la sede de la moralidad personal y, en ocasiones suele aludirse a ella para identificar la conciencia moral de un determinado grupo. También es frecuente describirla como una “voz interior” que nos advierte y nos da la estimación de los actos que realizamos, así como el conocimiento y el juicio que recaen sobre nuestra vida moral. La conciencia atestigua, obliga, excusa, condena cuando es mala y absuelve cuando es buena. En cualquiera de los casos, la conciencia es el lugar más secreto e inviolable de la persona donde cada uno decide libremente el sentido de sus acciones, distinguiéndose así de la coacción externa de las normas jurídicas.

Actuar en conciencia, y no sólo por razones científico-técnicas, formar la conciencia como tarea que sobrepasa la formación permanente en la propia especialidad médica, son requisitos indispensables para ejercer una profesión que por algo se llama desde muy antiguo «arte» de sanar o, lo que es lo mismo, adquirir la virtud de tratar dignamente a las personas y de hacerles el mejor bien posible.

2. Potenciar la deliberación moral

Los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de tomar decisiones rodeadas de incertidumbre en no pocos casos. La deliberación consiste, precisamente, en considerar atenta y detenidamente los pros y contras de una decisión antes de adoptarla¹². «El objeto de la deliberación, entonces, no es el fin, sino los medios que conducen al fin»¹³. Los médicos, por tanto, no deliberan acerca de si curarán o no. Puesto el fin, que es sanar, consideran cómo y por qué medios pueden alcanzarlo, examinando cuál de ellos es el más adecuado, fácil y mejor¹⁴.

Así pues, la deliberación es un aprendizaje permanente que exige un razonamiento metodológico compuesto por los siguientes pasos: 1º) analizar los hechos con la mayor precisión (determinar los problemas, identificar los conflictos, estudiar las circunstancias); 2º) identificar, ponderar y sopesar los valores implicados, los fines perseguidos y los medios adecuados; 3º) describir los posibles cursos de acción ante un determinado tratamiento clínico; 4º) elegir la acción o secuencia de acciones mejor posible (contrastándola con la jerarquía de valores, comprobando la adecuación entre medios y fines, y evaluando sus resultados o consecuencias, y 5º) tomar la decisión final y ponerla en práctica, lo que suele conducir al inicio del proceso.

Actualmente, la habilidad de articular los principios de la bioética, antes citados, supone un riguroso ejercicio de deliberación para justificar razonadamente la toma de decisiones clínicas y, también, para asegurar el respeto a los derechos del paciente y salvaguardar las exigencias de la ética profesional.

3. Potenciar la actitud de servicio

La verticalidad y la distancia, junto a una excesiva asimetría y un exagerado reduccionismo científico-técnico, han llevado a los sistemas sanitarios, y a sus trabajadores, a convertirse prevalentemente en gestores especializados de salud. Esta mentalidad está conduciendo, simultáneamente, a comprender a los usuarios como clientes-consumidores de salud y objetos de estadística y clasificación.

Sin embargo, junto a esta tendencia generalizada, tanto los sistemas sanitarios como sus trabajadores están tomando conciencia de que las notas distintivas de su misión residen en

¹² Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, Madrid 2001.

¹³ Aristóteles, *Ética Nicomáquea*, 1113a.

¹⁴ Aristóteles, *Ética...*, 1112b,

la cercanía, la proximidad y la horizontalidad. Ello es debido, principalmente, a un amplio y diversificado movimiento reivindicativo, iniciado a principios del siglo XX, que ha situado las relaciones interpersonales en el eje central de las prestaciones sanitarias. Los usuarios reclaman ahora su condición de personas y solicitan ser atendidos de manera personalizada.

En este nuevo marco de comprensión los sistemas sanitarios están llamados a transformarse, por encima de todo, en *servicios*, y los profesionales que trabajan en ellos caen en la cuenta de que deben ser, ante todo, *servidores* que han de afirmar al ser humano, es decir, deben humanizar, y, además, han de afirmar a cada ser humano como persona¹⁵, o sea, deben personalizar sus prestaciones sanitarias. Por eso los servicios sanitarios tienen que estar orientados hacia los ciudadanos y posibilitar el ejercicio efectivo de sus derechos en el ámbito de la salud. Con otras palabras, están todos ellos llamados a desarrollar una ética del servicio público¹⁶.

Pensar y actuar en función del ser humano concreto, atender de forma personalizada a cada uno, ponerse al servicio de sus necesidades y expectativas, conlleva dos obligaciones: 1ª) aprender a escuchar la voz de los usuarios, y a mirar con atención su situación sanitaria, en vez de limitarse solamente a verla o quedarse exclusivamente en oír; y 2ª) tomar conciencia de que la relación con los usuarios no se construye sobre la base del poder y del dominio, sino sobre el encuentro, la acogida y la recepción, en orden a crear climas y espacios de hospitalidad¹⁷.

Como servidores de la vida y la salud, nuestra misión se cifra en la necesidad de recuperar la dirección hacia el otro, hacia los otros, sobre todo los más vulnerables, que no son competidores ni clientes, ni siquiera simples colaboradores o vecinos, sino *interlocutores* con todos los derechos. Este cambio de acento y de óptica, exige tomar conciencia de que cada vez que decimos «Yo» no estamos diciendo «te puedo», «te domino» o «te controlo», sino que decimos: «Heme aquí respondiendo de todo y de todos»¹⁸.

4. Potenciar el respeto de los derechos humanos

A lo largo de veinticinco siglos la relación sanitaria se ha caracterizado, sobre todo, por el paternalismo. Inmersos en este modelo, es comprensible que los profesionales sanitarios hayan tratado al enfermo como alguien “sin firmeza” en todos los aspectos, y era impensable mirar al enfermo como sujeto de derechos.

Con el paso del tiempo, y de muchas conquistas llenas de conflictos, la humanidad se ha percatado de que en el ser humano hay alguna cualidad esencial que lo hace valioso por sí mismo y objeto del máximo respeto. Esa cualidad se ha terminado plasmando en dos conceptos hoy corrientes y muy difíciles de definir: persona y dignidad. Defender y respetar la dignidad de la persona significa decir: sea quien seas, hayas hecho lo que hayas hecho, sea cual sea tu estado de salud física o mental, yo te respeto no por razón de tus cualidades, o de tus méritos. Carezco incluso de un por qué para hacerlo. Te respeto porque eres simplemente un hombre o una mujer, un ser humano, una persona¹⁹.

¹⁵ Cf. B. Cuesta, «Recrear la moral», *Moralia* 12 (1999) 19-21.

¹⁶ Cf. OCDE, *La ética en el servicio público*, Ministerio de Administraciones Públicas, Madrid 1997.

¹⁷ Cf. D. Innerarity, *Ética de la hospitalidad*, Península, Barcelona 2001.

¹⁸ E. Lévinas, *De otro modo que ser, o más allá de la esencia*, Sígueme, Salamanca 1995, 183.217.221.223; Véase también su obra *El humanismo del otro hombre*, Caparrós, Madrid 1993.

¹⁹ Cf. A. Langlois, «Dignité humaine», en *Nouvelle encyclopédie...*, 281-285, cit. supra nota 8..

La toma de conciencia de este nuevo paradigma, que considera a la persona como un sujeto de derechos, irrumpe también en el seno de las profesiones sanitarias rompiendo así el modelo paternalista de corte hipocrático. Aún data del año 1973 la primera Carta de Derechos del Paciente, que luego se difundió por Occidente. Desde entonces para acá han proliferado las declaraciones, leyes, códigos deontológicos y éticos, como sucede en el caso de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Todas estas iniciativas subrayan el compromiso asumido por los profesionales de la salud no para encerrarlo en la letra impresa, sino para adquirir nuevas actitudes cotidianas ante los usuarios, actitudes que tienen como objetivo esforzarse en alcanzar la excelencia profesional, tanto en los aspectos técnicos ligados a la profesión como en los aspectos éticos y jurídicos²⁰.

5. Potenciar la conciencia de los deberes

La eclosión de los derechos de los enfermos ha crecido exponencialmente en los últimos decenios. Hay incluso algún autor que caracteriza a nuestra sociedad con una expresión significativa: vivimos en el crepúsculo del deber²¹.

Por razones del objetivo que aquí se persigue, dejamos a un lado el oscurecimiento de los deberes por parte de los usuarios respecto a los servicios sanitarios, aunque salta a todas luces la necesidad imperiosa de elaborar planes de formación ciudadana para respetar el trabajo de los profesionales y no hacerles daño (principio de no-maleficencia), respetar el libre ejercicio de la profesión y no coaccionar a los trabajadores sanitarios para satisfacer deseos arbitrarios (principio de autonomía), y no incurrir en formas de menosprecio ni trato discriminatorio hacia las instituciones y a sus profesionales (principio de justicia). También la bioética da luces al respecto.

Sin embargo, es cierto que la nueva cultura de los derechos de los usuarios introduce a los profesionales en la obligación de cumplir una serie de obligaciones que no se habían exigido con anterioridad²². Los trabajadores sanitarios, además de los deberes que les corresponden como personas, tienen unos deberes irrenunciables como profesionales y, entre ellos, quizá no sea el menor el de practicar una “sanidad a la carta” que supedita la beneficencia del arte de sanar al puro y exagerado autonomismo de los pacientes, y de sus familias, que hoy está tan difundido.

En cualquier caso, y sin pretensiones de agotar el tema, la potenciación de los deberes profesionales exige actualmente: tratar con dignidad y respeto a los usuarios; respetar la intimidad y privacidad de los pacientes; respetar su capacidad de decidir libre y reponsablemente entre las opciones clínicas disponibles; guardar el secreto y la confidencialidad; tratar con preferencia a los más vulnerables y necesitados; reciclar constantemente las habilidades de comunicación, diálogo, cercanía y hospitalidad; cultivar la formación permanente de la propia especialidad.

En definitiva, la humanización de los servicios sanitarios pasa irremediabilmente por el respeto a los derechos de los usuarios. Cuando esto sucede, la percepción de la institución sanitaria es naturalmente positiva, y ello repercute en el grado de satisfacción del usuario, en

²⁰ Cf. E. Busquets, «El paciente: de *infirmus* a sujeto de derechos», *Bioética & Debat* 31 (2003) 1-4.

²¹ Cf. G. Lipovetsky, *Le crépuscule du devoir. L'éthique indolore des nouveaux temps démocratiques*, Gallimard, París 1992.

²² Cf. F. Torralba, «Despertar la conciencia de los deberes», *Bioética & Debat* 31 (2003) 10-11.

la imagen de la propia institución y en la autoestima de todos y cada uno de los profesionales de la sanidad.

6. Potenciar la solicitud de cuidar

Cuando ya no es posible sanar, siempre quedará la posibilidad de cuidar, se ha dicho repetidamente con profusión y acierto. El propio origen etimológico del término, *cura-curare*, significa simultáneamente curar y cuidar, lo que ya nos previene contra el error de separa teórica y prácticamente ambas dimensiones.

No obstante, y respecto a lo que ahora nos ocupa, la acción de cuidar procede de un conjunto de actitudes profundamente éticas: dedicación, esfuerzo -a veces angustioso- entrega y solicitud para responder a las necesidades del otro²³. En el fondo, la actitud de cuidar surge de las mismas entrañas de la ética en cuanto vivencia del otro y experiencia del otro, puesto que la matriz donde se gesta la ética es la relación de alteridad, o sea, el encuentro con el cuyo rostro me llama, me requiere, me provoca, me reclama y me pide una respuesta.

Por eso la estructura de cualquier ética, y de cualquier moral concreta, consiste en la responsabilidad: «En la relación con el otro la proposición “con” se torna en proposición “por”. Soy “con los otros” significa “soy por los otros”: responsable del otro»²⁴. He ahí por qué la actitud y la acción de cuidar no significa *estar-con* alguien, sino *estar-por* alguien, diciendo: heme aquí a tu servicio, dispuesto a responder. Todo esto tiene que ver con algunas cualidades de la excelencia profesional²⁵:

- **Compasión:** Consiste en un movimiento solidario que permite percibir como propio el sufrimiento ajeno, es decir, en la capacidad de interiorizar el padecimiento de otro ser humano y de vivirlo como si se tratara de una experiencia propia. Presupone el requisito de *darse cuenta* de la situación de sufrimiento en que viven otros seres humanos.
- **Competencia:** Constituye una virtud básica de la deontología profesional y consiste en estar capacitados para desarrollar la propia profesión de un modo óptimo. Sólo es posible cuidar adecuadamente a un ser humano conociéndole desde una perspectiva global, y no sólo desde la óptica de la propia especialidad sanitaria.
- **Confidencialidad:** Se refiere, sobre todo, a la capacidad de preservar la vida íntima del otro, es decir, su privacidad, su universo interior. Es la virtud que garantiza al enfermo de que aquello que nos ha revelado no será objeto de exhibición, sino de respetuoso secreto.
- **Confianza:** Cuidar a un ser humano vulnerable exige establecer con él una relación de confianza, un vínculo presidido por la lealtad y la fidelidad. El profesional debe garantizar la confianza mediante sus palabras, sus gestos y, principalmente, por la eficiencia y eficacia de la acción terapéutica.
- **Tacto:** Literalmente significa aproximarse a la persona enferma desde el respeto y la atención, transformando el contacto en lenguaje de comunicación. Metafóricamente significa saber decir lo más conveniente, saber callar cuando es oportuno, saber retirarse en el momento adecuado y, en definitiva, saber lo que hay que hacer o no en cada momento.
- **Sentido del humor:** Es absolutamente necesario para desdramatizar y suscitar esperanza cuando en la vida aparece la enfermedad, el fracaso, la soledad, el abandono. Es entonces, aunque parezca una paradoja, cuando es posible dar una pizca de humor a las cosas serias de la vida.
- **Dejar que el otro sea él mismo:** Consiste en respetar la singularidad de cada uno sin empeñarse en tratarlo como alguien que no es. Se relaciona directamente con la autenticidad, o sea, con la tarea de ayudar a que el otro sea coherente con su esquema de valores y su modo de ser. Significa, en suma,

²³ Cf. M. Heidegger, *Ser y tiempo*, FCE, México 1993, 219.

²⁴ E. Lévinas, *De lo Sagrado a lo Santo*, Río Piedras, Barcelona 1997, 136.

²⁵ Cf. F. Torralba, «Lo ineludiblemente humano. Hacia una fundamentación de la ética del cuidar», *Labor Hospitalaria* 253 (1999) 151-163.

ser por el otro, hacerse próximo y cercano en vez de anularlo, sustituirlo o convertirlo en mero objeto pasivo.

4.CONCLUSIONES FINALES

Se ha dicho que «tender a una vida buena, con y para otros, en instituciones justas»²⁶, constituye el trípode sobre el que se asienta el edificio de la ética. Esa podría ser también la base de una ética de servicio sanitario de la red pública. Los profesionales sanitarios tienen que trabajar con y para los usuarios. Tienen que estar dispuestos a ser buenos profesionales, y profesionales buenos, con el fin de contribuir al desarrollo de una vida buena en todas sus dimensiones.

Precisamente ahora en que la idea de globalización, tan prometedora como sospechosa, se está difundiendo por todas partes, ahora en que la vida y la salud se convierten medio de múltiples intereses y quedan expuestas a lo mejor y a lo peor, vuelven a recobrar actualidad las máximas de los autores clásicos: «anteponer los deberes de la justicia a las ocupaciones de la ciencia»²⁷ y de sus aplicaciones técnicas, actuando siempre movidos «por la justicia y el bien común y no por lo que parezca agradable y popular»²⁸. Por eso lo realmente decisivo no consiste en saber «qué estás haciendo, sino cómo lo estás haciendo»²⁹, una pretensión que conduce de manera inevitable a examinar «qué acción es la mejor y no la que más se usa»³⁰.

²⁶ P. Ricoeur, *Sí mismo como otro*, Siglo XXI Editorial, Madrid 1996, 173-212.

²⁷ Cicerón, *Sobre los deberes*, Tecnos, Madrid 1989, 79-81.

²⁸ Marco Aurelio, *Meditaciones*, Círculo de Lectores, Barcelona 1998, 67 y 165.

²⁹ Epicteto, *Un manual de vida*, Harper Collins Publishers, Palma de Mallorca 1997, 22.

³⁰ Séneca, *Sobre la felicidad*, Edaf, Madrid 1997, 66.