

# EL CIUDADANO CENTRO DEL SISTEMA SANITARIO

## LA EXCELENCIA DE UN OBJETIVO EN MEDIO DE DEBILIDADES

Recepción a los MIR – Oviedo 2005

Actualmente está cada vez más difundida la convicción de que el ciudadano es el centro del sistema sanitario o, dicho con otras palabras, que cualquier sistema público de salud debe estar orientado a sus propios usuarios bajo los principios de accesibilidad, igualdad y universalidad. Todos los ciudadanos tienen derecho a la protección de la salud y todos ellos contribuyen sostenimiento económico del sistema sanitario. Es una conquista indiscutible e irrenunciable, que suena muy bien y a hasta incluso parece lo que debería ser, pero no está todo tan claro ni es todo tan evidente. Bastaría para ello comprobar la dificultad de encaje que tienen las siguientes realidades que se exponen a continuación.

### 1. LA REALIDAD DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

El principio inspirador de la convivencia democrática es la creatividad y el protagonismo de los ciudadanos que asumen el papel de sujetos activos en vez de ser objetos pasivos en todos los planos de la vida social. Los ciudadanos pasan de ser sujetos pacientes o meros receptores de beneficios a ser sujetos activos y creadores de su propio futuro.

La convivencia democrática se basa en un conjunto de convicciones que hoy día se aceptan como garantías de convivencia pacífica: la igualdad fundamental de todas las personas y su participación real en todos los niveles de la vida social, en resumen, la aceptación del principio de la soberanía popular.

Se podría entender, pues, la participación comunitaria como el proceso mediante el cual los miembros de la comunidad toman parte activa en los programas o actuaciones que se llevan a cabo en interés de la comunidad y, simultáneamente, reciben parte o son receptores de los beneficios así generados.

Así pues, en relación a lo que ahora estamos tratando, convertir al ciudadano en centro del sistema sanitario conlleva dos obligaciones: aprender a mirar su situación sanitaria en vez de limitarse sólo a verla, y aprender a escuchar su voz en lugar de quedarse solamente en oír. Y, al mismo tiempo, exige actuar en una doble dirección<sup>1</sup>:

- Aproximando las instituciones sanitarias a los ciudadanos con el fin de que ejerzan su soberanía popular en la mejora de la sanidad pública.
- Aceptando que cada ciudadano es una persona con suficiente capacidad para participar y decidir en lo tocante a su vida y a su salud.

---

<sup>1</sup> Cf. CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS, *El Libro Blanco de los Servicios Sanitarios*, Oviedo, 2003, 67-69.

Sin embargo, hay que reconocer que la participación ciudadana es un hecho caracterizado por la desigualdad, la sospecha y el miedo o el temor. Es desigual porque la sensibilidad ciudadana al respecto es diferente según la edad, la cultura y el lugar donde se vive y, principalmente, porque no se reconoce a todos los ciudadanos el derecho a participar<sup>2</sup>. Es objeto de sospecha y recelo porque los propios ciudadanos dudan de la eficacia real de su participación, es decir, sospechan que no es tenida en cuenta. Y es también vista con cierto miedo o temor, por parte de los poderes públicos, porque es más agradable estar en el poder que ejercerlo asumiendo la crítica ciudadana.

Así todo, continúa siendo necesario participar porque es un derecho individual y colectivo, porque es un camino para mejorar resultados (eficiencia), porque genera capacidad de hacer cosas (eficacia) y porque canaliza la soberanía de los ciudadanos siempre y cuando la meta del proyecto elegido sea aumentar el poder de la ciudadanía, el diseño del proyecto cuente con la interacción de los usuarios y ellos mismos sean capaces de dirigir en parte o totalmente el proyecto<sup>3</sup>.

Conviene señalar a este propósito que entre los valores básicos, las estrategias de actuación y los objetivos que sustentan el programa Salud21 para la Región Europea de la OMS, se hacen las siguientes propuestas<sup>4</sup>:

- «La participación y la responsabilidad de las personas, grupos y comunidades, y de las instituciones, las organizaciones y los sectores en el desarrollo de la salud»
- «Un proceso de desarrollo sanitario participativo, que implique a los agentes relevantes en materia de salud a todos los niveles -hogar, centros educativos y de trabajo, comunidades locales y país- y que promueve la toma de decisiones, la aplicación y la responsabilidad conjuntas».
- «Para el año 2005, la aplicación de las políticas de salud para todos deberá implicar a las personas, los grupos y las organizaciones tanto del sector público como privado, así como a la sociedad civil, con el fin de crear alianzas y asociaciones a favor de la salud».

El mayor problema de la participación ciudadana en salud, y su correspondiente protagonismo en el sistema sanitario, es que está teniendo lugar dentro de otra realidad mucho más amplia que la condiciona profundamente: la progresiva difusión de una ética donde triunfa el ocaso de los deberes fuertes.

## **2. LA REALIDAD DE UNA ÉTICA CON DEBERES DÉBILES**

La idea de la liberación individual y colectiva electrizó a medio mundo con ocasión del famoso “mayo del 68” en Francia y, desde entonces, la ética y la

---

<sup>2</sup> Recuérdese, por cierto, que la inmensa mayoría de habitantes del planeta carecen de voz para hacerse escuchar y que, además, tampoco se les deja ni se les reconoce sitio para poder hablar.

<sup>3</sup> J. L. TURABIÁN, *Participación comunitaria en la salud*, Díaz de Santos, Madrid, 1992, 71.

<sup>4</sup> OMS, *Salud21. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999, 4, 5 y 192.

moral fueron poco a poco recludas en el “cuarto de los trastos oscuros” asimiladas al capitalismo salvaje y a la represión burguesa. Ahora resulta que por todas partes nos asaltan con imperativos éticos: lucha contra la corrupción, protección del medio ambiente, normas deontológicas, acciones humanitarias, códigos de lenguaje no discriminatorio, llamamientos a la responsabilidad y a la solidaridad, ética pública, ética social, ética política, ética empresarial, bio-ética, etc., etc.

Sin embargo, se puede comprobar con facilidad que ha desaparecido la noción de deber absoluto y toda la retórica sentenciosa que lo cortejaba<sup>5</sup>. De hecho, la imposición de normas austeras, represivas y disciplinarias, los imperativos categóricos de corte marcial y el intervencionismo ético unilateral o prepotente, carecen de justificación convincente.

No obstante, quizá tenga explicación: el sujeto humano se ha cansado de pensar y ha sometido su capacidad de razonar a una rigurosa cura de adelgazamiento debido, entre otras causas, al desencanto producido por los grandes ideales; a la monotonía de un progreso sectario y elitista; a la sospecha de que la defensa del ser humano y, en definitiva, de toda metafísica, ya no da más de sí; a la sensación de que el mismo ser humano está descentrado y no es capaz de planificar nada en serio para el futuro... El resultado es un “hombre unidimensional<sup>6</sup>”, que se arrastra tras el fetichismo de la mercancía, se obsesiona ante la necesidad de producir y de consumir hasta el despilfarro, y asume de manera tan inconsciente como colectiva «la triple urgencia de: 1) vivir, 2) vivir bien, y 3) vivir mejor»<sup>7</sup>.

Bajo este planteamiento se ha terminado colando sigilosamente una ética indolora caracterizada por deberes débiles, es decir, suaves, ligeros, puntuales, inmediatos, asequibles y, sobre todo, placenteros. Esa es la clave del gozo personal urdido con las dos grandes conquistas de la sociedad del bienestar: la libertad y la autonomía de cada individuo.

### 2.1. La gestión del yo “autónomo”

A pesar de la fuerte tendencia privatizadora con que hoy se está arrinconando la ética a la esfera de la vida privada, llama poderosamente la atención que en la vida pública es una especie de “ego-building” clónico: la obsesión por la figura física, el higienismo, el consumismo, el “look” a la moda, la venta pública de la vida privada... Se está adoptando un aire ético y moral en donde se respira la yuxtaposición de individuos soberanos ocupados con la gestión de su calidad de vida y de sus intereses privados que, en definitiva, refleja una auténtica fijación obsesiva por la autonomía del yo como paradigma de lo humano, una autonomía a ultranza como señal inequívoca de libertad e independencia.

De lo que se trata es de no depender de otro. Así se construye un “*êthos*” de la autosuficiencia y de la autoprotección, propio de una época en la que el otro es más bien un peligro o una molestia que un interlocutor. Por eso el pre-

---

<sup>5</sup> En adelante seguiremos casi literalmente el trabajo de D. INNERARITY, “La ética indolora”, *Cuadernos de Bioética* 14 (2003) 55-60.

<sup>6</sup> H. MARCUSE, *El hombre unidimensional*, Orbis, Barcelona, 1985.

<sup>7</sup> A. N. WHITEHEAD, *The Function of Reason*, Beacon Press, Boston, 1959, 8.

servativo tiene un carácter emblemático: es el envoltorio con el que se protege un individuo que no quiere complicarse con nada pero que desea relacionarse con todo, el distintivo de una cultura que, bajo la capa de una simpatía universal, esconde una sensación de incomodidad ante la presencia amenazante de los demás. Por supuesto que nadie lo formularía con esa crudeza, pero ésta es la imagen del otro que se alberga en nuestro subconsciente tras el bombardeo de la propaganda contra el tabaco, contra el SIDA, contra los inmigrantes y hasta contra algo tan repugnante e irracional como los terroristas. “Homo homini virus”.

A resultas de lo anterior surgen interrogantes con respuestas tan alarmantes y patéticas como preocupantes:

- ¿Quién es el prójimo?: Un ser que fuma, que es contagioso, que viene a quitarnos puestos de trabajo o que nos amenaza con un rabioso ataque suicida y que, encima, se presenta como paciente exigente y difícil.
- ¿Qué es la sociedad?: Un sistema de compartimentos estancos que nos permite hacernos creer como que nos tratamos... sin complicarnos la vida, sin inconvenientes, sin demasiado dolor: el triunfo de la “ética indolora” caracterizada por deberes débiles.
- ¿Qué es Occidente?: Un conjunto de grupos rabiosamente competidores en el que triunfa quien más poder invierte, sea ese poder de carácter económico, político, bélico o estratégico o, lo que es lo mismo, una ética ocupada en satisfacer los propios intereses con el menor sufrimiento posible que, en todo caso, deberán pagar siempre los demás.
- Y seamos sinceros, ¿Qué es el sistema sanitario?: Una enorme estructura, por cierto muy corporativista, basada en la relación clínica de confianza entre médico y paciente, que se está transformando en un gigantesco proyecto empresarial donde el médico es gestor de productos sanitarios y el paciente es cliente-consumidor a quien hay que conquistar con la eficacia y la eficiencia del mercado científico-técnico.

Tales preguntas dejan fuera de juego a una enorme mayoría de otros “yo” que andan trashumantes en busca de empleo, que mueren de hambre o de pura miseria, que sirven de cobayas para experimentar productos farmacéuticos que sólo curan luego a los habitantes de Occidente, que no son capaces de hacer cuentas para llegar a final de mes o que son víctimas del vergonzante tráfico de las pateras creyendo que alcanzarán un mundo mejor.

## **2.2. Los nuevos deberes “estéticos”**

Así todo, hay todo un conjunto de valores y deberes que tienen mucho éxito social: juventud, salud, esbeltez, ligereza, forma, satisfacción, velocidad, inmediatez, eficiencia, eficacia, productos “light” o con “denominación de origen”..., es decir, una nueva manera de entender lo correcto. Se trata de un conjunto de valores y deberes cuyo retrato presenta una imagen preferentemente estética, y a este tipo de retrato le corresponde una ética basada principalmente en la emoción, el gusto y el sentimiento, como ya lo preconizó algún famoso

autor<sup>8</sup>. Desde luego, nunca ha habido tanto llamamiento a la solidaridad, tanta exhibición de hechos inadmisibles acompañados por un lenguaje de reprobación. Pero este éxtasis de sentimiento solidario es epidérmico y pasajero. Es una identificación superficial con el otro, debido a la repugnancia producida por el espectáculo del sufrimiento. Es un compromiso nómada, parcial, distanciado y etéreo.

El sentimiento de indignación suscitado por el espectáculo de niños farmacológicos lo digerimos rápidamente con una especie de jugos gástricos, que no tienen efectos secundarios, gracias a la película que se ve a continuación o al campeonato nacional de la liga de fútbol. En otras ocasiones tapamos el asomo de la culpabilidad o barnizamos la mala conciencia portando un *slogan* antirracista, enviando un cheque para combatir una determinada enfermedad, contribuyendo con un donativo al apadrinamiento de un niño o asistiendo a un concierto de solidaridad por una causa humanitaria, por ejemplo. Todo esto es positivo, válido y participativo, pero también es anestésico, hipócrita y muy alienante.

Hay que celebrar sin duda la aversión hacia el moralismo austero, los sentimientos de culpa desproporcionados y el castigo injusto. Pero, a fin de cuentas, ¿Es posible vivir rectamente careciendo de una noción adecuada de culpabilidad y de conciencia, sin deformarlas de manera caricaturesca? ¿Es posible dirigir bien la vida sin responsabilidad, o sea, sin responder de lo que se hace o sin asumir sus consecuencias?. Y, más aún, ¿Es posible vivir una vida buena sin referencia a una mínima escala de valores que genere principios y reglas de conducta?

Lo contrario es vivir de una manera elegante y estética, “echando balones fuera” y terminando vitalmente anestesiados. Llama poderosamente la atención, por ejemplo, que nunca jamás hemos mantenido tantos contactos sin tacto, tantas relaciones sin presencia, tantas comunicaciones sin cercanía. Predomina la distancia aunque estemos unos junto a otros. Prueba de ello es que las nuevas tecnologías multiplican numerosos encuentros carentes de proximidad.

### **2.3. La ética indolora y el “crepúsculo del deber”**

Habitualmente el cálculo de placeres de todo tipo, es decir, las conveniencias particulares, suelen ser la norma que distingue la virtud y el vicio. A fin de cuentas, es menos complicado hacer lo que se debe que aventurarse por el tortuoso sendero de la transgresión. Pero esto no es siempre así, y son precisamente estas situaciones las que miden el valor y distinguen la verdadera catadura moral de tanta caradura pragmática de la que todos presumimos. Una ética no está suficientemente constituida mientras no ofrezca razones para obrar en la adversidad y en tiempos de inclemencia. Y quizá sea ese el punto débil de esta nueva ética simpática y desdramatizada: nos deja en la estacada cuando más la necesitamos. Por eso tiene importancia aprender a vivir una ética para náufragos<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Cf. D. HUME, *Tratado de la naturaleza*, III, Orbis, Barcelona, 1985, 691-698.

<sup>9</sup> J. A. MARINA, *Ética para náufragos*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1997.

Prueba de ello es el hecho de que no sabemos cómo hacer frente a problemas de tanto calibre como la corrupción, la injusta distribución de recursos sanitarios, el racismo o el terrorismo. Detrás de un desvío de fondos hacia el propio partido y de la indignación ante el extranjero que obtiene un puesto de trabajo o es considerado un delincuente potencial, detrás incluso de una desafortunado ataque bélico a un país presidido por un asesino, no suele haber un estafador de oficio ni un ladrón de tres al cuarto. Suele haber una gran mayoría de individuos anónimos, que adoran la ética indolora y viven en la ilusión libertaria del «crepúsculo del deber»<sup>10</sup>. Y hay, sobre todo, individuos, equipos, empresas y naciones que convierten la ética en un cálculo implacable de ganancias compatible con la más hipócrita tranquilidad de conciencia bajo la paradójica convicción, además, de que representan el supremo bien moral de la humanidad.

La inmensa mayoría de esta gente, que en el fondo somos casi todos nosotros, carece de escrúpulos para causar inconvenientes y desventajas a los demás bajo el convencimiento de que todo se hace por su bienestar y calidad de vida. Sin embargo, tienen toda clase de escrúpulos para hacer frente a situaciones en las que son palpables los inconvenientes de hacer el bien y las desventajas de practicar la virtud. Cualquiera se ha encontrado en la tesitura de pasar por la incomodidad o la indecencia de ceder ante el dinero fácil, incumplir el horario de trabajo, mantener una ética diferente en la consulta pública que en la privada, caer ante la mujer o el marido del vecino, la comisión habitual, la mentira piadosa... Se trata de circunstancias en las que la retórica del desprecio hacia los prejuicios y las estrecheces mentales del pasado constituyen la única ayuda para justificar la decisión por lo más conveniente y emocionante, lo más útil y práctico, “a la carta y al gusto”. Todo lo demás es molesto... o sea, lo molesto es malo.

Ya se trate de un dolor como de una ligera renuncia, el problema del sacrificio, el esfuerzo y la obligación es el gran tema de la ética. Es una ingenuidad pensar que se puede amar a alguien, repartir el trabajo escaso, tolerar las ideas contrarias, proteger el medio ambiente o practicar una medicina personalizada sin cargar sobre las propias espaldas toda una serie de inconvenientes presentes y futuros, es decir, sin algún género de sacrificio, esfuerzo o deber. Y lo más curioso es que hablar esfuerzo, sacrificio o deber, equivale a mentar “la bicha”.

#### **2.4. La nueva minoría moral**

Una ética indolora y con deberes tan débiles es escasamente democrática. En primer lugar porque su destinatario no es universal, pues se trata de una ética de clase, exclusiva de gente selecta que sabe conciliar el placer con la urbanidad y el propio gusto con la independencia. No puede ser universal porque no recoge ese rasgo TAN común a la condición humana que es su fragilidad y las consecuencias que de ella se siguen: la necesidad de orientación, la posibilidad de equivocarse y de reconocerlo y de corregirse o de volver a empezar.

---

<sup>10</sup> G. LIPOVETSKY, *El crepúsculo del deber. La ética indolora de los nuevos tiempos democráticos*, Anagrama, Barcelona, 1994.

Y en segundo lugar es una ética de triunfadores, de buena conciencia, que se conmueven fácilmente ante la desgracia ajena pero que no dramatizan las cosas excesivamente, que no imponen nada a nadie, sólo desprecian la intolerancia, llevan una vida sana y se mantienen en forma, que se manejan bien en la vida, que son autosuficientes, que sólo beben los fines de semana...

En cambio, no sirve para nada a muchísima gente: los marginados, los débiles, los gordos, los deprimidos, los deficientes, los lentos, los emigrantes, los presos, los que no saben hacer su declaración de la renta, las mujeres maltratadas, los habitantes del Tercer Mundo, los enfermos crónicos, los moribundos... Es de temer que con tanta restricción sólo nos haya quedado un tratado de buenas maneras para una nueva minoría que, como aquel personaje poderoso, se pregunta por qué el pueblo no come galletas si tiene hambre. Es fácil decir eso desde cualquier clase de poder. Y el médico detenta un gran poder. Por eso sería una enorme desgracia que nuestra ética profesional fue solamente una "etiqueta profesional", como ya lo exponía Thomas Percival a principios del siglo XIX.

### 3. LA REALIDAD DE LA ÉTICA MÉDICA

Viene a cuento, por cierto, recordar aquí la distinción entre ser un buen médico y ser un médico bueno, porque la ética interesa «no para saber qué es la virtud, sino para ser buenos, ya que de otro modo ningún beneficio sacaríamos de ella»<sup>11</sup>. Será oportuno, entonces, hacer algunas sugerencias para centrar en los ciudadanos la tarea asistencial en cuanto son centro del sistema sanitario. Esa tarea presupone una ética pensada, racionalizada y, sobre todo, basada en la capacidad de asumir deberes fuertes en medio de un clima presionado por deberes débiles, que recelan del compromiso, el esfuerzo y el sacrificio.

#### 3.1. 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. La conciencia es la autocomprensión del ser humano con la que cada uno se somete a la exigencia incondicional de hacer el bien y evitar el mal<sup>12</sup>. Es la sede de la moralidad personal y el lugar más secreto e inviolable donde cada uno decide libremente el sentido de sus acciones, frente a la coacción externa de otras normas.

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».

---

<sup>11</sup> ARISTÓTELES, *Ética Nicomáquea*, Gredos, Madrid, 2000,1103b.

<sup>12</sup> A. SCHÖP, "Conciencia", en O. HÖFFE (ed.), *Diccionario de ética*, Crítica, Barcelona, 1994.

### 3.2. 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 adoptarla<sup>13</sup>. «El objeto de la deliberación, entonces, no es el fin, sino los medios que conducen al fin». 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 mejor<sup>14</sup>.

Así pues, la deliberación es un aprendizaje permanente que exige un razonamiento metodológico compuesto por una serie lógica de pasos que deben ser objeto de entrenamiento constante. Hoy día, la habilidad para jerarquizar los valores éticos y articular los principios de la bioética 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.

### 3.3. Potenciar la actitud de servicio

Frente a la tendencia generalizada de convertirse en gestores especializados de productos sanitarios, todavía es posible seguir luchando para que los sistemas de salud y sus trabajadores tomen conciencia de que las notas distintivas de su misión residen en la cercanía y la proximidad, máxime cuando los usuarios reivindican su condición de personas y ser atendidos de manera personalizada.

En este nuevo marco de comprensión los sistemas de salud están llamados a transformarse en *servicios* y los profesionales que trabajan en ellos están llamados a convertirse en *servidores* que han de afirmar al ser humano, es decir, deben humanizar, y, además, han de afirmar a cada ser humano como persona<sup>15</sup>, o sea, deben personalizar sus prestaciones sanitarias. Por eso los servicios sanitarios tienen el deber de desarrollar una ética del servicio público<sup>16</sup>: si se admite que los ciudadanos son el centro del sistema sanitario, los profesionales tienen la obligación de hacer posible el ejercicio efectivo de los derechos de sus pacientes.

Pensar y actuar en función del ser humano, 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 hospitalidad<sup>17</sup>.

---

<sup>13</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, *Diccionario de la Lengua Española*, Madrid, 2001.

<sup>14</sup> ARISTÓTELES, *Ética Nicomáquea*, 1112b, 1113a, 1112b.

<sup>15</sup> Cf. B. CUESTA, "Recrear la moral", *Moralía* 12 (1999) 19-21.

<sup>16</sup> OCDE, *La ética en el servicio público*, Mº de Administraciones Públicas, Madrid, 1997.

<sup>17</sup> Cf. D. INNERARITY, *Ética de la hospitalidad*, Península, Barcelona, 2001.



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»<sup>18</sup>.

### **3.4. 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” (del latín *infirmus*) en todos los aspectos, y era impensable ver en el enfermo un sujeto de derechos.

Con el paso del tiempo, 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 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 persona<sup>19</sup>. Y además, precisamente por esas razones, yo realizo mi condición de persona sin la que sería impensable ejercer mi ética profesional. Todo ello requiere asumir nuevas actitudes cuyo objetivo es esforzarse en combinar los conocimientos científico-técnicos y las habilidades éticas y morales<sup>20</sup>.

### **3.5. Potenciar la conciencia de los deberes**

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 anterioridad<sup>21</sup>. 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 renunciar a la práctica de 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. Ceder ante la llegada del sistema de salud como empresa o ante los médicos como gestores del producto y los ciudadanos como clientes de consumo, será también ceder ante otro modo muy diferente de concebir las cosas.

---

<sup>18</sup> E. LÉVINAS, *De otro modo que ser, o más allá de la esencia*, Sígueme, Salamanca, 1995, 183.217.221.223. Véase también *El humanismo del otro hombre*, Caparrós, Madrid, 1993.

<sup>19</sup> Cf. A. LANGLOIS, “Dignité humaine”, en *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, DeBoeck Université, Bruselas, 2002, 281-285.

<sup>20</sup> Cf. E. BUSQUETS, “El paciente: de *infirmus* a sujeto de derechos”, *Bioética & Debat* 31 (2003) 1-4.

<sup>21</sup> F. TORRALBA, “Despertar la conciencia de los deberes”, *Bioética & Debat* 31 (2003) 10-11.

En cualquier caso, la potenciación de los deberes profesionales exige 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, y cultivar la formación permanente de la propia especialidad.

En definitiva, la humanización de los servicios sanitarios pasa irremediablemente por el respeto a los derechos de los usuarios. Cuando esto sucede, la percepción de la institución sanitaria es más positiva y ello repercute en el grado de satisfacción del usuario, en la imagen de la propia institución y en la autoestima de todos y cada uno de los profesionales de la sanidad.

### 3.6. 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, 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 otro<sup>22</sup>. 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 otro cuyo rostro me llama, me requiere, me provoca, me reclama y me pide una respuesta.

Por eso la estructura de cualquier ética y, en particular, de la ética médica 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»<sup>23</sup>. 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 algunos valores de excelencia profesional<sup>24</sup> que es urgente recuperar con esfuerzo y sacrificio: la compasión, la competencia, la confidencialidad, la confianza, el tacto, el sentido del humor, el dejar y ayudar a que el otro sea él mismo, pongamos por ejemplo.

## 4. ALGUNAS CONCLUSIONES

Todos esos valores se condensan en principios y normas de actuación ética y moral que contienen obligaciones, sacrificios, esfuerzos. Asimismo, todos los epígrafes que se acaban de reseñar en este apartado (potenciar la conciencia moral, la deliberación moral, la actitud de servicio, el respeto de los derechos humanos, la conciencia de los deberes y la solicitud del cuidar) contienen

---

<sup>22</sup> Cf. M. HEIDEGGER, *Ser y tiempo*, FCE, México, 1993, 219.

<sup>23</sup> E. LÉVINAS, *De lo Sagrado a lo Santo*, Río Piedras, Barcelona, 1997, 136.

<sup>24</sup> Cf. F. TORRALBA, “Lo ineludiblemente humano. Hacia una fundamentación de la ética del cuidar”, *Labor Hospitalaria* 253 (1999) 151-163.

igualmente deberes fuertes. ¿Cómo conjugarlos con la ética indolora dominante de deberes “estéticos” o débiles?

El núcleo de la ética consiste en proteger y preservar la existencia y, en esa tarea, nos incumbe a todos practicar la virtud de la firmeza. En esa misma tarea los médicos están llamados a derrochar generosidad cuando llegan los momentos de la vida presididos por el desvalimiento, la debilidad y la enfermedad. Como servidores de la vida y la salud, su 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 lo que hemos apuntado más atrás: 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»<sup>25</sup> o, lo que es lo mismo: te recibo, te acojo, te encuentro, te escucho, te respeto... y te entiendo...¿Qué necesitas de mí?.

Oviedo, 25 de mayo de 2005

**Constantino González Quintana**  
**Profesor de Ética y Filosofía**  
**Jefe del Servicio Sanitario de Atención Ciudadana**

---

<sup>25</sup> E. LÉVINAS, *De otro modo que ser, o más allá de la esencia*, Sígueme, Salamanca, 1995, 183.217.221.223.