

Capítulo 4

Ética y Atención al Paciente

Autora

Begoña Román Maestre

Profesora de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Barcelona

Miembro del CEA de los Hospitales Cruz Roja y San Rafael de Barcelona

ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN

LA NECESIDAD DE LA ÉTICA

LA SOCIEDAD PLURAL

LA MODULACIÓN DE LA EXPECTATIVA: PEDAGOGÍA Y ÉTICA CÍVICA

LA ÉTICA PROFESIONAL Y DE LA ORGANIZACIÓN

FORMAS DE VIVIR LA ÉTICA EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA

RESUMEN Y CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

JUSTIFICACIÓN

Hablar de atención al paciente supone, por un lado, hablar de justicia (cuyo contenido son los derechos humanos) y, por otro, de atención (que requiere de respeto, de mirada atenta -en latín respeto procede de *respicere* que significa mirar atentamente-). Y la justicia y el respeto son los objetos fundamentales a los que se dedica la ética. En efecto, difícilmente se puede abordar en su complejidad y profundidad la calidad en la atención al paciente sin una referencia a la ética. Tratar con personas, dar un servicio (y no meramente un producto) supone compartir ciertos referentes morales, axiológicos, sobre qué es un buen trato, e incluso qué es un trato exquisito. Y esto deviene todavía más importante cuando se unen las siguientes características de la atención al paciente:

- Se trata de un servicio que ha de satisfacer un derecho a la asistencia sanitaria, más allá de satisfacer una mera demanda de un cliente.
- Se trata del paciente, que es un ciudadano que exige justicia, con frecuencia en condiciones de vulnerabilidad, de debilidad, bien porque flaquea su salud, bien porque flaquean sus conocimientos sobre su salud y, sea como fuere, precisa ayuda para salir de su incertidumbre o de su vulnerabilidad.

Sin embargo, la cuestión de la ética y la atención al paciente se torna compleja desde el momento en que no compartimos los referentes morales sobre lo qué es un buen trato, porque los hábitos y las costumbres son las morales que se quedan obsoletas, porque vivimos en sociedades moralmente plurales, porque la tecnificación de la medicina ha conllevado a veces (consciente o inconscientemente) un proceso de deshumanización, etc. Por ello hace falta una reflexión crítico-racional, eso es la ética, sobre cuales han de ser los mínimos morales a compartir sobre los que fundamentar en qué consiste un buen trato al paciente. Para ello también nos servirán las cartas de derechos y deberes de los pacientes, los códigos deontológicos de los profesionales sanitarios, los comités de ética y bioética, etc. Es decir, nos servirán para orientar la toma de decisiones de todos los agentes involucrados en el servicio sanitario hacia el fin que lo legitima, que es, como mínimo exigible, la atención justa y respetuosa al paciente, y como

máximo aspiracional, considerar también sus preferencias personales.

LA NECESIDAD DE LA ÉTICA

Las morales son vivencias cotidianas, hechos abordables por la sociología, la historia, la psicología, etc., pero la filosofía moral, la ética, no se limita a constatar los hechos sino que se pregunta, más allá de su vigencia, por su validez. Así la ética es filosofía moral, es decir, reflexión crítico-racional sobre la moral. La ética se interroga sobre si las morales son legítimas, si tienen razón de ser y si dicha razón es correcta. Por la moral nos preguntamos qué debemos hacer (hábitos, costumbres) y la respuesta consiste en una acción. La ética pregunta por qué lo debemos hacer, situándose así en un nivel superior de profundidad, y su respuesta consiste en un argumento. El por qué es una pregunta por la “fundamentación de las costumbres”, de las morales, es una pregunta por su razón de ser. Etimológicamente la raíz latina *mos-moris* alude a la costumbre, a lo que es normal, conforme a norma, habitual. La palabra griega *ethos* también significa costumbre y hábito pero alude más al carácter que se forja a partir de aquellos.

La ética reflexiona sobre la moralidad para descubrir las condiciones de su validez en general y coadyuvar a que las diferentes morales históricas sean respetables. Cuando la ética estudia las morales para legitimarlas, para comprobar su validez, constata que no cualquier moral es legítima, aunque la gente siga esa moral y se constate su vigencia. En efecto, la ética puede desvelar morales inmorales, puesto que no basta con que una sociedad se adhiera a unos valores, principios, normas, para que estos sean legítimos. Siguiendo la teoría kantiana (que por ser formal y no concretar los contenidos es la que mejor permite abordar los problemas de sociedades plurales como las nuestras), la razón de que una moral sea respetable o no es que sea universalizable, autónoma y compruebe la obligación con que presenta los preceptos. Así, desde la ética podemos afirmar que todo bien moral es el objeto de deseo concebido de manera autónoma y universalizable, lo que significa que, en cuestiones morales se debe partir siempre de una convicción personal, considerando que si bien es lo que uno quiere, en tanto que bueno, lo ha de querer al mismo tiempo para todos. De ese modo, si quiero

algo, pero no para los demás, entro en contradicción: algo, lo querido, es bueno, pues lo quiero, y no bueno al mismo tiempo, pues no lo quiero para los demás, lo que significa que no es universalizable. Además, si lo moralmente bueno es lo que uno quiere, y éste es un deseo convencido, autónomo, no sería bueno si es impuesto: un bien moral impuesto ni es bien ni es moral. Lo bueno implica asimismo un compromiso en su defensa y promoción, es decir, exige vivir en coherencia, por eso los preceptos morales son vividos como un deber.

Pues bien, la atención al paciente tiene como objeto principal, como su razón de ser legitimante, como su misión, el respeto al ser humano, que es la fuente ineludible e irrebasable de todo valor, es el valor absoluto por excelencia; en palabras kantianas, es el fin en sí al que nunca se debe tratar como un mero medio. Así pues, si necesitamos un vocabulario moral compartido: qué es un trato justo y atento al paciente, qué es solidario, por qué y quién lo dice, quien debe decirlo es la ética cívica, la de los ciudadanos del mundo. La **ética cívica** es la reflexión filosófica sobre los criterios que posibilitan la convivencia pacífica de ciudadanos con distintas morales. Esta ética se limita a poner de relieve aquello común en las distintas morales, sus rasgos comunes.

¿Existe entonces una ética? Esencialmente sí y viene definida por la manera de argumentar, siguiendo las teorías de la acción comunicativa de Apel y Habermas¹. Esta ética proporciona herramientas para orientar la toma de decisiones morales por los afectados por ellas. De esas herramientas comunicativas cuya finalidad es el acuerdo, se desprenden valores universales, como la paz, la tolerancia, la igualdad, etc. La ética explicita valores (tolerancia, libertad, igualdad), principios (autonomía, justicia, no maleficencia) comunes (los mínimos cívicos) a todas las morales que aspiren a la respetabilidad en el espacio público. Dado que esta convivencia sólo es posible en un contexto de justicia (en el que hay que dar a cada cual lo que le corresponde de derecho), también se denomina a la ética civil ética de la justicia; y como la justicia es un deber exigible a todos, resulta que la ética mínima o cívica es una ética deontológica, aquella que, al partir de deberes, promulgará como contenido esencial los derechos humanos. Los derechos

¹ APEL, K.O: *Teoría de la verdad y ética del discurso*, Barcelona: Paidós, 1980.
HABERMAS, J: *Conciencia moral y acción comunicativa*, Barcelona: Paidós, 1980.

humanos son valores *prima facie*, es decir, válidos en general y prioritariamente, aunque no absolutamente, cuyo respeto convencido es el principal motor de la acción.

Es por ello que la ética cívica es una ética mínima, no dicta todas las normas a seguir, sino sólo -es un "sólo" de modestia, que no de falta de importancia- aquellas normas exigibles a todos los ciudadanos para crear una convivencia humana, o sea, la propia de una sociedad que respeta los seres humanos, seres con derechos (bienes indispensables, primarios y prioritarios, para poder vivir humanamente) y, en consecuencia, con deberes (obligaciones y compromisos). Vamos a nombrar diez razones que ponen de relieve la necesidad de la ética en la atención al paciente.

1. Cambios en la medicina

En 30 años la medicina ha cambiado más que en toda su historia anterior; estos cambios siempre se han presentado bajo el paraguas eufórico del progreso, es decir, todo cambio era considerado como cambio para bien, como un paso adelante. Sin embargo, esa euforia ha despertado en muchas personas unas expectativas tan exageradas sobre el poder de la medicina que, con frecuencia, no han sido satisfechas. Así, por ejemplo, la medicina ha adelantado mucho en el ámbito del diagnóstico, pero no lo ha hecho tanto en el ámbito terapéutico. De ese modo, podemos saber qué tenemos, pero no sabemos qué hacer para curarlo; y eso afecta a la satisfacción del usuario de la sanidad.

2. Cambios en el tipo de enfermedades

Debido al progreso tecno-científico y económico de la sociedad del bienestar, muchas personas enfermas han ido alargando la esperanza de vida, de forma que se cronifican sus patologías e incluso llegan a morir de viejas. Así, por ejemplo, las personas con discapacidad pueden vivir muchos años, circunstancia que antes no se daban precisamente por el rechazo social, la dejadez familiar, la carencia de atención socio-sanitaria, etc. Pero también la longevidad misma genera otras patologías que se cronifican sin que la persona pueda mejorar, creando una gran dependencia médica y asistencial en general. De aquí la necesidad de adaptar las legislaciones (como la ley de la dependencia y promoción de la autonomía) y de crear centros donde acoger tanto a personas con

nuevas enfermedades como a los que padecen las enfermedades de siempre, pero que no son mortales.

3. Cambios sociales

Capitales son los cambios sociales producidos a raíz, entre otros, de la inserción de la mujer en el trabajo que hace que la atención de las personas enfermas, dependientes, niños, ancianos, etc., ya no se pueda llevar siempre a cabo en casa ni por parte de la familia. En consecuencia, esta atención se delega a veces en profesionales, a veces a la mera oferta y demanda del mercado, y todo ello, más o menos responsable o irresponsablemente. Por otro lado, el mismo concepto de "*familia*" se ha vuelto más complejo; la llamada familia tradicional no siempre es ni la opción más escogida, ni siquiera está al alcance de todos los bolsillos que uno de los cónyuges renuncie al empleo. Y en éstas, el Estado, aunque a veces quiera, no llega a asumir las responsabilidades sociales que se ha propuesto.

4. Crisis del Estado de Bienestar

Si en épocas de bonanza y de construcción de un sistema sanitario público se contó con tres factores favorables a la calidad en la atención al usuario de la sanidad, a saber, recursos económicos, profesionales entusiasmados en el proyecto que tenían entre las manos y unos usuarios sin muchos referentes precedentes donde mirar, ahora las cosas han cambiado. Con la crisis del Estado de bienestar, aquel que se propuso construir unas coberturas sociales para los ciudadanos, nos encontramos con la necesidad de contener gastos, priorizar recursos, en un entorno económicamente no favorable. Nos encontramos con profesionales que se sienten ninguneados en su concepto de excelencia profesional; y nos encontramos con usuarios que tienen referentes precedentes claros, porque se les acostumbró no sólo a estándares de calidad, sino también, y eso no es tan bueno, a una dependencia respecto del sistema sanitario, porque quizás fue excesivamente accesible, a toda hora y a demanda, o demasiado complaciente con las demandas de aquellos.

Sin embargo la solución para gestionar la crisis del Estado de bienestar no pasa precisamente por lanzar el agua sucia de la bañera con el niño dentro, lo que supondría abandonar los logros

del estado de bienestar, conscientes como son del derecho fundamental a la asistencia sanitaria que hay que satisfacer. Cabe pasar de un Estado de bienestar, basado en exceso en la demanda del usuario y en políticas electoralistas de los responsables de la sanidad pública, a un Estado de justicia. En el Estado de justicia se garantiza el derecho fundamental, pero educando ciudadanos responsables en el uso y demanda del sistema, usuarios responsables del buen uso que precisan los bienes públicos; formando profesionales conscientes de su misión y vocación, profesionales comprometidos en el trato atento y de servicio al ciudadano; y generando organizaciones que rinden cuentas de cómo facilitan a aquellos dos la satisfacción de sus expectativas.

Si en el Estado de bienestar fue el criterio de la oferta y la demanda y las políticas populistas las que gobernaron muchas veces, en el Estado de justicia se va a precisar más consulta a los afectados por las decisiones. Estos afectados son los ciudadanos y los profesionales en condiciones de información y simetría². Es desde la justicia, y no desde la caridad cristiana, ni desde la beneficencia hipocrática, que se debe atender a las personas. Se trata de dar un servicio que contemple los mínimos cívicos porque es desde la justicia y el reconocimiento del respeto que la dignidad personal merece, que hace falta garantizar la asistencia a estas personas.

5. Obsolescencia de las morales tradicionales

Además de los cambios producidos que obligan a adaptarnos, también constatamos la necesidad de provocar cambios, porque las maneras habituales de hacer, las morales, tanto a nivel personal, como profesional y organizativo, se nos quedan obsoletas. Resulta que cuando nos habíamos aprendido las respuestas, nos cambiaron las preguntas.

6. Del paternalismo a la autonomía

A menudo se trataba al paciente desde el paternalismo y desde la buena voluntad. Sin contar con el consentimiento de los afectados y/o la familia, se daba por sentado que el profesional sanitario era el que garantizaba a ciencia cierta, con vocación, convicción y justicia, el bien del paciente. Y se pensaba que desde la buena

² *Haberlas, J: op.cit.*

voluntad bastaba, cuando, ya lo dice la sabiduría popular, de buenas intenciones el infierno está lleno. Así, desde el paternalismo, se incurría en la hiperprotección y en la suplantación, que acababa, también desde la buena intención, en despotismo ilustrado: todo para el pueblo, pero sin el pueblo.

La justicia, como hemos afirmado arriba, pide el consentimiento de los afectados en condiciones de información y simetría. Hace falta insistir en que los pacientes son sujeto de atención, no sólo objeto de dedicación y protección. Por supuesto, tampoco podemos pasar de un pasado paternalista, de despotismo ilustrado, de todo para el pueblo pero sin el pueblo, sin contar con el consentimiento de los afectados (ineludible para la justicia y para respetar la autonomía), al despotismo populista, de todo para el pueblo y con el pueblo aunque sea un pueblo no sólo no ilustrado sino incluso claramente maleficente, sobre todo cuando “el pueblo” puede llegar a reducirse, por ejemplo, a una masa enfervorecida xenófoba y racista. El paso a la autonomía precisa acompañamiento en la toma de decisiones, precisamente porque es la autonomía muchas veces lo que queda malparado con la enfermedad.

7. La emergencia de lo sociosanitario

Los fines de la medicina se han visto ampliados y por ello se hace necesario ampliar también las redes de sus relaciones para poder hacerse cargo de su misión. Como ya hemos dicho, podemos saber de muchas enfermedades, su diagnóstico, pero el tratamiento más apropiado ya no es curativo, ni siempre estrictamente médico-biológico, desde el modelo psico-biológico-social, un modelo de trato, de cuidado, y de un cuidado que va a ser precisado de por vida. Todo lo cual conlleva cambios en la hospitalidad, pide un tipo de hospitalidad, una forma de atender y de ser atentos que exige consensos en el modelo asistencial. Y deberá consistir en un cuidado muy personalizado. Por esto la asistencia integral que muchos ciudadanos requieren y merecen ya no debe ser sólo sanitaria, sino socio-sanitaria. En ese enfoque no se contempla sólo al paciente, sino que hay que ampliar la atención también, en determinadas enfermedades, al cuidador del paciente. Por esto los médicos deben trabajar con los psicólogos, con los fisioterapeutas, con los trabajadores sociales, con los cuidadores (a menudo son personas no técnicas los que están más tiempo asistiendo al

paciente). Y todo esto lo deben hacer desde el equipo y la interdisciplinariedad, lo cual cambia a su vez las maneras de hacer y gestionar.

8. La nueva legislación

Las leyes de autonomía del paciente, de la protección de la dependencia y fomento de la autonomía, de protección de los datos personales, etc. se hacen eco de la necesidad de regular y no dejarlo meramente al ámbito ético de la autorregulación profesional (necesario pero insuficiente). Estas leyes ponen en marcha otros mecanismos, otras expectativas y exigencias y generan, como debe ser, una pedagogía sobre los derechos y deberes de pacientes, profesionales e instituciones. Sin embargo, se ha hecho a unos ritmos que no siempre van acompasados: el legislador, quienes ejecutan las leyes y asumen los gastos, las organizaciones que tienen que encargarse del servicio, los profesionales, no han ido al unísono. El resultado a veces no es el deseado. Así, por ejemplo, el documento de consentimiento informado no cumple con la misión para la que nació, garantizar la comunicación y fomento de la autonomía del paciente y se nos ha transformado en un documento jurídico que, en vez de generar confianza, pervierte con frecuencia la relación socio-sanitaria³.

9. Medicina defensiva y cambios en la vocación profesional

Todos estos cambios también afectan a la manera de vivir y ejercer la profesión. Al verse el profesional presionado a veces por demandas exageradas de pacientes poco responsables, o por cambios arbitrarios de políticas y de gestión, el profesional se enroca y hace un repliegue defensivo hacia la no negligencia y se limita no a dar lo mejor de sí, que es la búsqueda de la excelencia fruto de la consciencia del servicio que da, sino a no ser negligente, a contener conflictos y a procurar que no se generen ni quejas, ni demandas judiciales. Y desde ese contexto no surge lo esencial de la ética en la atención sanitaria de calidad, como son la justicia y la calidad que requieren entornos de confianza.

10. Crisis de confianza y desafección hacia lo público

³ SIMÓN, P: *El consentimiento informado*, Madrid: Triacastela, 2000.

No es prudente, ni responsable, sino absolutamente contraproducente para la forja de la confianza de unos y otros, por ejemplo, informar al ciudadano de que puede escoger a su pediatra cuando hoy por hoy andamos escasos de profesionales de la pediatría; porque entonces hay que poner a médicos de familia, que pueden dar buena calidad asistencial, atendiendo a los niños, pero a un ciudadano que viene reivindicando “su derecho” a ser visitado por un pediatra. Y lo que habrá que discutir entre todos son precisamente esas dos cuestiones previas: si del derecho a la asistencia sanitaria se deriva poder escoger al pediatra (si se debe, se ha de poder hacer), y a qué obedece decir eso, si luego no lo podemos cumplir ¿Quién responderá? ¿Quién se hará cargo de lo que se ha dicho y no se puede cumplir?

Del descrédito ante lo público, de la crisis de confianza en que se está sólo se sale recuperando las razones para creer: para creer como paciente que se está en buenas manos; para creer como profesional que se está bien dotado de recursos suficientes para atender a aquel. Pero dichas razones no pueden basarse en un marketing engañoso o populista, sino basadas en el contexto económico y profesional real. Tales razones para creer se basan en el conocimiento del contexto, pero también en la constatación de que existe buena voluntad por parte de los implicados y voluntad política de solventarlo como mejor se pueda hoy. Por todas estas razones, hace falta que las organizaciones asuman su poder y responsabilidad, se coordinen y orquesten a todos sus profesionales bajo una misma batuta, tocando todos la misma partitura, por todos conocida. Hace falta que los profesionales también estén dispuestos a adaptarse a todos los cambios que se avecinan en sociedades moralmente plurales, que precisan de gestión económica y de interdisciplinariedad. Pero también hay que asumir que el ciudadano es corresponsable del uso que hace del sistema sanitario.

LA SOCIEDAD PLURAL

En la década de los 70 del S. XX surgieron las éticas aplicadas (bioética, ética de la empresa, etc.) porque aparecían problemas que merecían unos acuerdos éticos, unos consensos sobre lo que

considerábamos bueno, malo, justo, digno, etc., y se ponía de relieve que necesitábamos recuperar nuestra capacidad de poner el pensamiento en la acción concertada, y para ello había que regenerar nuestro vocabulario moral: el bien, ¿de quién?; la justicia, ¿según quién?. Se constaba así que unas veces el vocabulario moral se nos quedaba obsoleto y dejábamos de nombrar algunas palabras porque sonaban a rancia moralina (virtud, honor, fraternidad). Otras veces eran nuevos los problemas y requerían nuevas palabras o nuevos significados (sociedad civil, solidaridad).

El resultado era que no nos entendíamos sobre cosas de las que no podíamos dejar de hablar porque tienen que ver con las personas, con el carácter (*ethos*), con la vida buena y justa y, en definitiva, con el sentido de todo. Por los años ochenta el libro *Tras la virtud* de A. MacIntyre⁴ se convirtió en referencia obligada entre los estudiosos de la filosofía por lo acertado de su diagnóstico: en el mundo contemporáneo tan cambiado y cambiante seguimos usando un vocabulario moral forjado en siglos anteriores sin que compartamos los referentes a los que las palabras justicia, bien, deontología, excelencia, virtud, felicidad, etc. aluden. En cambio, la propuesta de MacIntyre de volver a comunidades muy compactadas moralmente no nos convenció a muchos, porque tal consenso, al parecer de MacIntyre, sólo sería posible en sociedades poco abiertas, lo que implicaba además un retroceso en el proceso ilustrado de pretender validez universal a las propuestas éticas. La ética tiene, no obstante, un objetivo moral, pues pretende que la misma capacidad crítico-racional acabe convirtiéndose en un hábito, en moral. La ética quiere que la gente tome conciencia de su moral y que, haciéndolo, la asuma críticamente y la viva con convicción y autenticidad. Pero no se llega a tener el hábito crítico racional si no es gracias a una evolución de la conciencia moral que se facilita en entornos plurales y desde ellos se regeneran el vocabulario moral y las organizaciones y profesiones.

Hasta hace poco teníamos y atendíamos en nuestros centros de salud diferentes niveles culturales, pero no diferentes culturas. Ahora el multiculturalismo ha llegado a los centros, tanto vía pacientes y sus familias, como vía profesionales, lo cual nos obliga a explicitar los valores en pos de los que trabajamos, porque no los compartimos por “sentido común”; ni compartimos qué

⁴ MACINTYRE, A: *Tras la virtud*, Barcelona, Crítica, 1987.

entendemos por calidad, qué significado otorgamos a los conceptos de “higiene”, de “intimidad”, etc. Todo esto hace más complejos los servicios de atención a las personas en general, y a los pacientes en particular. El pluralismo es un valor, más allá de la mera constatación de la pluralidad de opciones o de multiculturalismo más o menos exótico. Pero el pluralismo tampoco es sin más burdo relativismo: tolerar al intolerante acaba, ingenuamente, con la muerte de la tolerancia, precisamente porque el intolerante impone, no argumenta, y no permite ni la diferencia, ni la discrepancia; ni considera al pluralismo como fundamental valor cívico promotor de la deliberación, el diálogo y la transparencia. Sin embargo, hay quien niega el discurso ético en nombre de la indudable e innegable existencia del relativismo moral. Si defendemos la coexistencia de morales distintas no tenemos más que dos opciones exclusivas: o las juzgamos desde un criterio ético y afirmamos que el relativismo moral (las morales son relativas a las culturas y contextos donde surgen) no es relativismo ético (pues hay morales ilegítimas y legítimas), o no hay tal criterio ético y, consiguientemente, todo vale y toda moral es digna de respeto por el mero hecho de ser moral.

Desde la primera opción, la que defiende un criterio ético, se reconoce que hay relativismo moral pero que la razón es una herramienta crítica, transcultural y universal. La ética apela así a un criterio supramoral que no es fruto de la imposición de otra moral. La superioridad argumentativa de quien defiende la posibilidad del criterio ético universal, transcultural, reside en la contradicción (principio racional por excelencia) en que incurren quienes niegan tal posibilidad: su discurso antirracional y antiuniversal tiene pretensiones de racionalidad (ser inteligible) y universalidad (para todos). Así pues, que exista relativismo moral no implica que no pueda haber ética. Es posible una ética capaz de mantener el relativismo moral y el pluralismo como valor; pues la ética no critica el relativismo moral, antes bien defiende que muchas opciones morales son válidas, así se garantizan la libertad, la tolerancia, la paz, etc., pero no todo vale.

Si la ética tiene que devenir hábito, de manera que cada vez que actuamos criticamos si estas costumbres que tenemos son las mejores, se necesita una conciencia educada, una conciencia que reflexiona y que supera adhesiones inconscientes a las morales. Una persona que lleva a cabo una reflexión crítica sobre su propia

moral requiere de cierta preparación, lo cual viene favorecido por los choques culturales. Pero si la ética ha de llegar a ser un hábito y ha de ser una costumbre el que las personas critiquen reflexivamente sus morales, para ello hace falta pedagogía en la capacidad crítica, en la de argumentar y en la coherencia de actuar conforme a las razones públicamente (con transparencia) reconocidas como las correctas. En efecto, la ética se convierte en un hábito cuando se consigue que la gente evolucione hacia la madurez que permite pensar por sí mismo, lo cual suele estar más garantizado en sociedades abiertas donde existe pluralismo (no como un hecho, sino como un valor). Ciertamente, el hábito de la postconvencionalidad⁵ se desarrolla mejor en sociedades plurales y abiertas que en las monoculturales y cerradas, porque pensar de otra forma es condición de posibilidad para reafirmarse en la manera que uno considere suya: eso es lo que significa "autonomía". Por eso el pluralismo es un valor y no sólo un hecho más o menos apreciado: el pluralismo permite replantearse críticamente las convenciones.

Es desde esta firme convicción, que la justicia y el respeto al ciudadano es el verdadero fin de la atención al paciente, y al cual se deben rendir la eficacia, la eficiencia y la efectividad, que son también valores morales pero no últimos (cabe recordar que estos son el medio para lograr aquel, y a veces se los ha convertido en el fin mismo incurriendo en un economicismo corrosivo para la ética), desde donde se debe rendir cuentas de la calidad de la atención al paciente. Y de rendir cuentas, de hacerse cargo, versa la ética de la responsabilidad. Ciertamente, del hecho de vivir en un mundo con recursos limitados y ser el humano finito y también limitado, no quedará más remedio que priorizar unos derechos sobre otros según los contextos y circunstancias. Pero no está de más recordar que la correcta evaluación de una acción o de un servicio no lo es sólo por sus consecuencias o impactos, sino también por la coherencia entre los tres elementos, a saber: valores e intenciones; cursos de acción y procedimientos; y consecuencias y subconsecuencias.

LA MODULACIÓN DE LA EXPECTATIVA: PEDAGOGÍA Y ÉTICA CÍVICA

⁵ KOHLBERG, L: *Psicología del desarrollo moral*, Bilbao: Desclée de Brouwer, 1992.

La **ética cívica** se debe a las categorías de la ciencia (aquello verdadero o falso, basado o no en pruebas o en evidencias científicas), y de la justicia (conforme o contrario a los derechos humanos); es, como venimos diciendo, la ética propia de los ciudadanos y del espacio público. La ética cívica es una ética mínima formal que pretende hablar de lo correcto y justo, de lo exigible, pero sin agotar el tema de lo bueno⁶, de lo que plenifica al ser humano, o sea, de la felicidad, que no se puede exigir.

La **ética de máximos** es la reflexión filosófica sobre los criterios que, una vez garantizada la convivencia de los ciudadanos, propugna un determinado estilo de vida buena, de vida feliz. Bueno aquí significa más que correcto, justo o debido, es algo deseado como fuente de satisfacción personal. Mientras que lo justo es aquello que por pura coherencia con las condiciones de posibilidad de todo querer no podemos dejar de desear (deseo necesario pero no suficiente), el deseo de felicidad no lo vive como satisfactorio porque, siguiendo la etimología, no hace lo suficiente. Más allá de los mínimos de justicia, más allá de la convivencia, la ética de máximos incluye una apuesta por una concepción determinada de la felicidad, se promulgan opciones concretas por una vida plena; es la ética propia de la esfera personal, privada o de la intimidad.

⁶ CORTINA, A: *Ética mínima*, Madrid: Tecnos, 1986.

Ética personal no significa ajena a la legitimidad. Creer que en la intimidad uno puede hacer éticamente lo que quiera es un craso error, de la misma forma que la autonomía del paciente no es preferentismo del cliente. No es indiferente a la ética vivir narcotizado, desaprovechar las capacidades y talentos personales, desperdiciar el tiempo, no velar por la propia salud, etc., porque tenemos deberes morales para con nosotros mismos. Así, por ejemplo, si hay un derecho a la educación y un deber de otros de educarme, también uno tiene el deber de educarse; si uno tienen el derecho a la asistencia sanitaria, existe el deber de facilitarlos por parte del Estado y los profesionales y organizaciones involucradas, pero también el deber del propio usuario de corresponsabilizarse de su propia salud, por ejemplo, siguiendo las prescripciones médicas con rigor, no abusando o dilapidando recursos del erario público.

Por eso mismo tampoco es cierta determinada interpretación decisionística, que tanto puede ser racional o irracional, respetable como irrespetable, de creer que es suficiente con la decisión personal para que la decisión sea correcta: ésta ha de pasar la prueba de la universalización no contradictoria, también en los aspectos más íntimos de la vida privada. Preguntas del tipo “¿y si todo el mundo hiciera lo mismo? ¿es justo y el sistema sería sostenible?” son exigibles a cualquier ciudadano y a su ética personal. De todo ello se desprende que las éticas personales son éticas de máximos, que mezclan existencialmente en un todo cuestiones de justicia y cuestiones de felicidad. Pero cuando se trata de satisfacer cuestiones de justicia, que son cuestiones de derechos, exigencias universales, de dignidad cívica, intersubjetivas, hay que saberlas distinguir de las preferencias basadas en determinadas nociones de calidad de vida fruto de opciones cosmovisivas, felicitantes y, por tanto, subjetivas, culturales, históricas. Todo lo cual nos lleva a la conclusión de que toda ética de máximos, por tanto, lo es, al mismo tiempo y en tanto que ética, de mínimos, pues una felicidad injusta es una contradicción, dado que la felicidad, por definición, es vida buena.

Si aplicamos estas nociones al paciente, podemos afirmar que él vive como un todo justicia y felicidad, por ello, como usuario, suele mezclar ambas demandas. Sin embargo, parte de la tarea de la reflexión ética en el ámbito de la atención al paciente consistirá en

distinguir cuales son los mínimos decentes que por justicia han de ser garantizados, y cuales los máximos aspiracionales que no deben exigirse pero tampoco pueden ser desconsiderados sin más si apostamos por una atención integral. Cabe insistir: ética personal no significa ajena a la legitimidad; en la intimidad uno no puede hacer, *éticamente* hablando, “lo que le venga en gana” y, por ello, el respeto a la autonomía del paciente no es el respeto a las preferencias del cliente, tenga o no razones respetables que esgrimir sus demandas. De ahí la importancia de saber al servicio de que ética estamos en la labor de atender al paciente: primero los mínimos, cuya contraria es contradictoria; luego, en la medida de lo posible, los máximos felicitantes. El orden de los factores altera el producto. Y cuando no sabemos distinguir los derechos y deberes de los pacientes (cuestiones éstas concretas) de sus demandas y requerimientos (cuestiones éstas infinitamente variables y volubles) desorientamos a los pacientes, los maleducamos, generamos tratos injustos, y nos desorientamos en nuestro proceder como profesionales, organización y como sociedad en general.

De la relación entre los máximos felicitantes y de los mínimos cívicos se deducen además otras dos importantes consecuencias para el tema que nos ocupa:

1. La autonomía contiene un momento normativo (¡si hablamos de ética!), legitimador, que es clave. La autonomía no es indiferencia ante las opciones, ni ausencia de ley, ni preferentismo, sino autodeterminación según ley, lo cual significa que la atención al paciente debe apelar a la justicia, no a la felicidad, máxime cuando esta felicidad es claramente injusta, o clínicamente contraindicada, o, en algunas ocasiones, incluso ilegal. Si recuperamos el concepto normativo (ético) de autonomía, tal como lo acuñó I. Kant⁷ y no lo reducimos a mera constatación fáctica de lo que un sujeto quiere, toda autonomía personal supone preferencias, pero no toda preferencia es autónoma. Para serlo un sujeto debe poder universalizar su propuesta, exponerla públicamente, ser competente para tomar decisiones, conocer la realidad de su situación (conocimiento a menudo facilitado por el personal clínico), no estar presionado externamente y tomar decisiones en

⁷ I. KANT: *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Madrid; Alianza Editorial, 2002.

coherencia con la escala de valores personales, con lo que ha sido la forma de vivir del paciente.

2. No siempre se pueden satisfacer todas las preferencias autónomas del paciente por razones de justicia, de equidad en la distribución de recursos y de su priorización. De manera que el testigo de Jehová, por citar un tópico, tiene derecho a su libertad de culto y a actuar en coherencia a su ética de máximos personales. Por ello se le atenderá asumiendo su rechazo a la transfusión y los riesgos que implica; pero de ahí no se deduce la obligación por parte del Estado de asumir los costes adicionales de una cirugía sin sangre. El profesional no puede imponer el tratamiento, la transfusión en este caso; pero el paciente tampoco puede imponer al Estado un tipo de cirugía. Habrá que discutir, y públicamente, qué entra en la cartera de servicios del sistema, por qué sí y por qué no, y todo ello debe ser sostenible económicamente.

Así pues, la calidad en un servicio significa la satisfacción de expectativas, expectativas que, en último término, se podrían agrupar bajo las categorías de bienestar y justicia. En la calidad sin embargo confluyen muchos factores: satisfacción del usuario, estado del conocimiento de los profesionales, valoración por parte de los mismos profesionales de los servicios que ofrecen, estado de la investigación, posibilidades que ofrece la organización desde sus recursos limitados, la eficacia obtenida, etc. La calidad del servicio de la actividad profesional radica en que el cliente esté satisfecho, pero como el cliente o usuario puede estar más o menos informado o engañado, el profesional tiene mucho que decir sobre la calidad de sus servicios, dado el estado de la legislación y la investigación que sólo él, en cuanto que experto en la materia, conoce. Una expectativa es correcta cuando está basada en evidencias científicas (es verdad o falso), es ajustada a los mínimos cívicos que son los derechos y deberes (es justo o injusto) y, en último lugar, importante último lugar pero último, porque el orden de los factores altera el producto, si es felicitante (si es bueno o malo).

Precisamente porque se deben respetar ambos principios éticos, la autonomía y la justicia, hemos de conocer los motivos y preferencias de los pacientes para saber si son o no respetables, y si lo son, si los podemos satisfacer. Así, por ejemplo, si casi coaccionados por un usuario que abusa, que intimida amenazando con denunciarnos, que grita, que incluso maltrata verbal o

físicamente al profesional sanitario o a otros pacientes, se le da, para acallararlo, para apagar el fuego, un trato privilegiado (de ley privada y, por tanto, no pública ni transparente) y se le concede lo que solicita, tenga razón o no, sea justo o no, lo merezca o no, tenga o no derecho, se derivan consecuencias trágicas para la ética en la atención al paciente: el orden de los factores altera, adultera el servicio, y con él se resta credibilidad al profesional, a la organización e incluso al sistema sanitario en general. En efecto, por un lado, si primero va la felicidad, las preferencias arbitrarias de un ciudadano poco responsable en sus demandas y poco respetuoso en su forma de exigir las, se está tergiversando la misión, la razón legitimante de la atención de calidad. Pero, por otro lado, se está haciendo una pésima pedagogía al resto de ciudadanos que contemplan perplejos la manera absolutamente injusta como se “resuelve” el conflicto y se penaliza al ciudadano responsable a la ley común exenta de excepciones y de privilegios, precisamente, por la responsabilidad cívica de su comportamiento. Si un ciudadano así contempla tan lamentable espectáculo, concluirá que, la próxima vez, quizá convenga actuar así, incívicamente, para ser atendido en el acto y con tanta amabilidad y explicaciones.

De este modo, el profesional es el principal responsable de la calidad de su servicio, lejos de la mera satisfacción más o menos fundada del usuario inexperto, o desinformado, o del ciudadano hiperdemandador y muy bien informado. De esta manera, el profesional de los servicios socio-sanitarios ha de estar al día en el conocimiento en su materia (legislación, terapias), pues él debe ser una fuente fidedigna de información sobre dicho conocimiento. Pero para satisfacer expectativas hay que conocerlas, y se han de educar para que lo que se desea sea también **responsable a nivel económico, ecológico y social**. Es ineludible la función pedagógica de los profesionales, en su especialidad, en la búsqueda de la justicia y el bienestar (recordemos lo que hemos dicho más arriba, que corremos el peligro de queriendo limpiar el agua sucia de la bañera, que fue el Estado de bienestar, tirar con ella al niño, el Estado de justicia, que contenía). Sin su pedagogía, sus informes, sus peritajes, sus aclaraciones sobre las novedades de una ley, su mejora, su buen uso, no sabríamos como usuarios que podemos esperar.

Si queremos calidad asistencial, hace falta conocer las expectativas de los usuarios; a continuación citamos sencillas preguntas que ayudan en esta labor de conocer y educar expectativas y conciliar distintas éticas, las diferentes éticas personales, profesionales, la de la organización y la cívica:

- Con referencia al usuario: ¿qué espera del profesional y de la organización? Habrá que sopesar aquí si es adecuado o no que lo espere, porque es de justicia y se lo debemos dar; qué es felicitante pero se lo podemos dar; y qué no es justo dar, o qué no podemos dar aunque quisiéramos.
- Con referencia al profesional y a la organización: ¿qué no espera el usuario del profesional y la organización y a estos les gustaría que esperara? Aquí se trata de educar para los cambios, las nuevas profesiones o programas o iniciativas.

Por eso hacen falta pedagogías sobre las expectativas correctas respecto a las organizaciones sanitarias y las profesiones a ellas vinculadas, más allá de la euforia cientificista y la desconsideración económica de los gastos que todo ello comporta. Hacen falta procesos de transparencia sobre la eficacia del sistema, foros de discusión pública sobre qué fines, qué justicia, qué solidaridad, qué profesionales; pues todas ellas son palabras vagas si no las llenamos de contenido, delegamos responsabilidades proporcionales a los saberes y poderes y pasamos a la acción. Por ello cabe subrayar la importancia clave que en este sentido tiene la doble función de los servicios y unidades de atención al usuario, la de mediadoras y la de docentes. Sin embargo, no podemos delegar o centralizar la cuestión de la calidad en tales servicios o unidades, porque se hace necesario insistir en la importancia de la formación en gestión de conflictos de todos los profesionales, en la argumentación de los motivos por los que se toman decisiones, en habilidades pedagógicas para educar las expectativas del paciente sabiendo acompañarlo en la forja de su autonomía, y en habilidades comunicativas para hacer todo eso.

LA ÉTICA PROFESIONAL Y LA DE LA ORGANIZACIÓN

La ética de las profesiones reflexiona sobre los fines que legitiman una actividad profesional; y el fin (nos lo recuerda Aristóteles) es el bien o servicio que una profesión rinde a la sociedad y la dota de

legitimidad. La ética profesional reflexiona sobre los criterios que, dentro de la ética cívica (marco de referencia de toda ética profesional y organizacional) deben regular la plasmación de aquella ética en los contextos concretos de las áreas profesionales. El mundo de las profesiones, a raíz del rápido cambio fruto del desarrollo tecnológico y la ampliación del saber, requiere continuamente de la tensión dialéctica entre el marco de referencia de la ética cívica, los conocimientos, los recursos económicos y el largo etcétera de factores a tener en cuenta para hacer bien el trabajo que uno debe hacer. La ética profesional comporta una actividad reglada que incluye obtener un título, dar el mejor servicio posible, reciclarse optando por una apuesta por la mejora continua, etc. Cuando un profesional se mueve en un entorno profesional, pertenece a una comunidad reglada y científica que lo acepta, protege y limita, según los casos. Y cuando un profesional es negligente no se pone en descrédito a sí mismo profesional y personalmente, sino que también hace tambalear la reputación y credibilidad de la profesión a la que representa y de la organización donde la ejerce.

De ese modo, la ética profesional pretende orientar el buen hacer de los profesionales, aludiendo a los bienes intrínsecos que el ejercicio de su actividad proporciona tanto a los usuarios de los servicios (en nuestro caso la asistencia sanitaria) como a los mismos profesionales (satisfacción del ansia de saber, satisfacción por el trabajo bien hecho)-⁸. Dentro del marco reflexivo sobre las finalidades (bienes), deberes y derechos de un sector profesional, pueden explicitarse un conjunto de normas y obligaciones concretas que vinculen a un colectivo de profesionales en un momento histórico determinado; surgen así los códigos deontológicos. Tal código deontológico está sometido al cambio y, al no ser un código jurídico, sino moral, no puede imponerse por coacción externa forzando la conciencia de los individuos que lo deben asumir (ética no es Derecho).

La ética en la atención al paciente, como venimos diciendo, tiene por objetivo fundamental la calidad en la atención, que implica la justicia; pero como se trata de ética, la calidad no se puede imponer. Si bien se nos puede obligar a hacer algo, nadie nos

⁸ Hortal, A. y Fernández, J.L. (Coord.): *La ética de las profesiones*, Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 1994.

puede obligar a querer hacerlo. Algo similar ocurre con la calidad y la excelencia ética: para hacerlo bien, para atender excelentemente al paciente, hay que quererlo hacer; la excelencia no se puede imponer. Por eso el profesional excelente va más allá de la deontología: se involucra en la mejora continua y en la continua adaptación al paciente, considerando los recursos y las posibilidades que estos dejan. Según Aristóteles, hacer bien las cosas requiere realizarlas con cierto placer. Precisamente porque hay que involucrar al profesional y eso no se puede imponer, hay que contar con su motivación, vocación y placer. Para sondear cómo vamos de todo esto nos servirá dirigir las siguientes preguntas a los profesionales: ¿qué espera esta organización de usted y a usted le gusta que lo espere? ¿Qué espera de usted esta organización y a usted no le gusta que lo espere? ¿Qué no espera esta organización de usted y a usted le gustaría que esperara? Ahora el trabajo es conciliar la ética profesional y la de la organización.

No obstante, el placer no es el motivo que legitima lo que hacemos: seguramente las guardias en el hospital, o dar respuestas a las quejas de un ciudadano no causan placer. Lo que legitima la tarea de las profesiones y organizaciones sanitarias es la calidad del servicio ofrecido, independientemente de otras motivaciones. De ese modo, la legitimidad profesional no radica en la felicidad del proyecto de vida personal, sino en la calidad del servicio que se ofrece. Pero no olvidemos que los trabajadores de los servicios sanitarios también tienen presiones personales (deben pagar hipotecas, escuelas, seguros varios, etc.) y obedecer como cualquier asalariado más. En consecuencia, si bien es ineludible contar con el profesional, no se le puede dejar solo: hace falta la ética de la organización dónde se consensúa el modelo de ciudadano por el que debemos trabajar, los discursos coherentes que dirigirles, y los argumentos que se deben dar de por qué sí o no a las diferentes peticiones.

A menudo sucede que los políticos generan entre los ciudadanos expectativas y que a la hora de la verdad no se pueden satisfacer porque no hay recursos humanos ni técnicos (como estamos comprobando en la atención que se propone en la ley de dependencia). Y no son los políticos los que se encuentran cara a cara con el ciudadano al que se le ha prometido algo que no se puede cumplir: ¿Quién se hace cargo entonces de lo que se ha

dicho y luego no se puede hacer? Sucede más bien que son los profesionales los que se encuentran directamente, dando la cara, con el ciudadano. Son los profesionales los que se trabajan la confianza en la organización de la que ellos son la cara visible y a los que les toca hacerse cargo de explicar por qué no puede ser lo que otros irresponsablemente han prometido. Los profesionales, solos, no pueden; los ciudadanos todos, sin ellos, tampoco podemos. Depositar, por lo tanto, toda la ética de la atención al paciente en este nivel micro de la relación asistencial socio-sanitaria supone desmoralizarnos a todos, condenarlo a quijote que quiere pero solo no puede. En efecto, también el profesional precisa confiar en la organización, comprobando que están unidos en el empeño del servicio sanitario justo y de calidad, de que avanzan hacia la misma meta y a la misma velocidad: los unos sin la otra, no pueden; la otra sin los unos, tampoco. Si todo esto no se consigue más que contando con los individuos que integran la organización, hace falta generar un cierto sentimiento y orgullo de pertenencia a ésta. El profesional representa y proyecta la organización, es su cara visible y de él depende, en una importante parte, cómo y hacia dónde vaya. Por esto hace falta hablar también de las responsabilidades de las organizaciones e instituciones donde trabajan los profesionales, de sus asociaciones profesionales y de la política socio-sanitaria.

En los servicios y unidades de atención al usuario nos las habemos con cinco grupos de interés, a saber: las administraciones, el paciente, la familia, la organización y la sociedad en general. Por eso es fundamental una buena comunicación entre ellos, para que sepan qué corresponde a cada cuál. Si la confianza del ciudadano en el sistema pivota en la confianza en el conjunto de profesionales que les atienden coordinadamente, vamos muy necesitados de educación en la ciudadanía, a todos los niveles (y no sólo a los alumnos de secundaria). La verdad, la justicia y el bien sólo se descubren en entornos comunicativos, dialógicos. La atención al paciente en general requiere, además de una relación dialógica con el principal destinatario del servicio, el paciente, de equipos, de recursos, y de organización y eficiente gestión de todo ello. Uno solo no puede proyectar todo lo que se debe proyectar, ni controlar toda la complejidad, necesita del equipo y de su confianza. La atención al paciente, la de calidad, la justa y la buena, se hace en equipo, delegando responsabilidad y poder proporcionalmente al

saber, y con conciencia de que están todos en el mismo barco, navegando hacia el mismo rumbo y la misma velocidad.

FORMAS DE VIVIR LA ÉTICA EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA

Nos recordaba P. Drucker⁹ que la sociedad del S. XXI será una sociedad de organizaciones o no será. Las organizaciones de la sociedad del conocimiento son organizaciones de profesionales, de expertos en sus materias de base y cual orquesta sinfónica, cada uno domina el instrumento que toca. Los excelentes profesionales forman una orquesta de virtuosos (*areté*, en griego, significa excelencia y se traduce al latín como virtud); pero una buena orquesta precisa un director (líder) que, conociendo la potencia de la orquesta que dirige, saca lo mejor de cada uno de los virtuosos y les hace brillar, como músicos en la orquesta, haciendo brillar a la orquesta. Pero para ello se requiere consenso en las partituras que se tocan. La orquesta debe también hacer público el programa; y habrá que recordar a la audiencia que se trata de una orquesta sinfónica, no de una banda de música cualquiera, ni de una orquesta verbenera que toca sólo lo que al público le apetece escuchar, o al ritmo de políticas populistas con afán, por parte del político del momento, de mantenerse en el poder.

Para ello cabe, previamente, aclarar una serie de cuestiones que, como sociedad, tenemos pendientes. En efecto, hemos de aclarar al servicio de quién está el sistema sanitario público, si del ciudadano o del cliente; cabe aclarar a dónde vamos y a que ritmo, si al de las campañas electorales o al prudente ritmo que la justicia, la calidad y la eficiencia requieren. Necesitamos un consenso social sobre el modelo de ciudadano, el modelo de sociedad justa a la que queremos dirigirnos y atender como profesionales, y un consenso social sobre qué es calidad asistencial. Una ética de la organización requiere poner en marcha y gestionar varios elementos:

- La organización debe disponer de tiempo y espacio para la reflexión y la deliberación: cabe una reflexión sobre la misión, la estrategia, la supervisión, el aprendizaje y las políticas derivadas. Ciertamente, las coordinadas espacio-temporales

⁹ DRUCKER, P: *La sociedad postcapitalista*. Barcelona: Apóstrofe.

- son trascendentales: para atender se precisa tiempo, tiempo para entender y dialogar. Y espacios donde reunirse, con garantías de intimidad y confidencialidad, coordinarse y aunar esfuerzos y recursos.
- Estas coordenadas son condición de posibilidad para generar democracia participativa: son necesarios foros de discusión, participación y deliberación, donde el conflicto sea concebido como síntoma de vitalidad y de confianza en el cambio y la mejora. Como se trata de ética de la responsabilidad, y la responsabilidad es proporcional al poder, se requiere formación y empoderamiento; y como se trata de querer hacer, más allá del mero hacer, hace falta cuidado, no solamente del paciente, sino también de toda la gente que en ella trabaja
 - La organización debe forjar un *ethos* corporativo; un *ethos* corporativo no es lo mismo que la suma de estilos personales; un *ethos* pretende explicitar lo que se quiere conseguir como organización, cómo lo quiere conseguir, es decir, cuál es el estilo por el que se quiere caracterizar como organización dadas las finalidades que se proponen, en nuestro caso, el modelo de ciudadano al que se dirigen y el modelo asistencial que promueven. Como vemos, de nuevo se precisa de claridad en los fines, de transparencia en la gestión, y de perseverancia, constancia y coherencia en los medios y esfuerzos invertidos. Los excesivos cambios en las políticas no permiten la forja del *ethos* fruto de la participación dialógica, sino la búsqueda de la mera supervivencia donde acabamos en la ruda táctica de supervivencia de "*sálvese quien pueda*". Y esa táctica es nefasta para organizaciones sanitarias, en las que se depositó la confianza y la responsabilidad del cuidar y asistir.
 - La organización debe disponer de un código ético (con comité dinamizador y subsiguientes auditorías o rendimientos de cuentas), éste es la hoja de ruta para conocer los valores y compromisos de la organización y desde él concretar el tipo de acciones y procesos que aquella espera de su personal.
 - La organización debe incentivar el liderazgo de los equipos. El líder es la persona capaz de coordinar y dirigir un equipo hacia unas metas. No olvidemos que *Duce*, *Führer* o *Caudillo* tienen las connotaciones que tienen por el tipo de metas y medios que se

emplearon para lograrlas. El liderazgo ético dirige personas, no rebaños, asume que uno dirige la orquesta, pero sabe que sin la orquesta no puede. El liderazgo ético piensa en clave organizativa, de bien común, y consigue que la gente le reconozca autoridad, no autoritarismo, porque piensa en clave organizativa y entusiasmo en el quehacer. Pero el líder ético de una organización lleva a cabo una labor suicida: en la organización nadie debe ser imprescindible, lo mejor que puede hacer un líder es crear un equipo y un estilo que ya no precisen de él, porque no son súbditos, sino autónomos.

Si fue una conquista el derecho a la autonomía del paciente, y la consiguiente descentralización y flexibilización en las autoridades decisorias, en la organización hemos de pasar de la **pirámide a la red**, superando tanto una anorexia de poder de los que no quieren asumir responsabilidades, como un afán desmesurado de poder que se aferra a éste y no lo suelta. No interesa una involución paternalista en el ámbito organizativo, dado que tomar decisiones requiere de coraje y de eficiencia, los cuales se ven muy mermados con esquemas centralistas y burocráticos que privan de la autonomía. De ahí la importancia del valor equipo.

Para terminar, no queremos dejar de nombrar algunas cuestiones muy puntuales que hay que poner en la agenda de la ética y la atención al paciente; son éstas situaciones típicas y tópicas¹⁰ que merecen un consenso en su abordaje por parte de la organización:

- o Hay que contar más y mejor con los conocimientos que sobre la calidad, la ética y la atención al paciente disponen los servicios y las unidades de atención al usuario. El sistema de salud puede, gracias a esos servicios y unidades, hoy ya suficientemente especializadas y preparadas, tener una visión integral amplia, de los principales problemas a abordar y de las ventajas a potenciar o mantener. Y las usa poco y, con frecuencia, las reduce a unidades de contención de usuarios indignados, cuando no de permisividad de profesionales o, por decirlo de alguna manera, éticamente laxos.

¹⁰ Me baso en muchas de las Conclusiones de la *IV Jornada técnica de las unidades de atención al Usuario* del Hospital San Joan de Déu de Palma de Mallorca, 2008.

- Gracias, entre otros, a los servicios y unidades de atención al usuario se sabe que un tema urgente de la organización es mejorar la coordinación dentro de ella y de ésta con el sistema sanitario en general: la coordinación entre equipos interdisciplinarios (incluyendo a los servicios de admisión); y entre atención primaria y especializada, etc. son fundamentales. Todo ello sin olvidar el caballo de batalla de las organizaciones, a saber, la comunicación entre ciudadanos, profesionales, organización y sobre la claridad en la misma cartera de servicios, algo muy diferente de la unilateral información, información con frecuencia desconectada de qué se quiere saber y de quién necesita la información.
- Mejorar la participación de los ciudadanos en las tomas de decisiones, no únicamente en lo que respecta a su propia salud, individualmente, sino también en lo que precisa de contar con su “representación” a la hora de proponer políticas sanitarias, incluir servicios en la cartera (lo que seguramente significará, en tiempos de crisis, quitar otros), o para discutir con los propios afectados las formas de conocer sus expectativas y necesidades y cómo satisfacerlas mejor.
- Dar a conocer el sistema de salud, su organigrama y formas de funcionamiento a los ciudadanos, para que la equidad en el acceso y uso sea una realidad y no sólo una bienintencionada declaración de principios éticos. Recordar a los usuarios que la historia clínica les pertenece; que hay menores maduros y que, sanitariamente, a los 16 años un joven puede tomar decisiones autónomas sin necesidad de contar necesariamente con el consentimiento de los padres o tutores, máxime cuando él no quiere, y así se le debe reconocer y respetar en su autonomía, etc. son temas también pendientes.
- Recordar a los profesionales que no se debe infantilizar el trato ni a estos menores maduros ni a los mayores muy mayores que, a pesar de sus años, no necesariamente han perdido madurez y a los que a veces humilla un trato infantilizado. Habrá que insistir más y mejor en los buenos instrumentos que son el documento de voluntades anticipadas y el consentimiento informado, que son más, mucho más que documentos y papeles, puesto que son lógica consecuencia del ineludible diálogo entre paciente, profesionales y organización.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El objetivo de la ética en la atención al paciente es **la justicia y la calidad**. Para ello se requiere confianza y respeto, lo cual se concreta en ciudadanos informados, participativos y, por tanto, conscientes de sus derechos y deberes; en profesionales implicados, involucrados, volcados en su quehacer, en su vocación, sin explotación ni *burn out*; y en organizaciones socio-sanitarias responsables, que rinden cuentas públicamente, con transparencia, de su quehacer, que incluye, inevitablemente, en tanto que todo somos humanos, aciertos, desaciertos e imprevistos ante los que hay que arriesgarse y tomar decisiones sin saber a ciencia cierta qué saldrá de todo ello (la libertad y la responsabilidad generan angustia).

Las organizaciones quedan, las personas marchan, pero aquéllas quedan, bien o mal paradas, según las dejaron las personas que por ellas pasaron y por quienes fueron dirigidas. Y lo que los profesionales lograron sólo lo pudieron hacer porque contaron con el apoyo de su gente, con la confianza de los destinatarios del servicio y porque tuvieron un proyecto de organización a la que respetaban y en cuyo nombre tomaban sus decisiones. Por eso hace falta ética, reflexión crítico racional, y moral, es decir, coraje, entusiasmo y deseo de mejora. Entre todos los afectados vamos a tener que construir nuestro modelo asistencial; porque depende de nosotros, porque está en nuestras manos, porque hay mucho en juego. Y como nos recuerda H. Jonas en *El principio responsabilidad*: “Solamente sabemos qué está en juego, cuando sabemos que está en juego”¹¹.

Nos las vemos con la ética, y en concreto, con la confianza. Y cuando las organizaciones o instituciones dirigen a los ciudadanos discursos rellenos de vocabulario ético sin ningún reflejo de su aplicación coherente en la realidad, el ciudadano y el profesional deducen que la actitud es el cinismo, y la desconfianza acampa. Si decimos, hay que hacer. También hay responsabilidad de hacerse cargo de lo que uno ha dicho pero no ha hecho, de lo que ha hecho y no ha dicho con clara intención de ocultación. Porque hablamos de lo que nos debemos los unos a los otros, porque es lo que queremos los unos de los otros.

¹¹ JONAS, H: *El principio responsabilidad*. Barcelona: Herder, 1995, p.16.

BIBLIOGRAFIA

Abel Fabre, F (2001): *Bioética: orígenes, presente y futuro*. Barcelona: Instituto Borja de Bioética//Fundación MAPFRE Medicina.

Apel, K.O (1991): *Teoría de la verdad, y ética del discurso*, Barcelona: Paidós.

Beauchamp, T.L y Childress, J. (1999): *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson.

Casado, M. (1998): *Bioética, Derecho y Sociedad*. Madrid: Trotta.

Casado, M. (Coord.)(2009): *Sobre la dignidad y los principios*, Navarra: Civitas/Thomson Reuters

Cortina, A (2003): "El quehacer público de la ética aplicada: ética cívica transnacional", en Cortina, A y García-Marzá, D. (Eds.): *Razón pública y éticas aplicadas*, Madrid: Tecnos, 13-44.

Cortina, A (1986): *Ética mínima*, Madrid: Tecnos.

Couceiro, A. (Ed.) (1999): *Bioética para clínicos*, Madrid: Triacastela.

Gafo, J. (Ed.) (1999): *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*, Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Gracia, D. (2004): *Como arqueros al blanco: Estudios de bioética*. Madrid: Triacastela.

Ferrer, J. J. (2007): *Deber y deliberación: Una invitación a la Bioética*. Centro de Publicaciones Académicas Facultad de Artes y Ciencias UPR-RUM: Mayagüez.

Habermas, J. (1985): *Conciencia moral y acción comunicativa*, Barcelona: Península.

Habermas, J. (2000): *Aclaraciones a la ética del discurso*, Madrid: Trotta.

Jonas, J. (1995): *El principio responsabilidad*, Barcelona: Herder.

Simón, P. (2000): *El consentimiento informado*, Madrid: Triacastela.

Simón, P. (2008): *Ética de las organizaciones sanitarias*, Madrid: Triacastela.

Lora, P; Gascón, M. (2008): *Bioética. Principios, desafíos, debates*, Madrid: Alianza editorial.

Manero Richard, E; Tomás y Garrido, G. M. (2008): *Diccionario de bioética para estudiantes*. Alcalá: Editorial Formación Alcalá.

Sádaba, J. (2004): *Principios de Bioética Laica*. Barcelona: Gedisa.

Valls, R. (2003): *Ética para la Bioética, y a ratos para la política*. Barcelona: Gedisa

Documentos del Comité de bioética de Cataluña en
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir89/spbioe00.htm>.

Documentos del Foro de los pacientes
<http://www.webpacientes.org/fep>.