

Valores clave en la práctica médica

Core values in medical practice

Santiago Álvarez

Centro de Salud de Torreldones. Servicio Madrileño de Salud

Resumen

Se proponen tres valores clave en la práctica clínica: la solidaridad, el criterio profesional autónomo y la fiabilidad. La primera se entiende como tomarse en serio la situación de otros y actuar en su apoyo. Incluye la primacía del bienestar del paciente, el respeto a las decisiones autónomas y la justicia. El criterio profesional autónomo consiste en estar actualizado y entrenado, y actuar con prudencia. Incluye valores como el saber científico, el saber hacer, el saber prudencial y una autonomía profesional responsable. La fiabilidad consiste en hacerse digno de confianza y requiere competencia, transparencia y vínculo.

Palabras clave: Bioética, Ética clínica, Valores, Solidaridad, Autonomía, Fiabilidad.

Abstract

We propose three core values in clinical practice: solidarity, autonomous professional judgment and reliability. Solidarity means to take the situation of others seriously and to act in support of it. It includes the primacy of patient welfare, respect for autonomous decisions and justice. By independent professional judgment, we understand to be properly updated and trained, as well as to act prudently. It includes values such as scientific knowledge, skilfulness, practical wisdom and responsible professional autonomy. Reliability entails trustworthiness and requires competence, transparency and connectedness.

Key words: Bioethics, Clinical ethics, Values, Solidarity, Autonomy, Reliability.

Valores clave en la práctica médica

Ninguna deliberación sobre valores parte de cero. Por otro lado, debería apoyarse en una reflexión previa sobre los hechos. De ahí que sea oportuno hacer una breve revisión de algunos hechos especialmente significativos para la práctica clínica en medicina. Por ejemplo, es sabido que en las últimas décadas se han producido acontecimientos funestos en la historia de la medicina, como los sucedidos bajo el régimen nazi, que dan cuenta de la desmesura organizada y sistemática a la que puede llegar la práctica médica.

También hemos asistido al enorme poder proporcionado por los desarrollos científico-técnicos, poder proporcional a la responsabilidad moral a la que se enfrentan los médicos. Como consecuencia, se han desarrollado esbozos éticos y marcos normativos de alcance universal. Estos últimos, desde criterios de legitimidad y justicia, han dado lugar a un marco legal actualizado que regula la práctica clínica y obliga de forma contundente, orientando la asistencia, la docencia y la investigación en medicina por cauces sumamente exigentes.

Por otro lado, es notorio el poder que han ido alcanzando las organizaciones dentro de los sistemas sanitarios. Estas estructuras sociales han adquirido un papel primordial en una distribución más equitativa de los recursos sanitarios y sitúan a los médicos ante la difícil tarea de mantenerse fieles a los valores tradicionales en medicina, como el de la primacía del paciente, y cooperar en el seno de las organizaciones sanitarias a la construcción de una distribución más justa de los recursos sanitarios.

Junto a estos hechos de carácter general, es necesario señalar otros que se producen habitualmente en la práctica clínica y que, por su proximidad y cotidianidad podrían pasar desapercibidos, a pesar de que tienen una gran importancia. Aun cuando la medicina ha experimentado enormes cambios y desafíos en las últimas décadas, el colectivo médico sigue contando con profesionales excelentes, que se han ido adaptando de forma inteligente a las nuevas situaciones y son, en sí mismos, un reflejo vivo de lo que se puede y se debe llegar a conseguir en la práctica médica, aun en circunstancias sumamente problemáticas. De ahí que deban mencionarse, por unos u otros motivos, como un referente vivo y de primer orden para quienes tienen la oportunidad de colaborar con ellos. Junto a este dato, no se puede olvidar la importancia que tiene el reconocido papel de la conciencia moral personal de cada clínico, como instancia subjetiva respetable y punto de apoyo para el desarrollo de un ejercicio profesional autónomo y responsable.

Un esbozo de valores clave

Todos estos elementos constituyen, cada uno a su modo, un conjunto de hechos que representan un punto de partida para elaborar una reflexión sobre valores clave en la práctica médica. Estos hechos soportan valores tan evidentes como los de la vida humana, el respeto debido a las personas, el propio saber médico, el valor del papel de la perspectiva ética en la práctica clínica, los marcos normativos que la orientan y regulan según criterios de justicia, el

valor de las estructuras sociales que hacen posible una accesibilidad de las personas a los servicios sanitarios, el de los profesionales excelentes o el del criterio de conciencia moral.

Son hechos que aluden o soportan de un modo u otro valores que han ido calando en la corporación médica y que, por tanto, van perfilando un conjunto de referentes que sugiere posibilidades para una búsqueda de unos valores clave en medicina. Ellos son apoyo en la medida en que ya permiten vislumbrar lo que en el fondo podría y debería ser una buena práctica médica, sugiriendo algunas de sus mejores posibilidades. Y al mismo tiempo son canon, dado que ayudan a ponderar la medida o desmesura del esbozo de valores que se vaya a proponer.

El esbozo que ahora se presenta debería ayudar a orientar la vida profesional hacia la excelencia. Puesto que la práctica clínica es una actividad sumamente compleja, parece razonable partir de un núcleo conceptual sencillo, constituido solo por tres valores clave de fácil retención, a partir de los cuales se pueda desarrollar la presentación de otros valores que se despliegan, de forma lógica, a partir de ellos. Son clave porque con ellos se podría trenzar el hilo conductor de una trama narrativa para toda la vida profesional y porque, como se ha señalado, a su vez abren la puerta a un conjunto de valores profesionales y humanos de especial importancia en el ejercicio clínico.

En su formulación y descripción, forman parte de un proyecto o esbozo que no estaría concluido sin una reflexión sobre los deberes a los que estos valores obligan. Sin embargo, esto último no es objeto del trabajo actual. A la vista de los referentes mencionados arriba, pueden definirse al menos tres valores centrales en la práctica médica: la solidaridad humana, el criterio profesional autónomo y la fiabilidad.

El primero tiene mucho que ver con el valor o la dignidad propia de los seres humanos y su carácter sumamente vinculante. El segundo está estrechamente relacionado con el saber acumulado a lo largo de los siglos por la tradición médica occidental, así como con su aplicación práctica. Y el tercero alude a un intangible de una enorme trascendencia para la práctica clínica, la confianza, sin la cual no es posible el ejercicio de la profesión. El primero podría considerarse un elogio del *bonum*, la bondad, a la que se alude como una opción radical en la práctica médica; el segundo podría ser tenido en cuenta como un elogio del *verum*, la verdad, que se invoca como búsqueda libre e insobornable de la verdad científica y prudencial; y el tercero podría ser un elogio del *pulchrum*, algo muy vinculado a las formas y que se sugiere como la búsqueda de una pulcritud que haga ciertamente fiable el ejercicio de la medicina.

La solidaridad humana

El término solidaridad procede del latín, “*solidus*”, y fue utilizado inicialmente en el lenguaje de la construcción y del derecho. En el primero se aludía a la cohesión de diversas partes. En cuanto al segundo, en *El digesto* o *Pandectas* de Justiniano (483-565), la expresión “*obligatio in solidum*”, alude a la obligación en bloque de los deudores con un acreedor. La voz se populariza en Francia en el siglo XVIII y evoluciona inicialmente como un significado muy próximo semánticamente al de caridad y al

Se propone un esbozo de tres valores, que son clave porque a su vez abren la puerta a otros valores. Son la solidaridad, el criterio profesional autónomo y la fiabilidad.

de filantropía (Pérez, 2007). En España empezó a utilizarse en el siglo XIX y procedía de “*solidus*” como “soldus”, “moneda sólida o consolidada”, a diferencia de las demás, de valor escaso o variable (Coromines, 2008).

En cualquier caso se trata de un término muy utilizado en los dos últimos siglos en el terreno político, jurídico, sociológico, filosófico y teológico. Desde una perspectiva sociológica, Emile Durkheim (1858-1917) acuñó la noción de solidaridad orgánica, para referirse al vínculo de interdependencia que necesariamente se produce con la división del trabajo en el funcionamiento de las sociedades desarrolladas (Durkheim, 2014). Siempre alude a una unión, cohesión, asociación, hermandad o fraternidad, en la que todos los individuos están unidos para un fin normalmente legítimo (Pérez, 2007).

Aquí se propone la solidaridad como valor. Si la psicología y la sociología la descubren como algo que pertenece a la estructura y condición humana, la ética la muestra como algo por hacer. Desde esta perspectiva se ha propuesto una definición de solidaridad que presupone su dimensión estructural, es decir, como “vínculo”, pero que incluye también la idea de una exigencia para la acción. Según esta definición, la solidaridad sería “la disposición de tomarse en serio el punto de vista de otros y actuar en su apoyo” —“the willingness to take the perspective of others seriously and to act in support of it”— (Gunson, 2009). Esto podría interpretarse como un ejercicio restringido al terreno del diálogo, lo cual sería claramente insuficiente. Por otro lado, la palabra “*willingness*”, “disposición” en castellano, nos sitúa en el terreno de las actitudes, que podrían considerarse como un acto subjetivo perteneciente a un curso de acción concreto. Por eso parece razonable matizar esta definición, asumiendo sencillamente la solidaridad como *tomarse en serio la situación de otros y actuar en su apoyo*.

Visto así, se puede decir que la práctica médica es, por su propia índole y en su mejor versión, un ejercicio activo de solidaridad. El reconocimiento del otro y su vulnerabilidad es la puerta que abre, ya desde los inicios de la *tékhne iatriké*, el desarrollo de la relación clínica, uno de los modos más bellos por los que se concreta la solidaridad humana. Pero el médico tiene una forma específica de cuidar de lo humano, que es el cuidado de la salud. No asume la tarea de hacerse cargo de la totalidad del individuo, no es una responsabilidad como la del padre respecto de su hijo, que se ocupa del niño como totalidad. En el caso del médico se trata de una responsabilidad muy elevada, pero al mismo tiempo, limitada (Jonas, 1995: 183).

Esto supone que, en determinadas circunstancias, puede surgir un conflicto entre solidaridad y práctica médica. En el transcurso de la vida profesional, el clínico como discente, asistencial, docente, gestor o investigador, se enfrenta a múltiples situaciones que tienden a desvincularle del principal bien que tiene delante, que no es otro que cada una de las personas que están bajo su responsabilidad. Se trata de situaciones en las que otros valores diferentes de la solidaridad, como el propio saber médico o el estatus social, pueden colisionar o competir con aquel. Ahí están los trágicos ejemplos en los que se ha antepuesto el interés científico-técnico de la práctica médica a las personas, como el de la utilización de poblaciones vulnerables para realizar experimentos éticamente injustificables o la colaboración sistemática de muchos facultativos con el régimen nazi (López-Muñoz & Álamo C, 2008).

De ahí la necesidad de subrayar la idea de solidaridad humana, imprescindible para señalar la importancia de una práctica clínica centrada en las personas. Se trata de una idea que se defiende, paradójicamente, a partir del valor específico de cada ser humano en particular. Ya desde la filosofía estoica se ha considerado que todo ser humano es un bien cuyo valor no

puede cifrarse, porque no tiene precio. Y esta idea ha pervivido a lo largo de la historia, justificándose por razones diversas: por la racionalidad (Grecia clásica), por la filiación divina (Tomás de Aquino), por la voluntad (Pico della Mirandola), por ser fin en sí mismo (Kant)... (Torralba, 2005).

Sea como fuere, cada ser humano se presenta como un universo único, complejo y, en el fondo, insondable. En la experiencia del cara a cara con cada paciente es posible toparse con un enigma que solo podrá descubrir quien sea capaz de poner a punto sus sentidos, su mente, su sensibilidad y, además, un genuino aprecio por el otro. Quizá por eso, aunque con otras razones, desde la filosofía se ha afirmado que las personas no son reducibles a categoría alguna (Lévinas, 1977), por mucho que algunas de esas categorías, como las categorías diagnósticas o terapéuticas, puedan ser médicamente útiles. Es ese valor atribuido a las personas, su dignidad ontológica (Torralba, 2005), lo que hace que se pueda afirmar con rotundidad que siempre merecen la máxima consideración y respeto, independientemente de su edad, sexo, etnia o convicciones.

La solidaridad es entendida como tomarse en serio la situación de otros y actuar en su apoyo. De ahí que se pueda afirmar que la práctica médica es, por su propia índole y en su mejor versión, un ejercicio activo de solidaridad.

Pero los seres humanos no solo son un enigma asombroso y de incalculable valor. Además, desde su fragilidad, interpelan, solicitan ayuda y reclaman atención. Y desde ahí obligan, comprometen y se imponen. Puedo hacer oídos sordos, puedo refugiarme etiquetando al otro con categorías manejables cognitivamente (“es un terminal”, “es

un ca. de ovario”) pero no dejará de estar ahí. Su rostro concreto, cercano o lejano, comprensible o incomprensible, familiar o foráneo, obliga por su índole infinita, irreductible y única. Hay bienes que vinculan con mayor o menor fuerza, pero los hay que se imponen de tal forma que solo es buena la voluntad la que los quiere (Taylor, 1996). Las personas y su salud pertenecen a estos últimos. De ahí la importancia de la “primacía del bienestar del paciente” (“Medical professionalism in the new millennium”, 2002), que no hace sino poner en valor las nociones de no maleficencia y de beneficencia.

La solidaridad no puede ser sino adhesión a la causa de la promoción y el progreso de las personas, pero no solo del más cercano, sino del progreso humano en general, con una apertura universal en tiempo y espacio. No es, por tanto, aceptable la mera complicidad con los más próximos. Esto se ha argumentado desde muy diferentes perspectivas, pero lo ha expresado con una gran fuerza el filósofo lituano Emmanuel Lévinas: “El lenguaje, como presencia del rostro, no invita a la complicidad con el ser preferido, al “yo-tú” suficiente y que se olvida del universo... El tercero mira en los ojos del otro[...] La epifanía del rostro como rostro, introduce la humanidad [...] La presencia del rostro —lo infinito del Otro— es indigencia, presencia del tercero (es decir, de toda la humanidad que nos mira) y mandato...” (Lévinas, 1977: 226). De ahí que la noción de solidaridad deba incluir una exigencia de justicia, de equidad y juego limpio.

El criterio profesional autónomo

Es posible saber mucha medicina y actuar como si se supiera muy poca. Hay que esforzarse, es cierto, pero hay quien lo consigue. El criterio clínico se basa necesariamente en el saber médico, que es mucho más que tener conocimientos de medicina. El saber médico consiste

simultáneamente en un saber teórico o un estar actualizado; en un saber hacer o un estar entrenado; y en un saber actuar, es decir, estar bien orientado a la hora de aplicar lo anterior y evaluar y manejar médicamente una situación concreta.

La práctica médica, ya desde sus raíces, se ha basado en el conocimiento. Los médicos hipocráticos manifestaron una profunda estima por el saber: "... el médico debe ser un amante de la sabiduría..."; hasta el punto de que había que "conducir la sabiduría a la medicina y la medicina a la sabiduría" (*Sobre la decencia*). Desde entonces, en la tradición médica occidental cobran gran importancia la investigación, el conocimiento, la experiencia, el razonamiento correcto y el acierto. Y se menosprecian la ignorancia, la inexperiencia y el error (García Gual, 1990).

Pero lo que era la *physis* para los antiguos es ahora para nosotros la realidad, algo más complejo. A la medicina le interesa todo lo que puede afectar al hecho de enfermar o de sanar. La realidad humana se puede abordar desde su dimensión física, pero también desde otras muchas, como la psíquica, social, histórica, moral, etc., que requieren un abordaje racional específico. Tras un avance espectacular de las ciencias relacionadas con la salud, el conocimiento médico no puede ser sino una determinada comprensión en profundidad sobre el hecho de enfermar y sobre los diversos modos de ayuda médica. Este conocimiento no es entendido solo como una nube de datos registrados en algún lugar, sino como *algo propio del médico concreto*.

La solidaridad humana, tal como se ha esbozado, incluye valores como la primacía del bienestar del paciente (no maleficencia y beneficencia), el respeto a las decisiones autónomas y la justicia.

Y se construye desde la búsqueda rigurosa de verdades racionales, es decir, de verdades probadas mediante la experiencia, ya sea esta fruto de la investigación o de la práctica clínica. Si la investigación aporta datos útiles respecto del hecho general de enfermar, la indagación diagnóstica que se produce en contacto directo con el paciente aporta un conocimiento y una comprensión del hecho particular de enfermar del paciente concreto. Los datos generalizables proporcionados por la investigación aportan hipótesis y un valor predictivo para llegar a comprender lo que le ocurre o puede ocurrirle al paciente.

Lo que médicamente se le pide al conocimiento es que sea racional, que se pueda probar y que cuente con unos estándares de evidencia apropiados al objeto de estudio. Pero además, debe tener una clara aplicabilidad para la práctica clínica. Esto exige ampliar los conocimientos proporcionados por las ciencias naturales a los proporcionados por las ciencias humanas; así como un esfuerzo de selección y síntesis que permitan y faciliten la tarea de la sanación.

No obstante, estar actualizado y estar bien entrenado (conocer y saber hacer) no lo es todo en la práctica médica. Para que haya criterio clínico es necesario saber actuar, saber aplicar, en definitiva, todos esos conocimientos y habilidades adquiridos. Se trata de un saber práctico, que los clásicos denominaron *phrónesis*. Aristóteles lo entiende en un sentido muy general y en su *Ética a Nicómaco* afirma que es una "cualidad propia de los administradores y de los políticos" porque pueden ver lo que es bueno para ellos y para los hombres (1140b 5-10). Sin embargo, sus planteamientos se pueden aplicar perfectamente a la medicina. La prudencia es un saber que se nutre de lo universal (lo teórico, lo generalizable) y lo particular (los datos del escenario clínico concreto), "porque es práctica y la acción tiene que ver con lo particular" (1141b 15). Al tener que ver con lo particular "llega a ser familiar por la experiencia, y el joven

no tiene experiencia” (1142a 15). De ahí, por cierto, la importancia de la tutoría en el proceso de formación de estudiantes y residentes.

Las decisiones prudentes se consiguen mediante la deliberación, que es “una especie de investigación” que requiere tiempo. “El que delibera mal yerra y el que delibera rectamente acierta”, por lo que la buena deliberación alcanza una opinión con rectitud, es decir, con verdad, y está de acuerdo con lo útil, tanto en relación al objeto, como al modo y al tiempo adecuado para realizarla (1142b 1-30). En medicina diríamos que una buena deliberación alcanza un juicio clínico de acuerdo con el mejor resultado posible para el paciente, realizándose con un procedimiento correcto y en un tiempo adecuado.

Pero “la prudencia es normativa, pues su fin es lo que se debe hacer o no” (1143a 5-10), ya que “tiene por objeto lo que es justo, noble y bueno para el hombre” (1143b 20-25). Siendo así, este saber práctico tiene como meta poner al servicio del bien de cada ser humano todo conocimiento y todo desarrollo tecnológico de las ciencias de la salud. Se trata de un saber práctico que integra sensibilidad, conocimiento, habilidades y experiencia, para lograr la salud del paciente y el bien de todos los implicados en condiciones de incertidumbre, que son las habituales en el ejercicio de la medicina. Esto quiere decir que el criterio clínico se nutre de los conocimientos, de las habilidades, del saber práctico para aplicarlas y, con este, de un sentido moral, un sentido de lo que está bien y lo que no está bien.

Hay, por tanto, una estrecha relación entre saber práctico y conciencia moral. Esta parece ser algo interno y propio de cada uno, que distingue lo bueno de lo malo de forma directa e

El criterio profesional autónomo consiste en estar adecuadamente actualizado y entrenado, así como actuar con prudencia. Incluye valores como el saber científico, el saber prudencial y una autonomía profesional responsable.

inmediata. Casi instintivamente, podríamos decir. De ahí que la conciencia pueda actuar como instancia orientadora o sancionadora de la acción, *a priori* o *a posteriori*, según el caso. Dicho de otro modo, nos indica lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer, lo que se

debería haber hecho y lo que no se debería haber hecho. Es una expresión de la experiencia subjetiva del deber o de la experiencia ética, ya que “la ética consiste en actuar conforme a deber” (Gracia, 2012). De ahí su carácter radicalmente moral.

La conciencia es falible, sin duda, pero tiene la posibilidad de hacerse más precisa para discernir lo bueno de lo malo mediante la deliberación prudente y la configuración de un modo de ser personal según la realización efectiva de valores, esto es, por la virtud (Aristóteles, 1985). Se enriquece con la deliberación, pero no es exactamente lo mismo que la prudencia. Esta puede y debe ser una cualidad de la conciencia moral, pero es posible una conciencia moral imprudente.

Lo que le confiere a la conciencia moral un valor muy especial es su carácter personalísimo, el hecho de ser algo propio del sujeto. A la conciencia le pertenece el momento de intimidad en el que uno se reconoce auténticamente a sí mismo. Y donde se enfrenta a una experiencia autónoma del deber. La conciencia moral, como experiencia subjetiva y autónoma del deber, le posibilita a cada uno juzgar por sí mismo cualquier premisa externa que se le proponga. Tal es su importancia que “antes de llegar a actuar, cada uno está obligado por la conciencia moral a *juzgar por sí mismo* partiendo de aquellas premisas aceptadas de buena fe y por confianza, y a extraer por sí mismo las últimas consecuencias que determinen inmediatamente su actuar [...]”.

Por mor de la conciencia moral el hombre tiene que juzgar por sí mismo [...]; en caso contrario actúa de manera inmoral y sin conciencia” (Fichte, 2005).

Por si no hubiera quedado suficientemente claro se ha llegado a afirmar con gran contundencia que “ningún mandato, ninguna sentencia, aunque fuera emitido como algo divino, es incondicionalmente algo obligatorio porque se encuentre aquí o allá, o sea expuesto por este o aquel; [...] es un deber absoluto no aceptarlo sin una indagación propia, sino solo después de haberlo examinado ante la propia conciencia moral, y es carecer absolutamente de conciencia moral omitir este examen” (Gracia, 2012). De todo esto se puede deducir que, si bien puede que haya conciencia moral sin prudencia, parece que no puede haber auténtica prudencia sin conciencia moral, pues esta parece ser el fundamento estructural de aquella.

Y es que ese “*juzgar por sí mismo*” supone asumir la auténtica responsabilidad moral. Eludir el examen de la propia conciencia moral equivale a eludir esa responsabilidad moral, que es lo mismo que optar por la irresponsabilidad de actuar ciegamente al dictado de otros. Esto no significa que no se deba confiar nunca en nadie, sino que esa confianza ha de ser considerada a la luz de un juicio responsable y autónomo. La conciencia perezosa, que se deja llevar, es una conciencia irresponsable. No es mala voluntad. Es quizá algo peor, es la blanda tibieza propia del que no tiene o no quiere tener de criterio propio.

En una profesión en la que el papel formativo de la tutoría es muy importante esto tiene una especial relevancia. Ese papel no puede consistir en un ejercicio de obediencia ciega al tutor, sino en un proceso en el que el que aprende va adquiriendo de forma disciplinada, progresiva y crítica un criterio profesional propio, que le permite asumir una mayor responsabilidad y autonomía en la toma de decisiones. El criterio propio se ve amenazado por múltiples flancos: por la propia irresponsabilidad, por las presiones ejercidas por pacientes, o la disciplina debida en el seno de los equipos, las organizaciones sanitarias o las decisiones políticas... Pero es la conciencia moral autónoma la que proporciona el momento de conexión con lo mejor y lo más propio de uno mismo.

Frente a la sumisión, la pasividad, o la cultura de la queja, que siempre le echa la culpa a otros de los problemas que uno tiene, frente a todo eso, se propone poner en valor el criterio profesional autónomo. Adquirido este mediante el durísimo estudio, la adquisición de habilidades, de experiencia que nutre el saber práctico y con la formación activa de una conciencia moral autónoma, libre y responsable.

La fiabilidad

El ejercicio médico requiere una fiabilidad mutua para la cooperación entre el paciente, el médico y la sociedad. Y esa cooperación se funda en la confianza y en la complicidad moral entre las partes (Pellegrino & Thomasma, 1993). Se dice que la fiabilidad es la cualidad del que se hace digno de confianza. Por tanto, la fiabilidad está ligada a la noción de confianza, que ha sido abordada desde perspectivas diversas, como la sociológica o la política, pero de un modo sorprendentemente limitado por la filosofía o la propia medicina.

La fiabilidad consiste en hacerse digno de confianza. Incluye valores como el vínculo, la competencia y la transparencia.

Qué es la confianza. La palabra viene del latín “*fido*”, que significa fiar o afianzar. Se puede entender la confianza como adhesión, ya sea espontánea o deliberada, a algo por conocer, con una cierta seguridad de que no se va a errar. Esa seguridad es física, mental, emocional y relacional. Y se da en condiciones de incertidumbre. Se trata, por tanto, de certidumbre en la incertidumbre. Esa seguridad se diferencia de la proporcionada por el conocimiento racional porque esta se apoya directamente en pruebas y aquella no o, al menos, no en el mismo tipo de comprobaciones.

Vivimos inevitablemente en un clima de confianza, del que solo nos percatamos si falta o se contamina. En la práctica médica se actúa así, por ejemplo, cuando se confía en ciertas hipótesis antes de ser probadas; cuando se acepta el testimonio de los investigadores; cuando se considera que el paciente no está engañando al médico que le atiende; o en el trabajo en organizaciones, cuando se presupone que estas ofrecerán un entorno laboral adecuado para ejercer.

Aceptar la confianza. El médico, cuando acepta la confianza, se sitúa en la obligación de actuar al cuidado de los bienes que se depositan bajo su responsabilidad, que incluyen la propia confianza otorgada, las personas, su salud, o lo que sea que se confía en función del ejercicio profesional. Si el que otorga la confianza, pone en las manos del médico esos bienes, el médico, en el momento en el que acepta esa confianza, se encuentra en la obligación de ser fiable o confiable. Se pone en deuda, situándose en un determinado marco de deberes. La confianza aceptada obliga, en definitiva, a una fidelidad o lealtad hacia quien la otorga (Pellegrino & Thomasma, 1993).

Otorgar confianza. Cuando decido otorgar mi confianza a alguien dependo de su buena voluntad, por lo que confiar es una forma de aceptar la propia vulnerabilidad ante la posible, pero no deseable, mala voluntad, falta de buena voluntad o desinterés del otro hacia uno (Baier, 1986). Y para entender los riesgos morales que entraña la confianza es importante ver la suerte de vulnerabilidad que introduce el bien que está en juego. No es lo mismo confiarle a otro un euro, que la salud (del paciente al médico) o la propia vida profesional (del médico a la organización sanitaria). Confiamos cuando suponemos que el otro usará los poderes que ejerce libre y prudentemente, de una forma competente y no maliciosa. Otorgar confianza es, pues, dejar a otras personas cuidar de algo estimado por mí, cuando ese cuidado requiere algún ejercicio libre y prudente de cierto poder (Baier, 1986).

Estar en confianza. La filósofa Annette Baier afirma que la confianza infantil, que no necesita ser ganada pero siempre está ahí a menos que sea destruida, es un buen ejemplo para comprender las posibilidades y la espontaneidad que entraña el estar confiadamente. Ese estar confiadamente del niño se prolonga en cierto modo en la edad adulta. Solo nos percatamos de su importancia cuando falta o se contamina. Es posible detectar en la entrevista clínica la desconfianza del paciente, que provoca una sensación inconfundible de pérdida de tiempo, malestar y falta de entendimiento. Por parte de los pacientes, no es extraño presuponer una desconfianza ligada a la opinión de que los médicos están menos disponibles, más a la defensiva, menos interesados en ellos y más interesados en hacer dinero o disfrutar del ocio que en otras cosas (Pellegrino & Thomasma, 1993). Los médicos, por su parte, con cierta frecuencia ponen bajo sospecha a los gestores de las organizaciones sanitarias en las que trabajan, y viceversa.

Para que pueda generarse un “estar en confianza” se hacen necesarias formas de verificación o comprobación de la misma. Esto, en una situación de asimetría como es la que suele caracterizar la relación clínica, depende principalmente del que recibe la confianza. El clínico se hace fiable si muestra *transparencia, competencia y vínculo* con respecto a quien le otorga esa confianza (Baier, 1986), lo cual quiere decir que un buen enemigo de la confianza es la carencia de alguno de estos tres elementos.

Validez ética de la confianza. La confianza, por mucho que sea un valor, es algo éticamente ambiguo. Otorgarla, aceptarla o estar en ella no es garantía de validez ética. Hay relaciones de gran confianza, pero éticamente censurables, como las que se dan en el seno de una organización mafiosa. Por otro lado, la sospecha o desconfianza, puede ser una actitud válida desde un punto de vista ético, como en el caso de sospechar que uno puede estar siendo traicionado. Por tanto, la complicidad moral que posibilita un estar en confianza puede ser algo muy práctico, pero no tiene por qué ser éticamente válido.

Para la filósofa Annette Baier la confianza es éticamente válida, en primer lugar, cuando no es corrupta y no perpetúa “brutalidad, tiranía o injusticia”. Pero, además, lo es en ausencia de cualquier razón para sospechar motivos fuertes que entren en conflicto con las demandas de fiabilidad, según el punto de vista del que confía. Es decir, en tanto en cuanto que el que confía ve que, aunque haya diferentes motivos, intereses o razones del otro, los que sostienen su confianza ganarán respecto de los que la subvierten. Para esta autora, la confianza sería “moralmente decente” cuando, desde la transparencia, puede prevalecer frente a la sospecha.

En conclusión, se han presentado tres valores, la solidaridad humana, el criterio médico y la fiabilidad profesional. El orden lexicográfico refleja la importancia dada a cada uno y, sin embargo, los tres son imprescindibles para la práctica médica. Puede haber solidaridad sin criterio y sin confianza, pero un criterio médico responsable y prudencial difícilmente es concebible sin solidaridad humana. La fiabilidad se nutre de vínculo y competencia, relacionados a su vez en las nociones de solidaridad y de criterio médico. Sin ellas no hay fiabilidad.

Se trata de valores clave, porque dan acceso a otros valores importantes. La solidaridad humana, tal como se ha perfilado, incluye la primacía del bienestar del paciente (no maleficencia, la beneficencia), el respeto a las decisiones autónomas y la justicia. El criterio médico incluye el saber científico-técnico, el saber prudencial y una autonomía profesional responsable. Y la fiabilidad incluye competencia, transparencia y vínculo. La cuestión ahora sería ver cómo se construyen, es decir, cuál es el modo concreto por el que pueden llegar a desarrollarse. Pero este es otro tipo de deliberación, una deliberación sobre los deberes.

Bibliografía

- Aristóteles. (1985). *Ética nicomáquea ; Ética eudemia*. Madrid, España: Gredos.
- Baier, A. (1986). Trust and Anti-trust. *Ethics*, 96(2), 231-260.
- Coromines, J. (2008). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana (3a edición muy revisada y mejorada.)*. Madrid: Gredos.
- Durkheim, É. (2014). *La división del trabajo social*. Ediciones LEA.

- Fichte, J. G. (2005). *Ética (Fichte)*. Ediciones AKAL.
- García Gual, C. (1990). *Tratados hipocráticos: I. Juramento, Ley, Sobre la ciencia médica, Sobre la medicina antigua, Sobre el médico, Sobre la decencia, Aforismos, Preceptos, El pronóstico [...]* (1a. reimpr.). Madrid: Gredos.
- Gracia, D. (2012). La construcción de la autonomía moral. Parte I. *Revista Del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 32(1).
- Gunson, D. (2009). Solidarity and the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. *Journal of Medicine and Philosophy*, jhp022. <http://doi.org/10.1093/jmp/jhp022>
- Jonas, H. (1995). *El principio de responsabilidad ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Herder.
- Lévinas, E. (1977). *Totalidad e infinito: ensayo sobre la exterioridad*. Salamanca: Ediciones Sígueme.
- López-Muñoz, F., & Álamo, C. (2008). El caduceo y la esvástica (II). *La medicina clínica en el nazismo. Jano. Medicina Y Humanidades.*, (1700), 52-54.
- Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. (2002). *The Lancet*, 359(9305), 520–522. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07684-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07684-5)
- Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press.
- Pérez, I. M. (2007). Itinerario de la solidaridad desde el Pandectas de Justiniano hasta su incorporación en las diferentes disciplinas. *TONOS Revista Electrónica de Estudios Filológicos*, (14). Retrieved from <http://www.um.es/tonosdigital/znum14/secciones/estudios-21-solidaridad.htm>
- Taylor, C. (1996). *Las fuentes del yo: la construcción de la identidad moderna* (1. ed. en la col. Surcos). Barcelona: Paidós.
- Torralba, F. (2005). *¿Qué es la dignidad humana?* Barcelona: Herder.