

LA ÉTICA DEL CUIDADO: VALORACIÓN CRÍTICA Y REFORMULACIÓN¹

Sergio Ramos Pozón

ramospozon@hotmail.com

Universidad de Barcelona

RESUMEN

El presente artículo está centrado en el análisis y reformulación de la ética del cuidado. En primer lugar se define qué es la ética del cuidado y se desarrollan algunas ideas clave del pensamiento de Carol Gilligan y Nel Noddings. En segundo lugar realizamos una valoración crítica de la ética del cuidado, señalando algunos aspectos positivos y negativos de la misma. Por último, se sostiene que es necesaria una reformulación de esta teoría dado que tiene carencias e insuficiencias.

PALABRAS CLAVE: ética del cuidado, evaluación crítica; principialismo; ética dialógica; y modelo bio-psico-social

ABSTRACT

«The ethics of care: critical assessment and reformulation». This article is focused on the analysis and reformulation of the ethics of care. First define what is the ethics of care and develop some key ideas of the thought of Carol Gilligan and Nel Noddings. Second, we make a critical assessment of the ethics of care, pointing out some positive and negative aspects of it. Finally, we argue the need for a reformulation of the theory as it has shortcomings and inadequacies.

KEYWORDS: The Ethics of Care; Critical Assessment; Principlism; Dialogic Ethics; and The Biopsychosocial Model.

1. ¿QUÉ ES LA ÉTICA DEL CUIDADO?

El modelo teórico y práctico en el que se sustenta la ética del cuidado está basado en el análisis de las situaciones afectivas y en las relaciones interpersonales, fundamentando su sistema moral en las virtudes y no en los principios. Esta teoría se centra en las necesidades de las personas que están en una situación de vulnerabilidad, dependencia, etc., dándose prioridad a su cuidado. En la ética del cuidado la pregunta fundamental no es ¿qué es lo justo? sino ¿cómo responder a las necesidades de esta persona en esta situación? Así, puesto que no tiene por objetivo cuidar desde





una perspectiva global, sino individual, es decir, cuidador-persona cuidada, se rechaza un modelo de deliberación moral que busque una perspectiva racional objetiva e imparcial basada en unos principios y normas universales. Por este motivo, la ética del cuidado se ciñe a las circunstancias concretas del caso, a las emociones suscitadas por la situación y a las relaciones que nos vinculan con los individuos implicados. Y esto exige «conocer el contexto concreto en el que aparece un conflicto ético, conocer cómo se sienten las personas afectadas y ofrecer la respuesta que permita el mantenimiento de la red de relaciones personales existentes y el bienestar de cada sujeto implicado»².

El modo de responder a las necesidades de la persona, de analizar las emociones y las relaciones interpersonales vinculadas es *cuidando* de la persona. El concepto de *cuidado* puede ser definido de varias formas³: *como actividad, como tarea profesional, como actitud y como compromiso moral*⁴.

El *cuidado como actividad* comprende aquellas acciones que contribuyen a la ayuda y solicitud ante aquellas necesidades del otro. Hace referencia a la colaboración desinteresada del cuidador hacia la otra persona para que logre el bienestar. El *cuidado como tarea profesional* tiene una dimensión normativa y estipulada. El cuidado se realiza de modo «oficial» pero no entendido de forma espontánea. Por un lado, se aprecia la acción de cuidar estandarizada y protocolizada en una labor profesional regulada. Por otro, el cuidado es definido como bien interno de una tarea profesional y es lo que da sentido y validez social a la propia profesión. El *cuidado como actitud* es definido como responsabilidad por las personas y por el mundo. Se trata de una sensibilidad ante la realidad que nos obliga a actuar ante aquellos que requieren del cuidado. El *cuidado como compromiso moral* ha de significar la concienciación y la actuación ante la fragilidad del otro. Es un compromiso moral de justicia ante la necesidad de solicitud dada su vulnerabilidad.

¹ Quiero agradecer a la Dra. Begoña Román Maestre, como siempre y entre otras cosas, por los comentarios al respecto, pues este artículo ha sido fruto de varias conversaciones sobre este tema.

² Inés BARRIO, «Carol Gilligan y la ética del cuidado. Un referente para la ética de enfermería», *Enfermería Clínica*, 9(2), 1999, 71-76, p. 71.

³ En este artículo no pretendemos hacer una revisión exhaustiva sobre qué significa este concepto, sino sólo exponer algunas ideas fundamentales para su comprensión. En la actualidad no hay un consenso sobre su definición. Para un desarrollo más extenso de sus posibles definiciones, véase José Luis MEDINA, *La pedagogía del cuidado. Saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*, Laertes, Barcelona, 1999, pp. 35-37; Chris GASTMANS, «La perspectiva del cuidado en la ética de la asistencia sanitaria», en: Ane DAVIS, Verena TSCHUDIN y Lousie DE RAEVE (eds.), *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*, Triacastela, Barcelona, 2009; John PALEY, «Más allá del cuidado. Limitaciones de la ética directa», en: Ane DAVIS, Verena TSCHUDIN y Lousie DE RAEVE (eds.), *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*, Triacastela, Barcelona, 2009; y Ane DAVIS y Marsha FOWLER, «El cuidado y la ética del cuidado descritos en textos escogidos: qué es lo que sabemos y qué tenemos que preguntarnos», en: Ane DAVIS, Verena TSCHUDIN y Lousie DE RAEVE (eds.), *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*, Triacastela, Barcelona, 2009.

⁴ Lidia FEITO, «Los cuidados en la ética del siglo XXI», *Enfermería Clínica*, 15(3), 2005, pp. 167-174, pp. 167-169.

En todos estos casos, la tarea de cuidar ha de estar centrada en la persona cuidada. En este sentido, Anne Davis⁵ defiende dos significados del término cuidar: *proporcionar cuidados y respuesta emocional del paciente*. El primero se refiere a las acciones que se realizan para otras personas y que resultan beneficiosas. El segundo es una respuesta emocional que conlleva la preocupación por el otro y da importancia a la relación, al afecto y a la atención de la persona que ha de ser cuidada. Ahora bien, reconoce que el concepto es un tanto ambiguo y que puede adoptar muchas formas.

El cuidado muestra una actividad, actitud y compromiso moral hacia aquellos que son vulnerables y que están en situación de dependencia. La tarea de cuidar a la persona necesitada supone, necesariamente, contar con su opinión y evaluar los actos desde la visión de esta persona y de su calidad de vida.

2. LA BIOÉTICA DE GÉNERO

La ética del cuidado hunde sus raíces en la ética feminista (bioética de género), cuyos autores más significativos son Jean Watson, Carol Gilligan y Nel Noddings. Para poder comprender con más profundidad la ética del cuidado desarrollamos algunas nociones básicas de la obra de Carol Gilligan⁶ y de Nel Noddings⁷.

2.1. In A Different Voice: Carol Gilligan

El punto de partida de Carol Gilligan⁸ es la revisión crítica del desarrollo moral de Lawrence Kohlberg, que sostiene que la conciencia moral pasa por 3 niveles (*preconvencional, convencional y postconvencional*) compuestos por 6 estadios.

1. *Preconvencional*: es el primero de los tres niveles y va desde el nacimiento hasta los 12 años de edad. En el *primer estadio* el niño se rige por el principio del placer: todo lo placentero es bueno, mientras que aquello que duele o disgusta es malo. El centro de atención es el mismo individuo y no considera los intereses ajenos. Las reglas que sigue el niño se rigen por la evitación del castigo. En el *segundo estadio* el niño obedece ciertas normas para conseguir un bien. Reconoce que las otras personas también tienen intereses con los que puede entrar en conflicto, el cual ha de ser resuelto tal y como lo hacen las reglas de mercado: intercambio de servicios.

⁵ Ane DAVIS, «*El cuidar y la ética del cuidar en el siglo xx: qué sabemos y qué debemos cuestionar*», Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. 2006:1-26. Disponible en: <http://www.coib.cat/Detall.aspx?tipus=noticia&idDetall=2657&idPagina=540&idMenu=-1&Pagina=2>. Visitada el 4-07-2011. pp. 3-4.

⁶ Carol GILLIGAN, *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Harvard University Press, Cambridge, 1982.

⁷ Nel NODDINGS, *Caring. A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. University of California Press, Berkeley, 1984.

⁸ Carol GILLIGAN, *op. cit.*





2. *Convencional*: este nivel va desde los 12 hasta los 20 años de edad. El *tercer estadio* está caracterizado por las expectativas interpersonales, las relaciones y la conformidad. Se pasa de un comportamiento egocéntrico a uno altruista, pues es capaz de ver que hay otras personas, que tienen intereses y que éstos pueden prevalecer a los suyos. En su conducta hay una gran concordancia con el comportamiento mayoritario o «natural», estableciéndose gracias al modelado de las imágenes estereotipadas del entorno en el que convive. Y esta buena conducta, cuyo objetivo es la acogida y aceptación del grupo, comienza a ser valorada por los otros debido a sus buenas intenciones. En el *cuarto estadio* la buena conducta es aquella que cumple con el deber establecido en la sociedad, mostrándose el respeto a la autoridad y aceptando las normas sociales. La finalidad es mantener el orden interno de las propias instituciones.

3. *Postconvencional*: aparece a partir de los 21 años. En el *quinto estadio* el individuo adopta una concepción contractual en la que una acción justa es la que se ciñe a los derechos generales de la sociedad. Existen valores y derechos que no son fruto de las instituciones sociales, sino que han sido elaborados críticamente en base a una perspectiva racional universal. La aceptación de las normas sociales es moralmente obligatoria; sin embargo, es posible cambiar la ley en función de consensos elaborados de forma razonada y razonable. En el *sexto estadio* se acepta que hay principios éticos universales (justicia, reciprocidad, igualdad de los derechos humanos y respeto por la dignidad) que tienen prioridad ante normas y/o acuerdos sociales. Cuando el individuo actúa regido por estos principios se identifica con la universalización de su comportamiento en el que lo correcto es tomado como ley universal de la humanidad.

La teoría del desarrollo moral tiene dos aspectos fundamentales que van a ser objeto de crítica por parte de la ética del cuidado⁹. Por un lado, la pretensión de que las personas alcancen un formalismo imparcial en sus juicios morales tiene sus raíces en el paradigma kantiano. Al desear universalizar los actos morales obliga a no tener en cuenta el contexto ni las circunstancias concretas, pues nos tenemos que basar sólo en principios éticos. Por otro lado, Kohlberg realiza sus estudios con una muestra centrada en sujetos varones (84); sin embargo, parte de una premisa implícita que establece que la evolución moral es universal. Ahora bien, al aplicarse estas pruebas a las mujeres las respuestas no parecían alcanzar, en términos generales, el mismo nivel de razonamiento constatado en los hombres. Esto puedo indicar, según Kohlberg, que las mujeres son menos maduras que los hombres.

Para Carol Gilligan las mujeres no son menos maduras moralmente que los hombres, simplemente hablan una «voz diferente». Siguiendo a teorías psicoanalíticas, Gilligan¹⁰ opina que esta diferencia no viene establecida a nivel anatómico, sino derivada del análisis de la relación entre los hijos y la madre. Para la construcción de la personalidad la niña toma como referencia a su madre, mientras que el niño se

⁹ Jorge José FERRER y Juan Carlos ÁLVAREZ, *op. cit.*, p. 267.

¹⁰ Carol GILLIGAN, *op. cit.*, pp. 7-9.

va alejando de ésta. Dado que la madre es la que se dedica al cuidado de los hijos, las niñas tienden a tomar como referencia para la construcción de su personalidad actitudes como la cercanía, relación, continuidad... que hacen que la mujer sea más sensible por las necesidades ajenas y el cuidado de los demás, por lo que hace imprescindible tener que prestar atención a otras voces y a incluir en sus juicios otros puntos de vista. Con ello, las mujeres no se definen sólo en el contexto de las relaciones interpersonales, también lo hacen en relación a la capacidad para cuidar de otras personas¹¹.

Para Carol Gilligan la madurez de los juicios no se basa en principios abstractos y universales y reglas formales, sino que las decisiones maduras han de tener en cuenta las circunstancias particulares, las relaciones interpersonales y la posibilidad de cuidado hacia otras personas. Los conflictos no han de resolverse apelando a principios éticos, sino que han de ser evaluados mediante la comunicación personal, teniendo en cuenta la sensibilidad personal y las necesidades particulares de los afectados.

2.2. LA RELACIONALIDAD DE LA ÉTICA DEL CUIDADO: NEL NODDINGS

Para Nel Noddings¹² la ética tiene sus raíces en los sentimientos, aunque no rechaza la razón como guía para la vida moral, ya que la tarea de la educación ha de ser la instrucción de las pasiones. «Lo que nos motiva no es la razón, sino el sentimiento hacia el otro»¹³. Este sentimiento hacia el otro o empatía, que se hace patente en la relación entre cuidador-persona cuidada, conlleva apreciar las cosas desde su punto de vista y no actuar en base a unas normas o principios del cuidador.

Esta autora sostiene que la moralidad es una «virtud activa» que requiere de por lo menos dos sentimientos¹⁴. El primero es el *cuidar natural* que posibilita que actuemos en nombre de otras personas porque queremos hacerlo. Este *cuidar natural* es un sentimiento innato en los seres humanos. El segundo es el *cuidar ético* y se fundamenta en el *cuidar natural*. Aparece como una respuesta al recuerdo del *cuidar natural* cuando hay un conflicto entre los deseos propios y el actuar de acuerdo al cuidado de los otros. Para poder desarrollar estos conceptos Nel Noddings¹⁵ apela a la distinción entre actuar *por deseo* y *por deber*. Cuando una persona abraza a un amigo porque necesita un abrazo en un momento determinado se actúa «por deseo», esto es, guiado

¹¹ *Ibid.*, p. 16.

¹² Nel NODDINGS, *Caring, A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. University of California Press, Berkeley, 1984; y Nel NODDINGS, *La educación moral. Propuesta alternativa para la educación del carácter*, Amorrortu, Buenos Aires, 2009.

¹³ Nel NODDINGS, *La educación moral. Propuesta alternativa para la educación del carácter*, Amorrortu, Buenos Aires, 2009, p. 40.

¹⁴ Nel NODDINGS, *Caring, A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. University of California Press, Berkeley, 1984, pp. 79-81.

¹⁵ *Ibid.*, pp. 81-83.





por el *cuidar natural*. Cuando abraza a una persona pese a que desearía no hacerlo actúa «por deber», es decir, en base al *cuidar ético*. El *cuidar natural* y/o el *cuidar ético* también vienen dados por el tipo de relación que tengamos con la persona cuidada. Para Noddings hay diversos *niveles de relacionalidad*, pues las personas nos encontramos rodeadas de círculos concéntricos de relaciones afectivas y sociales. El primero es el *círculo íntimo*. Es el que más influencia tiene sobre las personas ya que está compuesto por seres que amamos (familia y amigos). Es aquí donde el *cuidar natural* se hace más evidente. No obstante, incluso en estos contextos puede darse el caso de requerir del *cuidar ético*. En efecto, es posible que el cuidador esté cansado o que el amigo no se haya portado bien con él, por lo que la persona actúa más por deber que por deseo. Otro *círculo* es el que está constituido por personas a las que tenemos consideración y estima pero con quien no mantenemos una relación estrecha. Nuestra ayuda viene dada en relación a cómo nos sentimos en ese momento, aquello que la otra persona espera de nosotros y qué tipo de relación tengamos con ésta. Por último, existen otros tipos de relaciones que Nel Noddings denomina *extraño próximo* y *extraño remoto*. En ambos casos se trata de personas que no se conocen personalmente. Ahora bien, el *extraño próximo* puede llegar a ser conocido si algo los une de algún modo (si son vecinos, compañeros de clase...). El *extraño remoto* es aquel con el que nunca tendremos ningún tipo de relación.

En cualquier caso, ¿por qué reconocemos esta obligación de actuar? Para Noddings¹⁶ es porque valoramos la relacionalidad del *cuidar natural*. El impulso de actuar en aras de otra persona es algo espontáneo, innato. No sólo hay que actuar por y para otras personas, sino que cada persona se ha de cuidar a sí misma tal y como lo haría una persona que cuida a otra. Cuando nos auto-cuidamos conocemos qué deseamos; sin embargo, al cuidar a otras no sabemos, *a priori*, qué está bien que hagamos, qué es bueno para ellas. Para ello, no hay que apelar a la razón, sino a los sentimientos hacia el otro. Se procura determinar qué es bueno para una situación determinada y las personas implicadas. Y la mejor manera para saberlo es dialogando¹⁷. En el diálogo hablan y escuchan el cuidador y la persona cuidada. El cuidador ha de prestar atención a la persona que ha de cuidar, entender cómo y por qué desea ser cuidada de una determinada manera, y se ha de dedicar por completo a esta tarea. Por otro lado, la persona cuidada debe apreciar estos esfuerzos que hace el cuidador por comprenderla y cuidarla, de modo que ha de intentar informarle minuciosamente de qué forma y por qué ha de hacerlo de un modo concreto en relación a sus propias circunstancias.

El diálogo «proporciona información sobre los participantes, favorece la relación, induce a pensar y a reflexionar y contribuye a aumentar la capacidad de comunicarse»¹⁸. El objetivo final es establecer relaciones en las que el *cuidado natural* guíe aquellas discusiones futuras e impida que los participantes puedan producir dolor.

¹⁶ Nel NODDINGS, *La educación moral. Propuesta alternativa para la educación del carácter*, Amorrortu, Buenos Aires, 2009, p. 40.

¹⁷ *Ibíd.*, pp. 49-50.

¹⁸ *Ibíd.*, p. 46.

En el deseo por cuidar siempre está implícita la pregunta ¿qué te está pasando? Así, se intenta desvelar los valores de la persona que requiere de los cuidados para poder conocer de qué modo cuidarle.

3. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA ÉTICA DEL CUIDADO

Para ver si esta teoría ética es suficiente como fundamento epistemológico para la relación asistencial y positiva para la actividad médica, realizaremos una valoración crítica, estableciendo algunos aspectos positivos y negativos, tanto a nivel práctico como teórico.

3.1. ASPECTOS POSITIVOS

Una asistencia sanitaria basada en el modelo biomédico se centra en *tratar* la patología y no la persona, de modo que la tarea de enfermería es *curar* pero no *cuidar*. En cambio, si la labor de los profesionales de la salud se fundamenta en una ética del cuidado, el centro de atención ya no es exclusivamente la enfermedad, sino *también* los aspectos psico-sociales, esto es, hay una preocupación por los «valores ocultos»¹⁹ de la relación (¿cómo se encuentra, qué miedos o incertidumbres tiene, cómo prefiere que se le trate, etc.?), concibiéndose a la persona de forma holística. Con ello, hay un compromiso *real* por parte del profesional hacia su paciente y su profesión, pues su trabajo no se centra sólo en una actividad técnica y cualificada de forma desinteresada. El preocuparse por esos aspectos facilita que haya un diálogo entre el profesional y el paciente. Gracias a la información recibida es posible que se creen, modifiquen o persistan líneas de actuación ante el caso concreto, pues el paciente tiene derecho a ser informado sobre su tratamiento y a elegirlo o rechazarlo libremente.

Otro aspecto importante es que el cuidado no se centra sólo en la enfermedad, sino también en la salud. El paradigma médico actual se va orientando hacia la consecución de una vida saludable (calidad de vida), por lo que ya no busca únicamente la erradicación de la patología. Se desea cuidar a la persona, pero no en sentido paternalista, sino para que recupere o desarrolle su autonomía.

Este fomento de la autonomía y de la participación de la persona cuidada tiene repercusiones en el seno de la relación asistencial, pues se pasa de una relación vertical y asimétrica en la que el médico manda y el paciente obedece, a una más horizontal dado que se toma en consideración la autonomía del paciente, sus normas y valores y sobre cómo concibe su calidad de vida. De este modo, se pone el acento en las necesidades concretas del paciente y se da mayor importancia a la relación médico-paciente. Con ello, se *humaniza* la praxis médica ya que hay una preocupación real

¹⁹ Marc Antoni BROGGI, «Gestión de los valores ocultos en la relación clínica», *Med Clin*, 12(18), 2003, pp. 705-709.



hacia el paciente. Ya no se trata sólo de aplicar un tratamiento técnico y especializado, sino de un verdadero compromiso hacia la recuperación del paciente.

3.2. ASPECTOS NEGATIVOS

Aunque la ética del cuidado tiene aspectos positivos que son de gran importancia, también hay una serie de aspectos negativos, tanto teóricos como prácticos. John Paley²⁰ nos propone dos versiones de la ética del cuidado, una *fuerte* y otra *débil*, aunque cree que ninguna de ellas es suficiente como teoría ética. En su *versión fuerte*²¹ entiende el concepto de *cuidado como algo utópico* dado que no parece razonable que las enfermeras tengan una relación personal con todos los pacientes. Tampoco es posible amar a todos por igual, por lo que se desprende un *cuidado como algo injusto* que implica un favoritismo que puede derivar a cuestiones de racismo, discriminación por edad, etc. Y esto puede suponer varios *vicios*: un paternalismo o un componente narcisista que desvíe la atención de los pacientes hacia las cualidades del cuidador. Pese a las buenas intenciones del cuidador, los estudios empíricos demuestran que los pacientes no desean el tipo de relación que propone la ética del cuidado, pues se contentan con que el equipo de enfermería sea amable y atento. Por último, esta ética dice que hay que cuidar en base a lo afectivo y a las relaciones interpersonales, pero no da pautas de actuación sobre cómo hacerlo.

John Paley²², al examinar esta *versión fuerte* de la ética del cuidado y constatar que es insuficiente, plantea otra *versión más débil* para ver si es viable, aunque también opta por descartarla. En primer lugar, afirma que el enfoque de esta ética está centrado en el cuidador y no en la acción en sí o en las consecuencias, lo que conlleva que sean más importantes las cualidades de la enfermera que lo que pueda hacer o las consecuencias que se puedan derivar de su acción. Además, si nos centramos en la persona, en lo singular y en las relaciones con el contexto, no generalizamos acerca de los diversos tipos de circunstancias, por lo que se pierde objetividad en el juicio moral. Hemos de ceñirnos exclusivamente a la situación específica y a los sentimientos que de ella se desprenden, pero esto es un error²³. No es posible cuantificar empíricamente el cuidado, por lo que hemos de fiarnos

²⁰ John PALEY, «Más allá del cuidado. Limitaciones de la ética directa», en: Ane DAVIS, Verena TSCHUDIN y Lousie DE RAEVE (eds.), *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*, Triacastela, Barcelona, 2009.

²¹ *Ibíd.*, pp. 210-212.

²² *Ibíd.*, pp. 212-214.

²³ El autor no desarrolla esta idea; sin embargo, creemos que tiene razón al afirmar que es un error porque es posible cuidar siguiendo principios generales y reglas sin caer en ninguna contradicción. En efecto, se puede cuidar a un paciente teniendo como referencia el no dañarle, buscar el mayor beneficio, no atentar contra su dignidad... De hecho, es totalmente necesario tener unos principios generales de guía si realmente se quiere cuidar. Además, es imprescindible usar la razón para realizar una crítica de nuestros sentimientos, pues puede darse el caso, por ejemplo, de un cuidador que defienda el asesinato de pacientes en situación muy grave creyendo que es lo mejor que puede hacerse por él.

ciegamente de las cualidades de la enfermera y de las interpretaciones que haga de sus pacientes.

Para Howard Curzer²⁴ es mejor reemplazar el concepto de cuidado por el de benevolencia. Una persona benevolente respeta la autonomía de las personas e intenta ayudarlas. Ahora bien, en este intento de ayuda no necesariamente ha de haber un gusto por el objeto amado, basta con que haya un apego emocional. Los profesionales deberían actuar como si cuidaran de sus pacientes, aunque en realidad deben implicarse poco en la relación asistencial. Han de tener unas virtudes generales de cuidado sin cuidar de sus pacientes, es decir, no han de tener una actitud totalmente volcada en el paciente, sino tan sólo han de estar cerca en los momentos totalmente necesarios. Al haber poca implicación emocional se consigue más objetividad y se descarta el favoritismo.

Este autor opina que el cuidado es más un vicio que una virtud, pues en ocasiones el cuidar puede tener consecuencias negativas. Por un lado, los cuidadores que dedican mucho tiempo a sus pacientes pueden sufrir el síndrome de *burnout* debido al desgaste físico y psíquico que conlleva esta tarea. Por otro, el cuidado no siempre es intrínsecamente deseable, sino que depende de la situación y del momento.

Tom Beauchamp y James Childress²⁵, pese a destacar algunos aspectos positivos de la ética del cuidado, nos proponen una serie de críticas. En primer lugar, opinan que esta ética es una teoría subdesarrollada, aunque no necesariamente incorrecta, ya que no es completa, ni exhaustiva y carece de poder explicativo y justificativo. Asimismo, carece de, por lo menos, un concepto básico y un conjunto de conceptos secundarios que la pongan en contacto con la teoría tradicional. En segundo lugar, al restar importancia a la justicia, la imparcialidad, los derechos y las obligaciones, se enfrenta a situaciones en las que se exige actuar imparcialmente y que la teoría no puede solventar. Se requiere, por tanto, un juicio imparcial que arbitre entre los juicios y los sentimientos morales. En tercer lugar, la critican por ser una ética extremadamente contextual y demasiado hostil hacia los principios, aunque reconocen que en una teoría más exhaustiva éstos aparecerán para dar coherencia al sistema. Por último, la ética del cuidado se centra demasiado en el carácter íntimo o privado de las relaciones interpersonales, lo que puede conllevar al reconocimiento de las mujeres como cuidadoras. Además, se corre el peligro de que esta ética se localice exclusivamente en la enfermería y en las ramas sanitarias.

Por nuestra parte, consideramos que la ética del cuidado tiene otros aspectos negativos, pues no puede hacer frente a problemas socio-culturales. El fenómeno multicultural puede suponer un gran problema, pues cada paciente concibe el cuidado en base a su cultura, nacionalidad... En efecto, factores como por ejemplo la etnicidad y/o la religión son modeladores de los valores, creencias y prácticas

²⁴ Howard CURZER, «Is care a virtue for health care professionals?», *The Journal of Medicine and Philosophy*, 18, 1993, pp. 51-69.

²⁵ Tom BEAUCHAMP y James CHILDRESS, *Principios de ética biomédica*, Masson, Barcelona, 1999, pp. 84-86.



vinculadas a la salud, por lo que es indispensable su conocimiento para poder concebir el cuidado desde la perspectiva del paciente. También pueden intervenir problemas de comunicación (idiomas, nivel educacional, etc.) que entorpezcan el entendimiento mutuo.

Además de la necesidad de introducir estos aspectos socio-culturales, es indispensable el conocimiento científico en las prácticas del cuidado. Es obvio que a medida que la ciencia avanza se descubren aspectos de las patologías (etiología, sintomatología...) así como nuevas técnicas terapéuticas que anteriormente no se tenían en cuenta. En enfermería los cambios posturales, la deambulación de los pacientes, etc., tienen un papel fundamental, por lo que se hace imprescindible tener un conocimiento técnico sobre cómo abordar la situación clínica para realizar una buena praxis médica. Pues bien, si nos basamos *sólo* en el sentimiento de cuidar y no tenemos en cuenta estos aspectos técnicos, podemos incurrir en mala praxis (aparición de úlceras por presión, cambios posturales...) pese a tener buenas intenciones. Así, una actitud apoyada sólo en los sentimientos incurre en «falacia naturalista», es decir, cae en el error de derivar del *es* el *debe ser*: lo natural (en este caso el sentimiento interior) es lo inherentemente bueno y por lo tanto lo que ha de hacerse. Tampoco es válida la perspectiva historicista que argumente que dado que siempre lo hemos hecho de una determinada manera se ha seguir haciéndolo. Por tanto, el cuidar no ha de ser sólo algo que se produce de manera innata, sino que ha de ser un cuidado técnicamente cualificado y esto nos obliga a la necesidad de definirlo con datos empíricos.

Por último, cabe señalar el peligro que puede derivarse de esta situación de cuidado al vincular al cuidador con un «sirviente». El paciente puede aferrarse a que está en un centro hospitalario y que el equipo de enfermería ha de hacer todo cuanto pueda por su bienestar, aunque ello suponga una dedicación desmesurada, injusta para con otros pacientes e incluso para el propio profesional.

4. REFORMULACIÓN DE LA ÉTICA DEL CUIDADO

La ética del cuidado tiene aspectos importantes para la teoría y praxis médica; sin embargo, un análisis más detallado demuestra que tal y como tradicionalmente se ha entendido tiene carencias significativas. Por esta razón, es necesaria una reformulación de esta ética si no queremos incurrir en aquellos aspectos negativos. En este sentido señalamos la necesidad de introducir unos principios éticos y una teoría ética como fundamento; de reformular el concepto de cuidado; y la necesidad de tener un modelo médico como base para la actividad del cuidado.

4.1. NECESIDAD DE UNOS PRINCIPIOS ÉTICOS Y TEORÍA ÉTICA COMO FUNDAMENTO

La ética del cuidado tiene como único concepto básico el cuidado; sin embargo, éste por sí solo no puede explicar la complejidad del fenómeno moral. Por ese motivo, necesita unos principios éticos para poder analizar con mayor profun-



didad la relación asistencial. A su vez, se requiere de una teoría ética que sustente dichos principios y que haga alusión al principio de justicia, ya que el cuidado no se ciñe exclusivamente al binomio *cuidador-persona cuidada*, sino que también hay otros pacientes y esta actividad se suele realizar en un centro hospitalario donde los recursos son limitados.

En la actualidad se considera al ser humano como un ser autónomo capaz de tomar decisiones, siempre y cuando sean razonadas y razonables. En el ámbito de la salud, se trata de que el paciente tome decisiones que hacen alusión al rechazo o elección de un tratamiento. Así, dado que puede (y debe) tomar una decisión autónoma, es necesario dialogar para saber qué desea y de qué manera. Es desde la perspectiva del paciente desde la que ha de pivotar la relación asistencial. De este modo, el cuidado no puede ser concebido más que desde el punto de vista de la persona cuidada, por lo que el cuidador ha de adentrarse en sus valores²⁶ para conocer cómo desea ser cuidada.

En el cuidado es imprescindible buscar el mayor beneficio para la persona sin dañarle. El profesional ha de evaluar qué es lo mejor para el paciente, replantearse estrategias de cuidado que sean técnicamente correctas, «tener tacto», etc. Ahora bien, en ese intento de cuidar es necesaria la opinión del paciente para conocer sus valores y realizar aquellas acciones que presuponga que desea, anticipándose para evitar posibles acciones indeseadas por él. Por tanto, qué se entienda por beneficencia y no-maleficencia no puede ser concebido más que desde la perspectiva de quien se va a beneficiar de ello. Obviamente, el profesional de la salud no realizará ningún procedimiento médico que científicamente sea incorrecto. En esta anticipación se ha de respetar la inviolabilidad de las personas, pues no hay que imponerles sacrificios y privaciones en contra de su voluntad. Así pues, sólo se introduce en la relación asistencial a la persona que será cuidada mediante el diálogo y la confianza mutua. Si actuamos de este modo, reconocemos y respetamos la dignidad de la persona, ya que la tratamos como persona, como ser humano, y no como objeto al que hay que cuidar.

Dichos principios éticos han de ser analizados y sustentados por una teoría ética sólida. La ética dialógica puede ser de gran ayuda en este sentido, pues reivindica la necesidad de introducir en el diálogo a todos los afectados por la decisión a tomar si se desea objetividad en el juicio. Tanto para Apel²⁷ como para Habermas²⁸, una decisión es «justa» si, y sólo si, cuenta con el consentimiento de todos los afectados, en condición de igualdad y simetría, alcanzando un consenso mediante un diálogo. Por tanto, lo que se está reivindicando es: a) que nadie que pueda hacer una contribución relevante pueda ser excluido de la participación; b) que todos tengan las mismas oportunidades; c) que los participantes, por tanto los afectados, puedan decir lo que piensan; y d) que haya una comunicación exenta de coacciones.

²⁶ Marc Antoni BROGGI, *op. cit.*

²⁷ Karl-Otto APEL, *La transformación de la filosofía. El a priori de la comunidad de comunicación. Tomo II*, Taurus, Madrid, 1985.

²⁸ Jürgen HABERMAS, *Aclaraciones a la ética del discurso*, Trotta, Madrid, 2000.



4.2. REFORMULACIÓN DEL CONCEPTO DE CUIDADO

Al argumentar las carencias de la ética del cuidado se ha señalado la necesidad de reformular el concepto de cuidado, pues ni es posible ni positivo definirlo en base a los sentimientos que se desprenden de la relación entre cuidador y persona cuidada. Begoña Román Maestre²⁹ sostiene que en las prácticas del cuidado la compasión es necesaria, pero no suficiente, pues hace falta la técnica. Así, en dicha tarea el sentimiento no es lo fundamental para actuar correctamente, sino que lo importante es la conciencia del valor humanidad, que es el que genera el sentimiento, y no la simpatía y la compasión. Por este motivo, no podemos exigir que en el cuidador se den dichos sentimientos, pero sí que las acciones que realice sean acciones coherentes con el valor absoluto de la humanidad.

En cuanto al modo de ejecutar dicha tarea, es necesario que no sea algo que se elabora de manera espontánea, fundamentado en lo subjetivo, sino que es preciso que el cuidado sea definido empíricamente consiguiendo así más homogeneidad en el cuidado. Manuela Domingo y Javier Gómez³⁰ señalan la necesidad de intentar definirlo en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson: 1) respiración normal; 2) alimentación e hidratación; 3) eliminación de desechos corporales; 4) movimiento y mantenimiento de posiciones adecuadas; 5) sueño y descanso; 6) selección de ropa adecuada; 7) mantenimiento de temperatura corporal; 8) mantenimiento de la higiene y del peinado; 9) prevención de peligros ambientales; 10) comunicación con otros para expresar sus emociones, necesidades, temores y opiniones; 11) vivir de acuerdo con sus creencias; 12) trabajar de forma que proporcione satisfacción; 13) jugar o participar en actividades recreativas; y 14) aprender, descubrir o satisfacer las curiosidades que permitan un desarrollo y salud normal.

La tarea del cuidado ha de centrarse en satisfacer dichas necesidades, pero no tiene que hacerse de manera totalmente espontánea, apelando sólo a los sentimientos que se desprenden de la relación, sino que se requiere un conocimiento científico si no se quiere incurrir en mala praxis. Es preciso conocer técnicas terapéuticas: cómo realizar cambios posturales, por qué es necesaria la deambulación de los pacientes... Además, ha de ser integral, es decir, no se tiene que ceñir exclusivamente a lo biológico, sino que ha de abordar también los aspectos «psico-sociales». Para ello, se requiere un trabajo multidisciplinar, compuesto por diversos profesionales de la salud. El cuidado no se centra exclusivamente en un cuidador y la persona cuidada, sino que se enmarca en un contexto más amplio en el que diversos profesionales, tanto por sus distintas disciplinas como por sus respectivos horarios laborales, realizan dicha actividad.

²⁹ Begoña ROMÁN MAESTRE, «Ética de la decisión para las prácticas del cuidado», en Margarita BOLADERAS (ed.), *Bioética: la toma de decisiones*, Proteus, Capellades, 2011.



4.3. NECESIDAD DE UN MODELO MÉDICO PARA COMPRENDER AL SER HUMANO HOLÍSTICAMENTE

El modelo biomédico tradicional se ciñe a la enfermedad y no a la persona, es decir, no se detiene en los aspectos psico-sociales, de modo que no nos sirve como sustento para la ética del cuidado. Si deseamos fundamentar la ética del cuidado con un modelo médico es necesario que integre aspectos bio-psico-sociales. Este es el modelo propuesto por George Engel³¹. Engel sostenía que la medicina estaba en crisis debido a la adherencia a un paradigma estrictamente fisicalista que no era válido para tratar y explicar de manera correcta la enfermedad. Esto no significa que rechazase los avances del modelo biomédico, más bien se negaba a excluir del proceso etiológico y terapéutico los aspectos psico-sociales. Partiendo de dos enfermedades totalmente distintas, la esquizofrenia y la diabetes, demuestra la insuficiencia de este modelo gracias a seis tesis³²:

1. Tener ciertas anomalías bioquímicas no significa, necesariamente, que surja la enfermedad. Se requiere, de manera adicional, factores psicológicos y sociales que desencadenen la sintomatología.
2. Basándonos en el modelo biomédico un paciente no puede comprender los síntomas que padece en base sólo a anomalías biológicas. Además, este modelo por sí solo no ayuda al clínico a comprender cómo debe de actuar para recoger información y procesarla en el transcurso de la entrevista clínica, pues en ésta intervienen también factores psicológicos y sociales.
3. En la diabetes y en la esquizofrenia hay variables psicosociales significativas que influyen, junto con los aspectos biológicos, en el transcurso de la patología.
4. Los defectos bioquímicos pueden determinar características de una patología; sin embargo, no establecen la aceptación del rol de enfermo o el de paciente.
5. El tratamiento biológico puede variar en cuanto a su efectividad si está influido por variables psicosociales (efecto placebo).
6. El comportamiento del médico en la relación asistencial puede condicionar el resultado terapéutico, como por ejemplo ayudar al paciente a que tenga un seguimiento del tratamiento. Por tanto, la misma relación entre médico-paciente también incide en el curso, desarrollo y pronóstico de la patología.

Pese a que ha pasado bastante tiempo desde su planteamiento, en la actualidad sigue siendo necesaria su introducción dado que estamos inmersos en un modelo

³⁰ Manuela DOMINGO y Javier GÓMEZ, «El concepto de Necesidad Humana Básica, como aproximación a la definición del cuidado». *Index de Enfermería*, 43(12), 2003, pp. 23-27.

³¹ George ENGEL, «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine». *Science*, 196, 1977, pp. 129-136; y George ENGEL, «The clinical application of the biopsychosocial model». *Am J Psychiatry*, 137, 1980, pp. 535-544.

³² George ENGEL, «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine». *Science*, 196, 1977, pp. 129-136, pp. 131-132.



biomédico debido al auge y avance de las nuevas tecnologías; sin embargo, es preciso una reformulación³³, pues ha tenido varias críticas³⁴. En primer lugar, es necesario determinar qué papel juegan los aspectos bio-psico-sociales en la etiología y en el tratamiento. La gran mayoría de las enfermedades, si no todas, tienen un origen biológico y unos aspectos psico-sociales desencadenantes de la sintomatología, por lo que hay que analizar y clarificar qué papel juegan cada uno en la enfermedad y no establecer una igualdad en todas las esferas. Si no es así, al final «el clínico esencialmente hace lo que quiere»³⁵. Que haya aspectos bio-psico-sociales en la etiología no significa, necesariamente, un tratamiento holístico, pues es posible que la patología no haya dañado lo «psico-social», por lo que no va a ser necesario un abordaje global. Para una comprensión de la etiología y del tratamiento, es necesario recurrir a una metodología *Pluralista*, es decir, un análisis multifactorial que recurra a diversos métodos, que, aunque insuficientes considerados aisladamente, en su conjunto aportan una mejor comprensión de la situación clínica.

CONCLUSIONES

La ética del cuidado es necesaria en la praxis médica, pues la actividad médica no se centra sólo en «tratar» la enfermedad, sino que *también* hay que «cuidar» a la persona. Ahora bien, esta ética, tal y como tradicionalmente se ha entendido, tiene una serie de insuficiencias y carencias que hacen necesaria su reformulación. En este sentido, señalamos tres aspectos: 1) es necesario unos principios éticos y en una teoría ética como fundamento ético; 2) ha de reformularse el concepto de cuidado, pues no es posible ni positivo que se cña a los sentimientos que se desprenden de la relación, siendo necesario un «cuidado tecnificado y cualificado»; y 3) ha de basarse en un modelo biomédico que aborde al ser humano «holísticamente».

Recibido: julio 2011

Aceptado: septiembre 2011

³³ Jorge Luis TIZÓN, «A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia». *Aten Primaria*, 39(2), 2007, pp. 93-97.

³⁴ Niall McLAREN, «A critical review of the biopsychosocial model». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 1998, pp. 86-92; y Ghaemi NASSIR, *Psiquiatría. Conceptos. Una aproximación pluralista a la mente y a las enfermedades mentales*, Mediterráneo, Chile, 2008.

³⁵ Ghaemi NASSIR, *op. cit.*, p. 39.