

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE  
MADRID  
FACULTAD DE FILOSOFÍA

-----  
MÁSTER  
UNIVERSITARIO EN  
ÉTICAS APLICADAS  
Trabajo de Investigación

Los cuidados más allá de la  
esfera privada

La COVID-19 entendida como una oportunidad  
para incentivar el debate de los cuidados en la  
esfera pública

Macarena LUCAS OLEGARIO

TUTORA: Profa. Dra. Lydia Feito Grande

Madrid, septiembre de 2020

# Índice

1. Introducción.....	4
2. Vulnerabilidad .....	10
2.1. Una aproximación a la vulnerabilidad humana y socio-política .....	10
2.2. Una aproximación a la vulnerabilidad somática, psicológica, social, espiritual y ética.....	12
3. Fundamentación de los cuidados.....	12
4. Crítica feminista y ética del cuidado .....	15
5. Los trabajos del cuidado.....	18
6. Profesionalización de los cuidados .....	19
6.1. Definición y características de una profesión .....	19
6.2. Ética profesional.....	21
6.3. Elementos, rasgos y actitudes: hacia un cuidado profesional de calidad .....	22
7. Los límites y los problemas de los cuidados en las profesiones sociosanitarias: posibles soluciones.....	26
7.1. Conceptualización del cuidado y ética del cuidar .....	26
7.2. Los códigos éticos .....	27
7.3. Cuestiones relativas a la enfermería .....	29
7.4. El lenguaje profesional .....	32
7.5. La enseñanza de los cuidados .....	32
8. La dimensión política de los cuidados: un cambio de paradigma.....	33
9. Conclusiones.....	37
10. Bibliografía .....	40

## **RESUMEN**

La crisis actual del coronavirus ha hecho que muchos dilemas propios de la filosofía estén en continuo debate. Entre estos, los cuidados. En momentos de máxima vulnerabilidad es cuando los seres humanos son más demandantes de cuidados. Sin embargo, la crisis de la COVID-19 está evidenciado cómo los sistemas actuales no son capaces de dar una cobertura suficiente de cuidados. Esto ha provocado la necesidad de hacer una revisión a la cuestión de los cuidados. Gracias a la investigación de la profesora Carol Gilligan y de la profesora Joan Tronto se ha podido evidenciar las cuestiones de fondo. Problemas que limitan la materialización de los cuidados y de los que hay que dar cuenta para que nunca más vivamos una situación como la actual.

**Palabras clave:** Ética del cuidado, responsabilidad, profesiones sociosanitarias, roles de género, vulnerabilidad, profesión, COVID-19, enfermería.

## **ABSTRACT**

The current coronavirus crisis caused many dilemmas that are typical of philosophy to become in a continuous debate. Among them, caring tasks. In moments of maximum vulnerability is when human beings are more demanding of them. However, the crisis of the COVID-19 has exposed how the current systems are not able to provide sufficient coverage of caring tasks. For this reason, the issue of caring tasks is now in need to be reviewed. Thanks to the research of Professor Gilligan and Professor Tronto, it has been possible to highlight the fundamental issues. These are problems that limit the implementation of the caring tasks and they should be taken into consideration so we do not repeat again a situation like the one we are living nowadays.

**Keywords:** Ethics of care, responsibility, socio-sanitary professions, gender roles, vulnerability, profession, COVID-19, nursing.

## **1. Introducción**

En diciembre de 2019 se produjo en Wuhan (China) una neumonía de causas desconocidas, y que no tiene cura por el momento. El 7 de enero de 2020, el virus se identificó como síndrome respiratorio agudo severo coronavirus-2 (SARS-CoV-2). Más adelante la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha denominado a la enfermedad como COVID-19 (Ge et al., 2020, p. 1011).

El SARS-CoV-2, al ser muy contagioso, se extendió rápidamente a otras zonas de China y a otros países. Esto ha afectado a casi todos los países del mundo por lo que la OMS declaró la emergencia de salud pública de interés internacional (Ge et al., 2020, p. 1011).

El día 11 de marzo de 2020, la OMS declaró la pandemia mundial y el 14 de marzo se decretó el estado de alarma en España. A partir de esa fecha se entra en un periodo de confinamiento. A fecha del 21 de agosto de 2020 han muerto en España 28.834 personas y los casos confirmados ascienden a 386.054. A nivel mundial hay 788.503 fallecidos y 22.492.312 casos confirmados, según los datos que proporciona el Ministerio de Sanidad español (Ministerio de Sanidad, 2020).

Los datos se pueden observar en las siguientes gráficas que proporciona el Ministerio de Sanidad español (Ministerio de Sanidad, 2020):

**Actualización nº 190. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 21.08.2020** (datos consolidados a las 16:30 horas del 21.08.2020)

**SITUACIÓN EN ESPAÑA**

El presente informe se ha realizado, hasta el 10 de mayo de 2020, con los datos notificados diariamente de forma agregada por las comunidades autónomas. El pasado 11 de mayo de 2020 entró en vigor la nueva estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de COVID-19, por la que las comunidades autónomas deben notificar los casos confirmados de forma individualizada y diariamente al nivel estatal. Por lo tanto, a partir del 11 de mayo de 2020 se utiliza dicha información para la elaboración de este informe diario. Una vez combinados los datos de ambos métodos de vigilancia, en España hasta el momento se han notificado un total de 386.054 casos confirmados de COVID-19 y 28.838 fallecidos (Tabla 1, Tabla 2, Figura 1, Figura 2 y Figura 3). Las discrepancias que puedan aparecer respecto a los datos de casos totales notificados previamente son resultado de la validación de los mismos por las comunidades autónomas y a la transición a la nueva estrategia de vigilancia.

**Tabla 1.** Casos de COVID-19 confirmados totales, diagnosticados el día previo y diagnosticados o con fecha de inicio de síntomas en los últimos 14 y 7 días a 21.08.2020

CCAA	Casos totales*	Casos diagnosticados el día previo	Casos diagnosticados en los últimos 14 días		Casos diagnosticados en los últimos 7 días		Casos diagnosticados con fecha de inicio de síntomas en los últimos 14d.		Casos diagnosticados con fecha de inicio de síntomas en los últimos 7d.	
			Nº	IA**	Nº	IA**	Nº	IA**	Nº	IA**
Andalucía	22.825	303	5.974	71,00	3.327	39,54	2.075	24,66	699	8,31
Aragón	23.607	342	6.454	489,20	3.041	230,50	1.447	109,68	291	22,06
Asturias	2.973	40	338	33,05	187	18,28	111	10,85	41	4,01
Baleares	5.342	0	2.051	178,43	613	53,33	995	86,56	131	11,40
Canarias	4.288	149	1.486	69,01	960	44,58	851	39,52	291	13,51
Cantabria***	3.240	0	587	101,02	310	53,35	246	42,34	62	10,67
Castilla La Mancha	21.054	92	1.962	96,51	1.036	50,96	921	45,31	237	11,66
Castilla y León	24.816	121	3.544	147,69	1.876	78,18	832	34,67	294	12,25
Cataluña	98.462	172	11.348	147,85	5.407	70,45	4.137	53,90	1.124	14,64
Ceuta	208	6	42	49,54	37	43,64	34	40,11	20	23,59
C. Valenciana	19.103	99	3.826	76,46	1.897	37,91	1.517	30,32	436	8,71
Extremadura	4.194	68	651	60,97	398	37,28	188	17,61	89	8,34
Galicia	11.952	182	1.924	71,27	1.180	43,71	276	10,22	83	3,07
Madrid	102.382	1.199	20.885	313,43	11.679	175,27	6.360	95,45	1.425	21,39
Melilla***	217	0	67	77,47	30	34,69	31	35,84	4	4,62
Murcia	4.067	26	1.212	81,13	579	38,76	608	40,70	151	10,11
Navarra	8.547	98	1.361	208,04	652	99,66	634	96,91	195	29,81
País Vasco	23.919	685	6.083	275,53	3.429	155,31	103	4,67	4	0,18
La Rioja	4.858	68	625	197,29	426	134,47	293	92,49	113	35,67
<b>ESPAÑA</b>	<b>386.054</b>	<b>3.650</b>	<b>70.420</b>	<b>149,75</b>	<b>37.064</b>	<b>78,82</b>	<b>21.659</b>	<b>46,06</b>	<b>5.690</b>	<b>12,10</b>

\* Casos totales confirmados por PCR hasta el 10 de mayo, y por PCR e IgM (sólo si sintomatología compatible) según la nueva estrategia de vigilancia desde el 11 de mayo.

\*\* IA: Incidencia acumulada (casos diagnosticados/100.000 habitantes)

\*\*\* En el momento del cierre del informe no han cargado datos.

**Tabla 2.** Casos de COVID-19 que han precisado hospitalización, ingreso en UCI y fallecidos (total y con fecha de hospitalización/ingreso en UCI/fallecimiento en los últimos 7 días) por Comunidades Autónomas en España a 20.08.2020 (datos consolidados a las 16:30 horas del 21.08.2020).

CCAA	Casos que han precisado hospitalización		Casos que han ingresado en UCI		Fallecidos	
	Total	Con fecha de ingreso en los últimos 7 días	Total	Con fecha de ingreso en UCI en los últimos 7 días	Total	Con fecha de defunción en los últimos 7 días
Andalucía	6.868	188	835	12	1.460	10
Aragón	3.939	185	338	9	1096	40
Asturias	1.128	3	130	0	334	0
Baleares	1.265	23	181	4	228	2
Canarias	1099	87	204	14	167	3
Cantabria	1.124	20	87	1	221	1
Castilla La Mancha	9.542	11	671	1	3.038	0
Castilla y León	9.114	115	649	8	2.810	4
Cataluña	30.064	78	3.035	4	5.724	10
Ceuta	17	0	4	0	4	0
C. Valenciana	6.325	142	776	9	1.449	5
Extremadura	1.825	16	144	1	524	2
Galicia	3.113	87	349	7	626	3
Madrid	44.028	392	3.699	14	8.537	42
Melilla	53	4	3	0	2	0
Murcia	872	64	130	4	152	2
Navarra	2.178	37	150	4	532	0
País Vasco	7.108	0	583	0	1.567	0
La Rioja	1.513	15	92	1	367	1
<b>ESPAÑA</b>	<b>131.175</b>	<b>1.467</b>	<b>12.060</b>	<b>93</b>	<b>28.838</b>	<b>125</b>

Los casos confirmados no provienen de la suma de pacientes hospitalizados, curados y fallecidos, ya que no son excluyentes. Pacientes fallecidos y curados pueden haber precisado hospitalización y por tanto computar en ambos grupos. Los pacientes que han precisado UCI también computan en los pacientes que han requerido hospitalización.

**SITUACIÓN INTERNACIONAL** (datos consultados hasta las 12:15 horas del 21.08.2020)

**Situación en Europa:** Hasta el día de hoy se han notificado al menos 3.957.362 casos confirmados (Tabla 5). En la tabla 6 se presentan los datos epidemiológicos detallados de los 15 países de Europa con más casos confirmados.

**Tabla 5.** Casos confirmados de COVID-19 en Europa<sup>1,2</sup>

	Casos		Casos		Casos
Rusia	942.106	Azerbaiyán	34.620	Montenegro	4.211
España	386.054	Moldavia	31.415	Eslovaquia	3.022
Reino Unido	322.280	Serbia	30.048	Lituania	2.496
Italia	256.118	Irlanda	27.547	Eslovenia	2.493
Turquía	253.108	Austria	24.300	Estonia	2.207
Alemania	230.048	Chequia	20.798	Islandia	2.035
Francia	229.814	Bosnia y Herzegovina	16.691	Chipre	1.385
Ucrania	98.537	Dinamarca	15.940	Georgia	1.370
Suecia	85.411	Bulgaria	14.669	Malta	1.369
Bélgica	79.479	Macedonia Norte	13.076	Letonia	1.326
Rumania	73.617	Noruega	10.111	Andorra	1.024
Bielorrusia	69.801	Albania	7.812	San Marino	719
Holanda	64.463	Finlandia	7.776	Islas Feroe	382
Polonia	58.611	Grecia	7.684	Gibraltar	222
Portugal	54.992	Luxemburgo	7.566	Mónaco	100
Armenia	42.319	Croacia	7.074	Liechtenstein	98
Suiza	38.662	Hungría	5.002		

**Situación a nivel global y otros países fuera de Europa:** Según OMS, a nivel global hasta el día de hoy se han notificado al menos 22.492.312 casos y 788.503 fallecidos. En las tablas 7 y 8 se presenta información general y detallada de los países con más casos acumulados fuera de Europa.

**Tabla 7.** Casos confirmados de COVID-19 fuera de Europa. Se incluyen los diez países con más casos confirmados en cada continente.<sup>7</sup>

	América	Casos	África	Casos	Asia-Oceania	Casos
América		<b>Casos</b>	África	<b>Casos</b>	Asia-Oceania	<b>Casos</b>
Estados Unidos	5.506.929		Sudáfrica	596.060	India	2.836.925
Brasil	3.407.354		Egipto	96.914	Irán	350.279
Perú	549.321		Nigeria	50.488	Arabia Saudí	302.686
México	531.239		Marruecos	46.313	Pakistán	290.958
Colombia	489.122		Ghana	43.094	Bangladesh	285.091
Chile	390.037		Argelia	39.847	Iraq	188.802
Argentina	305.966		Etiopía	34.058	Filipinas	173.774
Canadá	123.154		Kenia	31.015	Indonesia	144.945
Ecuador	104.475		Camerún	18.762	Kazajistán	124.356

**Casos confirmados a nivel global: 22.492.312**  
**Fallecidos: 788.503**

En España, el número de hospitalizados ha ascendido a 131.175 y el número de ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ha sido de 12.060, según los datos aportados por el Ministerio de Sanidad español (Ministerio de Sanidad, 2020).

Esto ha provocado que muchos sistemas sanitarios del mundo, incluido el español, vivieran una situación límite al verse desbordados por no estar dotados de los recursos materiales y profesionales necesarios. En España, el personal sanitario se ha visto

desbordado principalmente por las siguientes razones:

1. No tenía los Equipos de Protección Individuales (EPI) necesarios. En consecuencia, se ha visto expuesto a un alto riesgo de contagio.
2. El alto número de ingresos ha hecho que el personal sanitario fuera insuficiente por lo que el grado de trabajo ha sido muy elevado.
3. Muchos enfermos han necesitado ser ingresados en las UCI. El problema ha sido que no había UCI suficientes para todos. Esto ha dado lugar a que se realizara un protocolo de triaje especial<sup>1</sup>. La discriminación que ha generado este protocolo ha provocado un gran daño moral para todos.
4. El alto nivel de contagio ha hecho que muchas personas hayan muerto en soledad. Esto también ha generado un gran debate. La falta de acompañamiento en la etapa final de la vida ha sido muy dolorosa tanto para el personal sanitario como para los familiares.
5. La atención no ha sido horizontal porque se ha dado prioridad a los enfermos de la COVID-19. Esto ha provocado que la asistencia a otros enfermos haya sido reducida o paralizada. Esto ha puesto en riesgo a muchos pacientes, en especial a los enfermos más graves y a los enfermos mentales.

Fuera del ámbito sanitario igualmente se han producido problemas muy serios. Algunos de ellos son los siguientes:

1. El confinamiento ha producido unos problemas psicológicos muy graves. Estos se han agravado más en los niños, en las personas mayores, en personas con diversidad funcional y en los enfermos mentales.
2. El confinamiento también ha causado problemas económicos muy importantes al paralizarse muchas empresas. La crisis humanitaria supone además una crisis económica que durará años.
3. Las personas en riesgo de exclusión han sido aún más expuestas. Muchas han tenido que pasar el confinamiento hacinadas y sin recursos económicos. Hay familias enteras que viven en una habitación y comen en comedores sociales.

---

<sup>1</sup> El triaje es un método de selección en ámbito sanitario. Sirve para priorizar la atención de los pacientes según la gravedad que presenten. En la situación de la COVID-19 se ha hecho según criterios de utilidad.

4. Las mujeres víctimas de violencia de género han tenido que convivir con sus agresores.
5. Las personas sin techo y las prostitutas han vivido situaciones críticas al ser colectivos que están inviabilizados en gran medida.

En consecuencia, este contexto ha creado una conmoción mundial sin precedentes en el siglo XXI. La falta de recursos ha visibilizado muchas carencias del sistema. Esto ha provocado que los debates afloren. Muchos debates propios de la filosofía han salido a la calle. La cuestión de los cuidados es uno de ellos. En épocas de crisis y de máxima vulnerabilidad es cuando más constancia hay de la necesidad de los cuidados.

En el ámbito sanitario, el tema de los cuidados ha tenido gran repercusión debido, principalmente, a los pacientes que se encontraban en cuidados paliativos. Muchos han muerto solos y sin los cuidados de los profesionales. Esto ha provocado un daño moral muy importante en los profesionales y en los familiares. En los primeros, por no poder dar la asistencia suficiente a estos pacientes y, en los segundos, por no poder despedirse ni darles acompañamiento en la etapa final de sus vidas.

Fuera del ámbito sanitario también se han visto reducidos los cuidados. Por ejemplo, muchas personas con diversidad funcional no han podido asistir a los centros de día. Las personas mayores dependientes de los servicios sociales tampoco han gozado de la asistencia y del acompañamiento ordinario.

Estos son solo algunos de los muchos ejemplos que se podrían citar. No obstante, la falta de los cuidados no es el único problema que encierran estos. Los sesgos de género han problematizado aún más la situación actual. Esto ha hecho que las mujeres sean las principales víctimas de la COVID-19. Un artículo que esclarece notablemente esta idea es el que han publicado recientemente<sup>2</sup> las profesoras María del Río Lozano y María del Mar García junto con los estudiantes de la Diplomatura de Especialización en Género y Salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública-Universidad de Granada. El artículo: “Cuidados y abordaje de la pandemia de la COVID-19 con enfoque de género”, está centrado en cómo el ejercicio de los cuidados está vinculado con las mujeres y, en consecuencia, son las más expuestas a la COVID-19 (Del Río et al., 2020, p. 2). Esto da

---

<sup>2</sup> La fecha de publicación del citado artículo es del 20 de mayo de 2020.



lugar a que lleguen a las siguientes conclusiones:

1. Las mujeres están más expuestas a la enfermedad porque son ellas las que, principalmente, se ocupan de los cuidados tanto en el ámbito privado (doméstico) como en el ámbito sanitario.
2. La “refamiliarización” que se ha producido durante el confinamiento ha hecho que se vuelva al modelo tradicional. Esto es, a que toda la carga del cuidado sea asumida por la mujer.
3. El trabajo de los cuidados, tanto formales como informales, son desarrollados por mujeres. En muchos casos, lo hacen mujeres inmigrantes en un grado de vulnerabilidad muy alto.

La consecuencia de que el cuidado recaiga casi en exclusividad en las mujeres ha provocado que se perciba en ellas “peor salud, mayor cansancio, ansiedad, dolor, estrés, depresión, frustración, malestar, morbilidad crónica, consumo de fármacos, dieta poco saludable, ejercicio físico escaso y descanso insuficiente” (Del Río et al., 2020, p. 3).

Todas estas problemáticas hacen que el debate de los cuidados no pueda prescindir de los problemas de género y de las limitaciones y los problemas en las profesiones sociosanitarias<sup>3</sup>. Así como de una comprensión del sistema actual. Para dar cuenta de estas cuestiones, el trabajo se centrará, principalmente, en las aportaciones de Lydia Feito, Francesc Torralba, Carol Gilligan y Joan Tronto. Sin embargo, antes de nada, para poder dar cuenta de las cuestiones anteriores será necesario comprender la razón por la que se producen los cuidados. Por ello, este trabajo, en primer lugar, partirá de la vulnerabilidad del ser humano.

En resumen, este trabajo quiere aprovechar la situación actual para profundizar en dos aspectos: por un lado, en las razones por las que la materialización de los cuidados aún es escasa y problemática y, por otra parte, pretende aportar un enfoque alternativo del cuidado basado en una perspectiva más política. La idea es incentivar el debate en aras de elevar el discurso para que se puedan materializar los cuidados en la esfera pública.

---

<sup>3</sup> Lydia Feito recomienda denominar a las profesiones sanitarias como profesiones sociosanitarias al ser más adecuada esta denominación. Explica que esto se produce por la estrecha vinculación que existe entre lo social y lo sanitario. También las denomina profesiones del cuidado (Feito, 2017). Feito entiende que estas profesiones son propias del cuidado porque adquieren un compromiso moral con el otro.

## 2. Vulnerabilidad

La vulnerabilidad ha sido entendida como el punto de partida para comprender la necesidad de los cuidados. Si los seres humanos no fueran vulnerables no necesitarían la mayoría de los cuidados que precisan. Sin embargo, desde el momento del nacimiento, el ser humano necesita de cuidados para poder desarrollarse a lo largo de su vida.

Según esto, puede entenderse que el concepto de vulnerabilidad sea muy amplio. En consecuencia, se van a recoger los estudios de la profesora Lydia Feito y del profesor Francesc Torralba con la finalidad de ofrecer una mayor comprensión de esta idea.

### 2.1. Una aproximación a la vulnerabilidad humana y socio-política

La profesora Feito entiende que “la vulnerabilidad es una característica de lo humano” (Feito, 2007, p.8). Esto parece algo obvio, pero en la mayoría de los países del hemisferio norte ha habido una distorsión de esta idea. Los países desarrollados asociaban su “estado de bienestar”<sup>4</sup> con la superación de ciertos daños. Entendían que su desarrollo en políticas de bienestar social (incluyendo aquí el sistema sanitario) y su desarrollo tecnológico los alejaban de cosas como las pandemias, por ejemplo. Este tipo de acontecimientos eran vinculados con otro nivel de desarrollo: algo asociado totalmente a los países menos desarrollados. Sin embargo, la propia condición del ser humano hace que todos los seres humanos sean susceptibles al daño. Si nos centramos en el ámbito de la salud, la COVID-19 es un buen ejemplo de ello. Sin embargo, la vulnerabilidad también está marcada por el contexto. Esto hace que la profesora Feito distinga, como bien indica en el artículo

---

<sup>4</sup> El estado de bienestar surge a raíz del socialismo democrático. Este aboga por un modelo de Estado en el que los derechos positivos y los derechos negativos sean protegidos. Este nuevo sentido de Estado empieza a darse forma en el siglo XX. Los países pioneros fueron la antigua Prusia con Otto Bismark y Gran Bretaña. Al poco tiempo de estos, este nuevo modelo social se extendió a la mayoría de los países europeos. Sin embargo, en Estados Unidos, por ejemplo, se mantuvo una idea de Estado liberal, esto es, un modelo de estado basado solo en derechos negativos (Gracia, 1990).

Esto ha provocado que el concepto de estado de bienestar sea entendido de forma diferente en los distintos países desarrollados. No obstante, en Europa podemos explicar la idea de “estado de bienestar” como un modelo político, económico y social donde el Estado proporciona la cobertura social (de bienestar) suficiente para que exista un desarrollo y bienestar social. Un ejemplo de ello son los sistemas sanitarios públicos.

“Vulnerabilidad” (2007), principalmente dos tipos de vulnerabilidad humana: “una vulnerabilidad antropológica, entendida como una condición de fragilidad propia e intrínseca al ser humano, por su ser biológico y psíquico; y una vulnerabilidad socio-política, entendida como la que se deriva de la pertenencia a un grupo, género, localidad, medio, condición socio-económica, cultura o ambiente que convierte en vulnerables a los individuos” (Feito, 2007, p.8).

La muerte es la manifestación más clara de la finitud del ser humano y del resto de seres vivos. La vida al final es un riesgo constante, una exposición continua a la enfermedad y a la muerte. Esto hace que se llegue a valorar la sanidad como un pilar fundamental de toda sociedad. No obstante, la profesora Lydia Feito indica que “la vulnerabilidad no sólo hace referencia a la dimensión biológica sino también a la historia del individuo en relación con otros, al daño derivado de la relación con otros, lo que hemos llamado vulnerabilidad social” (Feito, 2007, p.9). La vulnerabilidad de todos hace que se cree un sentimiento de empatía, que “es la base de la Regla de Oro” (Feito, 2007, p.16).

En resumen, la posibilidad de que los seres humanos sean dañados, la finitud del ser humano y la empatía que se genera con los otros hace que la vulnerabilidad sea esencial para la filosofía, la antropología, la sociología, la psicología, la medicina, la enfermería y la política, principalmente.

La responsabilidad con los otros y los cuidados pasan a ser algo fundamental. Los seres humanos precisan que existan ciertas garantías de protección<sup>5</sup>. Por tanto, los sistemas sanitarios deben cubrir todas estas necesidades de primera índole. Esto hace que no se pueda prescindir de los cuidados y más en momentos de máxima vulnerabilidad, como son los pacientes que se encuentran en el final de la vida, por ejemplo. La asistencia sanitaria no puede prescindir de los cuidados porque si no sería una práctica deshumanizada. No obstante, estas garantías de protección no solo se necesitan en el ámbito sanitario. Igualmente son fundamentales en el marco socio-político.

---

<sup>5</sup> En este caso concreto, el trabajo está centrado en el ser humano por lo que todo gira alrededor de este. Sin embargo, es interesante entender que todos los seres vivos son vulnerables y, no solo los seres vivos, sino también los ecosistemas. En base a esto, el sentido de protección no es algo que se deba dar en exclusividad hacia los seres humanos.

## **2.2. Una aproximación a la vulnerabilidad somática, psicológica, social, espiritual y ética**

El profesor Torralba parte de la perspectiva ontológica, de la finitud del ser humano y de que es un sujeto de enfermedad y de dolor. “La vulnerabilidad está arraigada a su ser, a su hacer y a su decir. Decir que es vulnerable significa que no es eterno, que no es omnipotente, que puede acabar en cualquier momento” (Torralba, 2006, p. 248). Textualmente afirma que “lo que nos une a todos los seres humanos, más allá de nuestras evidentes diferencias, es la vulnerabilidad” (Torralba, 2006, p. 247).

Aunque el punto de partida es ontológico el concepto de vulnerabilidad es muy amplio por lo que el profesor Torralba hace las siguientes distinciones en *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas* (2006):

- Vulnerabilidad somática: se predica de la corporeidad, es decir, del dolor corporal.
- Vulnerabilidad psicológica: tiene que ver con la alteración psicológica del individuo.
- Vulnerabilidad social: se refiere al deterioro que sufre el enfermo con su entorno social como consecuencia de su enfermedad.
- Vulnerabilidad espiritual: lo relaciona con la pérdida del sentido.

En conclusión, la vulnerabilidad del ser humano ha provocado que todas las teorías éticas aboguen por cuidar del vulnerable, desde el deontologismo hasta el utilitarismo.

## **3. Fundamentación de los cuidados**

La vulnerabilidad del ser humano hace que desde el momento de su nacimiento sea un sujeto de cuidado, esto quiere decir que, si el ser humano no recibiera cuidados desde el minuto primero del parto, este moriría al poco de nacer. Sin embargo, como ya se ha mencionado, el ser humano no solo necesita cuidados en su infancia, sino que los necesita durante toda su vida. Esto ha provocado que numerosos autores escriban sobre tal cuestión. Así pues, se resaltarán las ideas de algunos autores para dar cuenta de la razón por la que se producen los cuidados.

El profesor Torralba explica que desde la perspectiva ética constituye un deber atender al

vulnerable (Torralba, 2006, p. 252). Es más, hace hincapié en que “el deber de cuidar se produce por la radical vulnerabilidad del ser humano y no necesariamente por su dignidad” (Torralba, 2006, p. 249).

El profesor Emmanuel Lévinas propone que la respuesta se produce porque se parte de la experiencia del otro, según este autor la experiencia ética se relaciona con el otro. Para Lévinas esto se manifiesta a partir del rostro del otro. El rostro es algo así como el reflejo de la persona. Esto hace que se adquiera una conciencia ética y una obligatoriedad moral ante la atenta mirada del otro, en tanto que ser vulnerable que lo expresa con su presencia, con su mirada.

El filósofo Paul Ricoeur parte de la idea de la solicitud. La solicitud puede ser entendida como ese movimiento que sale de mí hacia los otros, esto es, esa respuesta que se da al vulnerable. Torralba afirma que “la causa moral de dicho movimiento es la llamada de los otros que, como un imán, despierta de mi conciencia ética y me reclama, me exige y me obliga” (Torralba, 2006, p. 59). Estos autores lo toman como un movimiento espontáneo más allá de la articulación racional que procesamos. Se puede entender como un “mandato interior” que se produce ante la solicitud del otro.

Estas teorías son seguidas asimismo por el filósofo francés Jean-Luc Marion. Este introduce un nuevo concepto que es el de “conminación”. La conminación varía un poco las teorías anteriores, pues surge de la exposición al otro. El propio hecho de que nos exponamos a los otros hace que nazca una responsabilidad con el otro. El profesor Torralba explica que es “una vivencia que afecta a mi conciencia, es tomada como la misma raíz de la experiencia ética” (Torralba, 2006, p. 62).

El filósofo alemán Hans Jonas da un giro a estas teorías centrando todo su estudio en la ética de la responsabilidad. De hecho, es uno de los máximos referentes en esta área de la ética. Jonas relaciona directamente la responsabilidad con el deber. Este deber relaciona el deber-ser con el deber-hacer. El profesor Torralba interpreta esta idea de la siguiente forma: “el ser humano es un entramado y para llegar a ser lo que debe llegar a ser necesita del cuidado y de la responsabilidad moral de los agentes que conviven con él” (Torralba, 2006, p. 65). Esta teoría es mucho más amplia porque la responsabilidad también se vincula hacia los otros seres no humanos y hacia las generaciones futuras. Un ejemplo de esto es que su teoría ha fundamentado, junto con otros autores y autoras, la idea de

sostenibilidad. El ejercicio del cuidado, en consecuencia, se relaciona directamente con la responsabilidad. El profesor Jonas entiende que este deber tiene que ser una acción continua e ininterrumpida, es decir, una constante en el tiempo. Un ejemplo de esto es la relación entre una madre y un hijo.

El profesor danés Peter Kemp presenta cuatro principios diferentes a los de Beauchamp y Childress<sup>6</sup>. Los principios que propone son los siguientes: integridad, vulnerabilidad, dignidad y autonomía.

La reflexión que hace sobre la vulnerabilidad va en consonancia con la filosofía de Lévinas y de Ricoeur. Como ya se ha mencionado, ser vulnerable tiene que ver con estar expuestos al daño constantemente. Esto hace que este autor abogue por una ética de la vulnerabilidad en el sentido de una ética que se basa en el deber que tenemos ante la vulnerabilidad del otro.

Autores como Frans de Waal o António Damásio, entre otros, han aportado mucho a esta causa. El primatólogo Frans de Waal publicó, en 2009, *La edad de la empatía*. Esta obra pone de manifiesto que la capacidad empática de los seres humanos. Por otra parte, el neurólogo António Damásio explicó, en su obra *El error de Descartes* (1994), cómo los seres humanos fluctúan entre los pensamientos y las emociones.

La empatía es una característica importante para que se desarrolle la responsabilidad con el otro, pero hay que tener en cuenta la crítica que le hace la profesora Feito en su última publicación: *Neuroética. Cómo hace juicios morales nuestro cerebro* (2019). En esta obra, Lydia Feito nos avisa de los peligros de reducir la responsabilidad solo a la empatía debido a que esta “puede ser reforzada o debilitada por variables personales, actitudes implícitas o preferencias del grupo” (Feito, 2019, p. 142). Por esta razón, explica que lo más adecuado es hablar de preocupación. Así pues, toda alusión que se haga a la empatía en este trabajo debe entenderse como una forma de preocupación.

---

<sup>6</sup> Los Principios bioéticos de Tom L. Beauchamp y James F. Childress surgen tras la publicación del “Informe Belmont” en 1978. Este informe fue elaborado por el Departamento de Salud y Educación de Estados Unidos para estipular los principios y pautas en la investigación con seres humanos. Esta publicación no dejó indiferente a Beauchamp y Childress y, un año más tarde, en 1979 publican *Principles of Biomedical Ethics*. Una “biblia” para muchos bioeticistas. En este libro se recogen los cuatro principios básicos que rigen la bioética actual. Estos principios son los siguientes: no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

El hecho de que seamos seres empáticos y relacionales, es decir, que estemos unos vinculados a otros, hace que se tenga presente la vulnerabilidad de los otros. El reconocer esta vulnerabilidad impulsa a actuar ante el vulnerable. La exposición al daño constante crea unos lazos de solidaridad que se materializan en una preocupación por el otro por encima de las normas establecidas. Se podría decir que es algo que surge de forma natural en los seres humanos, algo que es innato a su propio ser. Lo curioso es que fuera algo exclusivo de las mujeres y reducido al ámbito privado. Para entender esta cuestión es necesario dar cuenta de la investigación de la profesora Carol Gilligan.

#### **4. Crítica feminista y ética del cuidado**

Una de las aportaciones más importantes sobre los cuidados la hizo la psicóloga y filósofa Carol Gilligan al impulsar la ética del cuidado.

Gilligan es mundialmente conocida por la crítica que hace a la teoría moral de Lawrence Kohlberg y por crear un modelo alternativo al de este. Este nuevo modelo se basa en llevar la mirada hacia las mujeres. Escuchar una “voz diferente” a la de los hombres hizo que todo cambiara. De hecho, esto propició el título de su obra cumbre: *In a different voice: psychological theory and women's development*. La publicación se hizo en 1982 y supuso un gran impulso para las teorías feministas, la psicología, la filosofía y la política.

Kohlberg fue un psicólogo y filósofo estadounidense que realizó un estudio sobre el razonamiento moral a partir de diferentes dilemas. Su propósito era llegar a las bases de la moralidad humana a partir de la teoría de Piaget (Medina-Vicent, 2016, p. 85). Para ello examinó a un grupo de niños (varones en su mayoría) durante veinte años en diferentes etapas de sus vidas, desde la infancia hasta su madurez. Esto le llevó a concluir que el razonamiento moral se puede estructurar en tres niveles: nivel preconventional, nivel convencional y nivel postconvencional. A su vez, cada nivel es dividido en dos estadios diferente. El primer nivel, el convencional, hace referencia al propio interés del individuo sin tener presente las normas. Este nivel es propio de la infancia y de la adolescencia. El nivel convencional es diferente ya que te tiene en cuenta el papel que se juega dentro de la sociedad y, por consiguiente, el individuo entiende que debe seguir unas normas y unas leyes. Este nivel también alcanza a los adolescentes, aunque es más

predominante en la edad adulta. El último nivel, el postconvencional, es el nivel más alto. En este nivel los individuos tienen valores propios por encima de los exigidos socialmente. Concretamente, el último estadio “se centra en la noción y orientación de principios universales” (Medina-Vicent, 2016, p. 87). Esta concepción está arraigada en la idea kantiana de que se puede llegar a principios éticos universales.

Según Kohlberg, este nivel es alcanzado por muy pocas personas, concretamente por muy pocos hombres ya que la mayoría de las mujeres ni si quieren llegan a este nivel según los estudios del autor. La mayoría de las personas se quedan en el segundo nivel, es decir, en el nivel convencional. Un nivel sometido a las normas que no da cuenta de la relación con los otros. Esto se produce porque se prescinde de las emociones o de la búsqueda de la virtud, entre otras muchas cosas.

La profesora Gilligan pone en tela de juicio los resultados de Kohlberg debido a que los participantes del estudio eran, en su mayoría, varones blancos norteamericanos. Esto quiere decir que la muestra que se tomó en el estudio era totalmente sesgada y, debido a esto, las conclusiones de Kohlberg no son del todo acertadas. En consecuencia, Gilligan empieza a realizar múltiples entrevistas y se da cuenta de que en las mujeres escucha una “voz diferente”. Esta forma distinta de resolver los dilemas presentados le hace llegar a la conclusión de que las mujeres no tienen un desarrollo moral inferior al de los hombres como afirmaba el profesor Kohlberg, sino que este es diferente.

El punto clave de la teoría de Gilligan fue poder explicar la razón por la que se producen desarrollos morales diferentes. La conclusión a la que llega es que es una consecuencia del sistema patriarcal. Los roles de género han hecho que lo que era propio del ser humano sea encasillado y casi prohibido en el otro género y viceversa. El patriarcado crea un abismo entre los hombres y las mujeres tan grande que provoca un desarrollo moral diferente. En palabras de la profesora Gilligan (Gilligan, 2013, p. 21):

La interiorización de este modelo binario del género que menoscaba la capacidad de saber en las chicas y la capacidad de preocuparse por los otros en los chicos señala el momento de iniciación de la psique para entrar en un orden patriarcal. Siempre que nos encontramos ante una construcción binaria del género —ser hombre significa no ser mujer ni parecerlo (y viceversa)— y una jerarquía de género que privilegia «lo masculino» (la razón, la mente y el Yo) sobre “lo femenino” (las emociones, el cuerpo y las relaciones), sabemos que se trata de un patriarcado, se llame como se llame. Como



orden vital basado en la edad y el sexo, donde la autoridad y el poder emanan de un padre o unos padres en la cumbre, el patriarcado es incompatible con la democracia, la cual se sustenta en la igualdad de la voz y en una presunción de equidad. Pero también se encuentra en conflicto con la misma naturaleza humana. En el patriarcado, al bifurcarse las cualidades humanas en “masculinas” o “femeninas”, se producen cismas en la psique, pues se separa a todos los individuos de partes de sí mismos y se socavan sus capacidades humanas básicas.

En palabras de la profesora Feito: “el primero (referido al rol masculino) exige ausencia de implicación y emotividad, razonamiento e imparcialidad; el segundo (referido al rol femenino) requiere justo lo contrario: comprensión, particularidad, atención a la diferencia, establecimiento de relaciones y responsabilidad” (Feito, 2017, p. 36).

Esta diferencia de roles hace que el hombre sea asociado con la esfera pública (es el único que llega a estos principios éticos universales) y las mujeres con la esfera privada. De esta forma, los hombres estarían vinculados con la ética de la justicia y las mujeres, con la ética del cuidado. La cuestión significativa es que el ámbito de los cuidados estaba totalmente relegado al ámbito privado. Esto hace que la responsabilidad o la atención no fueran entendidas como cuestiones políticas. Por tanto, como indica la profesora Feito, “la ética del cuidado atiende la incompletud de los modelos de justicia” (Feito, 2005, p. 170) al incorporar las emociones y lo afectivo, entre otras muchas cosas.

*In a different voice* fue sin duda toda una revolución al entender lo que suponían los roles de género y romper con estos. La incorporación de los cuidados al ámbito público supone un cambio sin precedentes. La autora entiende que la superación del modelo binario posibilita la idea de democracia, para ella “la ética del cuidado y su interés en la voz y las relaciones es la ética del amor y de la ciudadanía democrática. También es la ética de la resistencia al daño moral” (Gilligan, 2013, 14). La capacidad de preocupación del ser humano y la eliminación del daño moral que supone este modelo binario hace que se pueda crear un sistema de justicia diferente. En palabras de Gilligan: “uno deja de ser resistente ante la injusticia cuando pierde la capacidad de empatía” (Gilligan, 2013, 9).

Por ello, es preciso que el cuidado complemente a la justicia. Para entenderlo, hay que tener en cuenta que “la diferencia no está entre la justicia y el cuidado, sino entre la democracia y el patriarcado” (Gilligan, 2013, 9). Así pues, la entrada de la ética del cuidado en la esfera pública constituye una revolución, puesto que el cuidado ya no sería

algo relegado a lo privado, sino que adquiriría una connotación pública.

Las aportaciones de Gilligan son muy importantes porque favorecieron que los cuidados dejaran de ser relegados a las mujeres y, por consiguiente, al ámbito privado. Así pues, esto ayudó a que se profesionalizaran los cuidados. Sin embargo, el problema aún no está resuelto porque sigue existiendo un sesgo de género en la ejecución y comprensión de los cuidados. En los siguientes apartados se atenderá a estas cuestiones.

## **5. Los trabajos del cuidado**

Los trabajos del cuidado son diversos. Sin embargo, pueden ser conceptualizados según sean retribuidos o no. Esto da lugar a que existan los trabajos del cuidado informales, es decir, no retribuidos y los trabajos del cuidado formales, esto es, pagados. Dentro de estos encontramos los trabajos del cuidado profesionalizados.

En primer lugar, hay que entender que el cuidado informal alude a los cuidados proporcionados dentro del hogar, esto es, los vinculados al ámbito doméstico. Estos pueden ser vinculados a los niños y/o a los adultos, ya sean dependientes o no. Este cuidado es invisible e históricamente siempre ha sido asumido por la mujer.

Las mujeres siguen propiciando toda serie de cuidados en el ámbito privado. Este cuidado informal asume además los cuidados de la salud: se hace cargo del cuidado de los enfermos y de las personas dependientes del ámbito familiar.

El sistema, al mantener y privilegiar los roles de género y al no priorizar los cuidados, hace que el ámbito privado siga invisibilizado. Las mujeres siguen asumiendo la mayoría de la carga en el hogar de forma altruista, sin ningún reconocimiento y sin ninguna remuneración. Por ejemplo, en Europa esto se ha agudizado con el envejecimiento de la población. Según el estudio recogido por María Ángeles Durán en *El trabajo no remunerado en la economía global* (2012), el 91% de las españolas sienten la obligación de cuidar de las personas mayores dependientes dentro de su círculo familiar (Gilligan, 2013, p. 90).

Estos condicionantes han dado lugar a lo que se ha denominado la “generación sándwich, aquellas que se ven obligadas a cuidar, de manera simultánea, a sus descendientes y a sus

ascendentes. Dichas mujeres son, en estos momentos de crisis como lo fueron en otros momentos de bonanza económica, las principales proporcionadoras de bienestar cotidiano” (Gilligan, 2013, p. 88). Sin embargo, como todo se puede comprar en el mercado, las familias más pudientes están demandando (comprando) el servicio de cuidados. Estos cuidados son asumidos de nuevo por ellas. Las mujeres inmigrantes son las protagonistas de este nuevo servicio de cuidados.

Estas mujeres dan un servicio fundamental de una forma desregularizada y, en muchos casos, sus condiciones “laborales” rozan la explotación. Sin embargo, ya entrarían dentro de los denominados cuidados formales por ser retribuidos. En consecuencia, este tipo de cuidados formales no hace más que agravar la cuestión, pues no se trata solo de un problema estructural donde los roles de género son fundamentales, sino que también hay que entrelazarlo con las cuestiones de clase y de raza.

Por otro lado, es cierto que los “estados del bienestar” han creado infraestructuras para abordar algunos cuidados. Un ejemplo de ello son los sistemas sanitarios. Esto ha dado lugar a que exista una profesionalización del cuidado.

Esta profesionalización entraña una serie de problemáticas que se verán en los apartados siguientes. El ejemplo más significativo es el de la enfermería. Esta profesión históricamente ha sido relegada a las mujeres por lo que los cuidados también han sido invisibilizados en estas. Sin embargo, antes de abordar esta cuestión es importante entender lo que es una profesión y, por tanto, la diferencia que hay entre “ética del cuidado” y “ética de los cuidados”. En consecuencia, el siguiente apartado dará cuenta de estas cuestiones.

## **6. Profesionalización de los cuidados**

### **6.1. Definición y características de una profesión**

El profesor Diego Gracia, en el capítulo “Ética y responsabilidad profesional”, recogido en *La responsabilidad de los médicos y los centros hospitalarios frente a los usuarios de la sanidad pública y privada* (1994), trata esta cuestión. El profesor Gracia explica que en la actualidad ha habido una distorsión en el concepto, pues ahora todos los trabajos

son considerados profesiones, sin incurrir en la diferencia sustancial que existe entre estos.

Esta diferencia se basa principalmente en los tipos de responsabilidad. Las profesiones asumen una responsabilidad moral que no pueden eludir, a parte de la responsabilidad jurídica. Por otro lado, el resto de las actividades que solo asumen la responsabilidad jurídica son lo que se conoce como oficios. En palabras de Gracia: “la primera rige fundamentalmente nuestras obligaciones para con los demás, y la segunda para con nosotros mismos” (Gracia, 1994, p. 52).

El sociólogo estadounidense Talcott Parsons mostró unas características propias de las profesiones. Parsons llega a estas características porque están orientadas a la comunidad. Debido a lo cual, deben reunir unas características propias: “universalismo”, la actividad se orienta hacia cualquiera que lo pueda necesitar sin distinción alguna; “especificidad funcional”, necesita una especialización; “neutralidad afectiva”, trata de la objetividad en el desempeño de la actividad y, por último, “orientación al bien de la comunidad”, la finalidad no es el beneficio económico sino el propiciar el bien hacia la comunidad (Feito, 2000, p. 180).

Por otro lado, la profesora Feito también enriquece el debate a través de las aportaciones que hizo Adela Cortina en *Claves de razón práctica* (1997). Cortina desarrolla una serie de rasgos prototípicos que son característicos de las profesiones. Si se llegan a aunar todos ellos, estamos hablando de la idea más pura de profesión.

En primer lugar, Cortina entiende que los profesionales prestan un servicio específico a la sociedad, de forma institucionalizada. “Ese servicio debe ser: a) único, solos los profesionales pueden ejercerlo (de ahí que puedan reclamar su derecho a que no haya intrusismo); b) con prestaciones claramente definidas que la sociedad conozca y c) indispensable, algo necesario para la sociedad” (Feito, 2000, p. 181). En segundo lugar, la profesora Cortina sostiene que los profesionales que se dedican a estas actividades deben hacerlo de una forma vocacional. En tercer lugar, comprende que este ejercicio de la profesión debe ser entendido como su medio de vida por el cual los profesionales merecen una retribución. En cuarto lugar, estos deben tener una autonomía propia en el ejercicio de la profesión. La profesora Cortina entiende que se debe obtener un control monopolístico. En quinto lugar, el ejercicio de la profesión se produce cuando se ha

desarrollado una gran formación tanto a nivel teórico como práctico. La forma de acreditar al profesional pasa por la obtención de unos estudios altos reglados. En sexto lugar, los profesionales elaboran códigos deontológicos como un sistema de autorregulación puesto que parten de una autonomía propia. En séptimo lugar, Cortina determina que son los únicos responsables su ejercicio profesional. En palabras de la profesora Feito: “los profesionales son responsables de los actos y técnicas de su profesión” (Feito, 2000, p. 182). Y, en octavo y último lugar, llega a la conclusión de que la razón por la que estos profesionales desarrollan ese tipo de actividad es por favorecer a la comunidad y no propiamente por intereses económicos.

La profesora Feito define la profesión como “una acción que implica la conciencia personal del compromiso, basada en una autonomía moral que se sustenta en la constitutiva capacidad moral del ser humano” (Feito, 2000, p. 179). También resalta el sentido vocacional de estos profesionales.

Tener presente la diferencia que existe entre las profesiones y los oficios es importante porque refleja que existe una responsabilidad moral, un compromiso que está por encima de las leyes establecidas. De ahí que los profesionales deban regirse por unos valores y unos principios propios. En consecuencia, es necesario que exista una ética profesional.

## **6.2. Ética profesional**

Feito entiende que “la ética profesional no es un añadido, sino algo intrínseco a la misma, que la define, le dota de sentido y justifica su existencia y su valor” (Feito, 2000, p. 184).

En base a esto, es importante tener presente que la ética profesional no se puede basar solo en los códigos deontológicos ya que estos son insuficientes. Los códigos deontológicos se basan en el deber, es decir, en el cumplimiento de unas normas. En cambio, los códigos éticos asientan el nivel de la responsabilidad moral. Un compromiso moral que se rige por su propia conciencia. Por tanto, la ética profesional tiene que estar formada por un código deontológico y un código ético.

La ética profesional debe tender a unos máximos de calidad. En palabras de la profesora Feito: “la responsabilidad moral en la actualidad no puede ser entendida sin la búsqueda de la excelencia, y esta es un compromiso de calidad y buen hacer” (Feito,

2000, p.192).

Así pues, diferencia entre la “ética de los cuidados” y la “ética del cuidado”. La primera atiende “al buen quehacer profesional de quienes cuidan, abordando las tareas concretas de los profesionales que las desempeñan” (Feito, 2017, p. 33). No obstante, la ética del cuidado es algo más, entraña todo el marco de fundamentación. Se basa en “un trabajo de argumentación razonada sobre los sustentos de una cierta manera de hacer ética” (Feito, 2005, p. 168). Por tanto, la ética del cuidado está vinculada con una ética de la responsabilidad<sup>7</sup> y una ética de la virtud. Esto sucede porque la ética del cuidado recupera la responsabilidad, el compromiso ante el vulnerable, las emociones, la interrelación, la empatía, entre otros aspectos.

En consecuencia, la ética profesional de los cuidados necesita que se desarrollen ciertas actitudes y competencias morales que busquen constantemente un ideal de perfección. En el siguiente apartado se abordará esta cuestión.

### **6.3. Elementos, rasgos y actitudes: hacia un cuidado profesional de calidad**

En este punto se hará un recorrido por diferentes autores para intentar dilucidar cuáles son los elementos, los rasgos y las actitudes morales que se tienen que dar para que los profesionales sociosanitarios desarrollen de su actividad de tal forma que puedan llegar a

---

<sup>7</sup> La ética de la responsabilidad fue impulsada por el filósofo alemán Max Weber en su obra *El político y el científico* (1967). En esta obra, el profesor Weber, reconcilia la “ética de la convicción” y la “ética del poder” a través de la “ética de la responsabilidad”. Lo que ha predominado hasta las últimas décadas ha sido una ética de la convicción. En el ámbito sanitario esto se traduce en la obediencia absoluta a la autoridad del médico. La ética de la convicción, por tanto, concede valor moral a los fines, pero no a los medios. Sin embargo, la ética del poder es todo lo contrario, es decir, toma los medios como fines en sí mismos. En consecuencia, Max Weber propone la ética de la responsabilidad como una forma de conciliar ambas éticas. Toma la ética de la responsabilidad como “una forma de realizar los fines a través de los medios que se tengan” (Gracia, 2004). Por lo tanto, aboga por la idea de *phrónesis* aristotélica. Es necesario analizar las consecuencias, actuar con cautela y siempre partir de la prudencia.

La filosofía de Weber va sentando precedentes hasta llegar a la ética de la responsabilidad actual. Por ejemplo, Hans Jonas partirá de este análisis de las consecuencias weberiano. La filosofía de Carol Gilligan también sería muy representativa en este aspecto porque resalta cómo las mujeres han sido históricamente reducidas a la obediencia. Diego Gracia destaca, a partir del trabajo de estos autores y, principalmente, de Gilligan, cómo los hombres estaban más cercanos a la ética de la convicción y las mujeres más cercanas a la ética de la responsabilidad.

la excelencia profesional.

En primer lugar, es interesante resaltar las aportaciones de la profesora Joan Tronto. Su filosofía está basada en cuidar con responsabilidad. Sin embargo, es consciente de que este cuidado necesita ser desarrollado de tal forma que tenga presente todo lo que engloba el cuidado<sup>8</sup>. Por esta razón, desarrolla siguientes cuatro fases del cuidado: la primera fase, hace referencia al “*caring about*” (‘preocuparse por’): se trata del reconocimiento de nuestras necesidades para poder satisfacerlas. La segunda fase es el “*caring for*” (‘hacerse cargo de’). En esta fase hay una aceptación de responsabilidad con los otros. La tercera fase la denominaron “*care giving*” (‘dar cuidado’). Esta fase trata del ejercicio real de cuidar. La cuarta fase es nombrada como “*care receiving*” (‘recibir el cuidado’). Esta fase refiere a la capacidad de recepción de los cuidados y a las competencias que se crean alrededor de ellos. A su vez, entiende que las fases deben de combinarse con cuatro elementos del cuidado: atención (*attentiveness*), responsabilidad (*responsability*), competencia (*competence*) y, responsividad (*responsiveness*). Tronto comprende que es importante que se den estos elementos para que el cuidado sea efectivo, dicho de otro modo, para que atiendan las “necesidades físicas, psicológicas, culturas y espirituales del paciente” (Feito, 2017, p. 38), como bien indica la profesora Feito.

Asimismo, es oportuno destacar la postura de Nel Noddings porque hace una defensa del cuidado por encima de todo, es decir, su filosofía se basa en que el cuidado es lo primordial. Así, describe tres elementos relacionados con el cuidado: el primero elemento es la receptividad (*receptivity*), el cuidador debe tomar en cuenta las necesidades, deseos, etc. de la persona que va a cuidar; el segundo es la conexión (*relatedness*), este elemento tiene que ver con la necesidad de que exista una respuesta por parte del profesional y, por último, el tercer elemento se basa en la responsividad (*responsiveness*), esto hace alusión al compromiso que adquiere el profesional con la persona a la que cuida. Noddings entiende que esto se produce de una forma “natural”.

Este cuidado “natural” puede resultar insuficiente en el plano profesional puesto que este debe tender hacia una ética de máximos. Aludiendo a esta cuestión, la profesora Feito sostiene lo siguiente: “deben ser modulados por el ‘cuidado ético’, lo cual supone que se proyecta un ideal de perfección moral, un modo de realización personal y profesional,

---

<sup>8</sup> Esta idea se desarrollará en el apartado octavo de este trabajo.

que se exige como determinación del mejor cuidado, en ausencia de una motivación espontánea modulada por el cuidado natural” (Feito, 2017, p. 39).

Por otro lado, Feito, a través de los estudios desarrollados por Adela Cortina en *Ética y legislación en enfermería. Análisis sobre la responsabilidad profesional* (1997), señala diferentes actitudes que deben tener los profesionales sociosanitarios: “compasión por el sufrimiento del paciente, actitud vocacional, sentimiento de responsabilidad, capacidad de comunicación y capacidad para incentivar la autonomía y la mejora del paciente, competencia técnica y autonomía” (Feito, 2017, p. 42).

Por otra parte, es significativo el modelo profesional de la profesora Carol R. Taylor dado que este puede orientar bastante el debate por las conexiones que hace. Esta autora establece seis condiciones necesarias: “afecto”, “cognición”, “volición”, “imaginación”, “motivación” y “expresividad de la acción”. Estos elementos los enlaza con las virtudes y las obligaciones morales de los profesionales. Estas pueden apreciarse en la tabla que proporciona la profesora Feito en “Ética del cuidado en las profesiones socio-sanitarias” (Feito, 2017, p. 44):



**Tabla: Elementos del cuidado profesional y virtudes relacionadas y obligaciones morales**

Elemento	Virtud(es)	Obligación(es) moral(es)
Afectivo	Respeto, compasión, atención terapéutica	— Practicar la profesión de modo que permita ser receptivo a las experiencias de los pacientes y sus familiares y amigos.
Cognitivo	Honestidad intelectual, humildad, sabiduría práctica	— Practicar con el conocimiento requerido por las responsabilidades profesionales. — Buscar ayuda cuando la competencia propia es inadecuada a las nuevas y cambiantes responsabilidades profesionales. — Apoyar a otros miembros del equipo de cuidadores para una práctica responsable. — Evaluar críticamente los avances científicos a la luz de su capacidad para contribuir al bienestar humano. — Evaluar los regímenes de tratamiento, sistemas de cuidado, y política sanitaria en cuanto a su capacidad para producir el bienestar de los pacientes concretos y del conjunto de la población.
Volitivo	Consideración, ser digno de confianza	— Mantenerse responsable del bienestar humano de los pacientes asignados al cuidado de uno. — Responder a la necesidad humana en un grado acorde con las responsabilidades profesionales.
Imaginativo	Empatía	— Compartir empáticamente las experiencias de los pacientes y sus familiares y amigos.
Motivacional	Altruismo (subordinación del interés propio al cuidado del paciente)	— Hacer del bienestar de los pacientes la preocupación profesional primaria. — Sopesar el autocuidado apropiado con las responsabilidades de cuidado profesional de modo que no ponga en peligro el bienestar de los pacientes o los colegas.
Expresivo	Cuidado	— Interactuar con los pacientes, sus familiares y amigos, y los colegas de modo que se perciba que uno es respetuoso y que afirma la dignidad humana.

Basándose en todas estas propuestas, la profesora Feito recoge unos “rasgos morales” que, a su juicio, son los que deberían tener los profesionales sociosanitarios para desarrollar correctamente su trabajo. Los rasgos que señala son los siguientes: “respeto a la realidad del otro y a su dignidad”, “actitud de cuidado”, “comunicación”, “competencia” y “colaboración profesional” y, por último, “autonomía y responsabilidad”. Para Feito “estos rasgos recogen esos elementos de compromiso y responsabilidad que se han destacado como elementos nucleares de la ética del cuidado, afirman el respeto a la biografía única y peculiar del individuo, y reclaman un espacio de especialización profesional para quienes desarrollan esta labor, siempre dinámica y cambiante, siempre humanizadora” (Feito, 2017, p. 45).

Por último, es interesante señalar las siete tesis del cuidar que señala el profesor Torralba. Estas tesis se basan en la idea de que estas son esenciales para la supervivencia del ser humano. Las siete tesis se recogen en “Esencia del cuidar. Siete tesis” y se basan en lo siguiente: primero, “respeto a la autonomía del otro”; segundo: “conocimiento y

comprensión de las circunstancias del sujeto cuidado”; tercero: “análisis de las necesidades del sujeto a cuidar”; cuarto: “capacidad de anticipación”; quinto: “respeto y promoción de la identidad del sujeto cuidado”; sexto, “auto-cuidado como garantía de un cuidado correcto” y, por último, la “vinculación empática con la vulnerabilidad del otro” (Torralba, 2005, p. 893).

En conclusión, todas estas propuestas pueden ser asociadas a una ética de la virtud porque defienden el cultivo de unas actitudes. Esto ha potenciado que los profesionales de los cuidados puedan tender hacia la calidad en el desarrollo de su actividad, es decir, hacia una excelencia profesional. Sin embargo, esto no resulta tan sencillo debido a que existen ciertas limitaciones y problemas en torno a los cuidados. En el siguiente apartado se intentará dar cuenta de ellos. Así como se ofrecerá algunas posibles soluciones.

## **7. Los límites y los problemas de los cuidados en las profesiones sociosanitarias: posibles soluciones**

Los problemas y los límites que encierran los cuidados en las profesiones sociosanitarias son diversos a la par que complejos. Así pues, la idea es abordar algunos de los más sobresalientes.

### **7.1. Conceptualización del cuidado y ética del cuidar**

La conceptualización del cuidado es del todo problemática. Los valores sociales, políticos y las cuestiones de género dificultan notablemente esta cuestión, pero también lo hace, por ejemplo, la incapacidad de poner medir los cuidados, “cómo medir su eficiencia, cómo determinar qué peso deben de tener dentro del conjunto de la atención sanitaria es un gran reto” (Domínguez, C. et al., 2018, p. 41).

La profesora Anne Davis afirma en “El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar” (2006) que el problema en la definición va más allá puesto que el concepto de cuidar es bastante amplio, “podría incluir un conjunto de comportamientos basados en el interés, la compasión, la preocupación, el cariño, el

afecto, el compromiso con las personas, el ser cuidadoso y estar atento a los detalles, el responder con sensibilidad a la situación en la que se encuentre el otro, el escucharle, y otras características aún por identificar” (Davis, 2006, p. 7). Esto ha presupuesto que muchas autoras lleguen a la conclusión de que la ética del cuidado tiene que ver con una ética de la virtud. La profesora Feito hace hincapié en que el ejercicio de ese cuidado requiere algo más, es decir, precisa “el desarrollo de una virtud moral” (Feito, 2017, p. 46). Para Feito “los profesionales sociosanitarios se enfrentan al reto del cuidado como proceso de humanización” (Feito, 2017, p. 47). Esto supone asumir una responsabilidad y una ética profesional que tienda hacia la excelencia, como ya se ha comentado en el punto anterior.

El problema es que no solo la propia conceptualización del cuidado resulta problemática, sino que también lo es la conceptualización de esas actitudes morales. En consecuencia, hace falta una deliberación conjunta para que se pueda tender a esa ansiada excelencia dentro de las profesiones del cuidado. Esta cuestión involucra a los códigos éticos. Por ello, el siguiente apartado se centrará en ellos.

## **7.2. Los códigos éticos**

Los códigos deontológicos solo abarcan la dimensión normativa por lo que habría que abogar por los códigos éticos ya que estos buscan un desarrollo de calidad en su ejercicio y, por tanto, la excelencia en su actividad. Sin embargo, estos pueden ser problemáticos por las siguientes razones:

1. La primera es que requiere un respaldo institucional. Esto supone que pueda existir un conflicto entre el comportamiento ético individual y el de la institución.
2. La segunda cuestión es que estos códigos están alejados de la *praxis*, en la mayoría de los códigos no se especifica cómo llevar a cabo lo que proponen. Según Joan Tronto y Helen Kohlen esto se produce porque “ello no puede concretarse en un código” (Domínguez, C. et al., 2018, p. 23).
3. En tercer lugar, se encuentra la interpretación de estos. Este problema ha dado lugar a que se desarrolle una angustia moral. “La angustia moral surge cuando las enfermeras, o estudiantes de enfermería, sienten una disociación entre sus valores

morales y las prácticas que ven llevar a cabo a su alrededor en el mundo profesional real”<sup>9</sup> (Domínguez, C. et al., 2018, p. 24).

4. Por último, hay que atender de nuevo a la invisibilización de los cuidados en estos códigos.

Las profesoras Tronto y Kohlen llegan a la conclusión de que la ética del cuidado podría superar muchos de estos problemas. Sin embargo, no son partidarias de que se haga necesariamente desde los códigos éticos. “Mientras que los códigos de ética son una buena herramienta para describir las aspiraciones morales, son declaraciones de principios. No son una práctica, y no pueden hacerse revivir. Para que esto suceda, es necesario hacer otras cosas y, en este sentido, la ética del cuidado es una herramienta esencial para mejorar nuestra vida ética cotidiana, tanto en el ámbito individual como en el institucional y público” (Domínguez, C. et al., 2018, p. 31).

No obstante, sugieren que los códigos éticos podrían ayudar de la siguiente forma: en primer lugar, pueden aunar un conjunto de valores compartidos; en segundo lugar, pueden ayudar a la creación de una “guía moral” que recoja estos valores compartidos; en tercer lugar, esta guía luego puede aplicarse en la enseñanza de los futuros profesionales; en cuarto lugar, pueden servir como punto de partida en el diálogo ético; en quinto lugar, pueden ser un soporte a nivel legal; en sexto lugar, pueden servir para reevaluar las diferentes prácticas profesionales; en séptimo lugar, las autoras entienden que a través de estos códigos se puede conseguir un mayor compromiso y, por último, creen que los códigos pueden invitar a la reflexión dentro de los profesionales (Domínguez, C. et al., 2018, pp. 22-23).

Por otra parte, es conveniente desplazar el debate de las cuestiones anteriores para abordar tres temas que son fundamentales y que sin duda enriquecerán mucho la comprensión y limitación de los cuidados en las profesiones sociosanitarias. Los temas según los siguientes: las cuestiones relativas a la enfermería, el lenguaje profesional y la enseñanza de los cuidados.

---

<sup>9</sup> Hay que señalar que, aunque estas autoras aluden concretamente a la enfermería, la angustia moral se desarrolla en todos los profesionales sociosanitarios.

### 7.3. Cuestiones relativas a la enfermería

Los cuidados, como ya acentuó Carol Gilligan, estaban supeditados al ámbito privado por lo que eran totalmente invisibilizados por los roles de género. Este desarrollo histórico, esta separación binaria del género, ha provocado que las profesiones sociosanitarias igualmente estén atravesadas por ello. Por lo que dentro de estas sigue existiendo una relación de poder entre la medicina y la enfermería. La enfermería históricamente ha sido asumida por la mujer y, por eso, estas han asumido la mayor carga los cuidados en el ámbito sanitario. El médico era “el principal actor y el tratamiento de las enfermedades era el principal objetivo” (Domínguez, C. et al., 2018, p. 40). Existía una separación muy evidente entre “curar” y “cuidar”. El primero, asumido por los médicos y, el segundo, asumido por las enfermeras. Lo curioso de todo es que si se atiende a la raíz etimológica tanto del verbo latín *curo* como del sustantivo *cura* (Torralba, 2006, pp. 79-81) (Feito, 2000, pp. 34-38), ambos términos hacen alusión al cuidado. En consecuencia, es lógico que el ámbito sanitario deba ocuparse de cuidar y de curar, pero no de esta forma jerárquica por los roles de género e invisibilizada por ellos.

Dentro de estas cuestiones se deben señalar los problemas éticos más destacados dentro de la enfermería. La profesora Feito en *Ética profesional de la enfermería* (2000) hace alusión concretamente a tres: a la autonomía moral de la enfermera, a las decisiones éticas al final de la vida y, por último, a la comunicación con el paciente.

La primera cuestión refiere justamente a la relación de subordinación que existe entre el médico y la enfermera. Esto ha hecho que, hasta hace nada, su labor se basara principalmente en obedecer al médico, por lo que “su capacidad de decisión y de responsabilidad eran prácticamente nulas” (Feito, 2000, p. 197). Esto ha provocado que no haya tenido la autonomía que le es propia por el sentido mismo de su profesión. Durante las últimas décadas se ha trabajado mucho esta cuestión, demandando el lugar propio de la enfermería y, así, una autonomía propia en el desarrollo de su profesión.

La segunda cuestión que trabaja la profesora Feito son las decisiones al final de la vida. Estas son del todo complejas y requieren de los máximos cuidados. Por eso, entiende que “la enfermera debería ser considerada la máxima autoridad (...) Por ejemplo, en pacientes terminales ingresados en unidades de cuidados paliativos es claro que la intervención médica es poca. Sin embargo, el cuidado ha de ser el máximo en sus múltiples facetas,

desde la más básica de cuidados físicos hasta las más complejas de comunicación y acompañamiento en los momentos previos a la muerte” (Feito, 2000, pp. 202-203). Esto hace entender el papel determinante de la enfermería y la responsabilidad que lleva consigo. En consecuencia, su autonomía debería de estar más que reconocida.

Por último, Feito señala la comunicación con el paciente. Esto es determinante para que se puedan desarrollar los proyectos vitales de cada paciente. Por ello, Lydia Feito entiende que es necesario poner “todas las herramientas que estén a su alcance para que el sujeto pueda realizar su vida” (Feito, 2000, p. 207). Esto supone definir cuáles son estas “herramientas” en su totalidad. Esto implica trascender a la propia enfermería y reflexionar sobre la cobertura del sistema, los medios que pone este a disposición de la enfermería y redefinir las estructuras, con el fin de que exista una cobertura suficiente para desarrollar de forma efectiva su actividad. Un ejemplo de ello es bajar la ratio de pacientes por enfermera. “Las ratios enfermera-paciente en nuestro país (España), actualmente están por debajo de otras directrices de países europeos. Estudios actuales demuestran que los pacientes reportan mejores experiencias en hospitales en los que los entornos son más favorecedores y con un menor número de pacientes por enfermera” (Domínguez, C. et al., 2018, p. 45).

Ante esta situación Montserrat Busquets, Pilar Delgado, María Jiménez, Susana Santos y Ángela Vila en el libro en *El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado* (2018) presentan una serie de estrategias para favorecer la visibilización del cuidado. Estas estrategias se resumen en las siguientes ocho ideas:

1. La primera propuesta que presentan trata de “incrementar la presencia de las enfermeras en el ámbito político, tanto en participación como en representación, para poder impulsar procesos que tengan en cuenta las necesidades, contribuciones y perspectivas de los actores implicados” (Domínguez, C. et al., 2018, p. 45).
2. Entienden que en el ámbito académico se debe producir estrategias conjuntas para visibilizar el cuidado y que este tenga un gran peso dentro de los currículos académicos de los futuros profesionales.
3. En el ámbito asistencial creen necesario la toma de contacto directa con los pacientes y sus familiares. Así como “realizar campañas de sensibilización sobre

- la importancia de los cuidados en la salud” (Domínguez, C. et al., 2018, p. 46).
4. Abogan por incentivar las líneas de investigación en esta área. Concretamente en “demostrar la aportación del cuidado y de la práctica enfermera en la salud de las personas (...) Realizar una difusión de los resultados de investigación enfermera no solo a la comunidad científica sino también a políticos, gerentes y ciudadanía” (Domínguez, C. et al., 2018, p. 46).
  5. En consonancia con la idea anterior, instan a que los órganos colegiales también vayan en sintonía con esta idea.
  6. Por otro lado, entienden que esto es algo que además tiene que llegar a la ciudadanía. Es necesario que esta entienda el valor de los cuidados y la importancia de la enfermería. En función de esto, proponen hacer marketing. “Explicar con buenas estrategias y asegurar que alguien recoja el mensaje (acción política y presencia en los medios de comunicación)” (Domínguez, C. et al., 2018, p. 46).
  7. La siguiente idea se basa en realizar cuestionarios que puedan evaluar la asistencia y servir para enriquecer el debate. Esta idea la rescatan de la profesora Tronto: “Tronto se refiere a la importancia de utilizar instrumentos de cuestionamiento participativo, como los espacios de reflexión creativos ‘*Creative discursive spaces*’, muy potentes y clave para producir cambios; de los resultados de estos espacios de discusión surgen recomendaciones para los profesionales y las instituciones” (Domínguez, C. et al., 2018, p. 46).
  8. Por último, señalan la figura clave del gestor. Entienden que es fundamental para que se visibilicen los cuidados. Si los gestores impulsan un liderazgo diferente en la enfermería, las enfermeras podrán organizarse de forma que su actividad profesional pueda desarrollarse de manera conjunta y planificada. Esto supondría romper las jerarquías existentes, por ejemplo.

Unas aportaciones muy interesantes que sin duda podrán impulsar la visibilización de los cuidados y de la enfermería.

#### **7.4. El lenguaje profesional**

En la obra *El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado*, Rosa Rifà y Carmen Espinosa abordan la problemática que suscita el no tener un lenguaje profesional en las profesiones de cuidados. Específicamente se centran en la enfermería por ser la profesión de cuidados por excelencia. Para ello, comienzan con la famosa afirmación que hace el filósofo Ludwig Wittgenstein en la proposición 5.6. de su obra cumbre: *Tractatus logico-philosophicus* (1921). La cita dice así: “los límites de mi lenguaje significan los límites de mi mundo”.

Comienzan con esta cita porque ilustra perfectamente el problema. La falta de un lenguaje propio, es decir, de un lenguaje reconocido y aceptado por todos, hace que no exista una identidad profesional que manifieste el valor y el sentido de los cuidados en estas profesiones. Concretamente, en la enfermería es donde es más problemático debido a que esta falta de identidad hace que su profesión no goce de una autonomía plena y siga supeditada a ciertos roles jerárquicos entre medicina y enfermería (Domínguez, C. et al., 2018, p. 35).

El principal problema que existe es la falta de consenso en la definición de la propia profesión, de los cuidados, de su valor y del impacto en la mejora y en la atención de los pacientes. Por consiguiente, la ausencia de un lenguaje estandarizado y reconocido por todos hace que los cuidados sigan invisibilizados en gran medida. Y, por ende, que esta invisibilización igualmente se produzca en la enfermería.

#### **7.5. La enseñanza de los cuidados**

Por último, es interesante resaltar la pregunta que se hace la profesora Anne Davis: “¿puede enseñarse el cuidar?” (Davis, 2006, p. 14). Contestar a esta pregunta parece del todo problemático si no se resuelven las limitaciones citadas anteriormente.

Resolver las cuestiones planteadas es necesario para abordar la enseñanza de los cuidados. Sin embargo, es interesante ponerse en el supuesto en que estos ya estuvieran resueltos: entonces, ¿sería suficiente? Tras esta pregunta se abre un abismo de interrogantes. La profesora Davis, en referencia a la enfermería afirma lo siguiente: “una cosa es entender



la ética de la enfermería desde el punto de vista intelectual; otra bastante diferente es integrarla dentro de uno mismo y convertirla en una parte central de nuestro ser de tal manera que resulte natural ver y pensar sobre problemas éticos en el día a día del ejercicio de la enfermería” (Davis, 2006, p. 17).

La enseñanza de los cuidados podría resolverse, ciertamente, mediante un cambio de paradigma. Si los cuidados fueran algo sistemático, es decir, si se produjese una interiorización de los cuidados a nivel socio-político todo sería más sencillo. Sin embargo, la metodología y la pedagogía que se debería de aplicar sigue siendo una cuestión a tratar y del todo problemática.

En conclusión, aunque estos no son los únicos problemas a los que se enfrentan los cuidados dentro del ámbito sociosanitario sí que pueden ser considerados como los más urgentes por resolver. No obstante, más allá del ámbito sociosanitario y de las cuestiones de género, los cuidados se ven limitados por la propia dinámica de los sistemas neoliberales. Por ello, es necesario entender la problemática que existe y si existe la posibilidad de un cambio de paradigma. El siguiente apartado dará cuenta de estas últimas cuestiones.

## **8. La dimensión política de los cuidados: un cambio de paradigma**

La profesora Joan Tronto concibe los cuidados como algo necesario que puede suponer un cambio de paradigma a nivel político. Parte de que “los seres humanos vivimos en relaciones mutuas de cuidado. Las realidades políticas, económicas y sociales que se niegan a reconocer este punto de partida son simplemente poco realistas. Lo utópico es el fundamentalismo de mercado, y no el deseo de crear condiciones sociales que permitan florecer los cuidados mutuos” (Domínguez, C. et al., 2018, p. 9).

Tronto llega a esta conclusión porque tras analizar el sistema neoliberal actual se da cuenta de que lo que prima son los intereses del mercado y que los cuidados son históricamente relegados al ámbito privado. Los pocos cuidados que se han dado en el “estado de bienestar” también son reducidos al mercado al final. Esto no significa que, como bien aclara, “el capitalismo no haya producido abundancia, ni que resulte negativo

tener bienes materiales y riquezas. Lo que afirmo, igual que han hecho economistas feministas y otros antes que yo (por ejemplo, Gibson-Graham), es que el capitalismo no es el estado ‘natural’ de una economía ni el resultado histórico ‘neutral’ del progreso de la civilización humana” (Domínguez, C. et al., 2018, p. 9).

La aclaración que hace Tronto es del todo acertada dado que es verdad que los estados, a lo largo de las últimas décadas, han creado una serie de infraestructuras que dan cuenta de ciertos cuidados: la educación, la salud o el sistema de pensiones son un buen ejemplo de ello. De hecho, esto ha provocado cierta profesionalización de los cuidados. Sin embargo, Tronto resalta cómo el “estado de bienestar” que presenta el neoliberalismo es limitado al primar el mercado por encima de todo.

La profesora estadounidense denuncia que la mano de obra, es decir, las personas, no puede ser reducidas a mercancía, puestas al nivel de algo material porque este no es un estado natural. Por encima de cualquier mercancía están las personas, con una dignidad propia que debe ser respetada por todos. En palabras de Joan Tronto, “el supuesto de que los humanos somos criaturas de mercado malinterpreta la naturaleza humana. En lugar de pensar en las personas como *homo economicus*, tiene mucho más sentido entenderlas como *homines carens*, es decir, como personas que viven en relaciones de cuidado mutuo” (Domínguez, C. et al., 2018, p. 11).

Esta forma de entender a los seres humanos haría que las personas nunca más tuvieran que enfrentarse situaciones como las actuales. Por ejemplo, no tener una cobertura médica o la pobreza. Tronto comprende que cuando la capacidad económica limita la vida es necesario pararse a reflexionar sobre esto. Sin embargo, Tronto es consciente de que esto es muy complicado debido a que el sistema neoliberal tiene un discurso muy eficaz. Se tiene la idea de que los cuidados pueden estar al alcance de todos. Esta idea ficticia nace de la idea aprehendida del mercado, es decir, de que los cuidados están ahí. Todos los cuidados que necesitan las personas los pueden encontrar en el mercado. Por lo que el sistema da a entender que no hay problema: los cuidados pueden ser alcanzados en el mismo. Sobre esta cuestión, la profesora Tronto resalta lo siguiente (Domínguez, C. et al., 2018, p. 13):

Este argumento resulta más difícil de mantener si tenemos en cuenta que la mayoría de la gente no puede permitirse pagar por su propio cuidado a lo largo de su vida. En este caso, el neoliberalismo aconseja confiar en la propia familia o en la caridad. Y en el

caso de aquellas personas que no disponen de suficientes recursos, la culpa de sus tribulaciones es solo suya. Por ejemplo, pueden argumentar que las personas que no pueden permitirse cuidados de calidad para sus hijos deberían haberlo pensado antes y, posiblemente, no haber tenido hijos. En resumen, el neoliberalismo ofrece una forma de comprender el mundo social que se basa principalmente en el mercado. Este punto de vista tiene fallos, pero los neoliberales los resuelven refiriéndose al mercado como solución a dichos problemas.

Todo este análisis hace que Tronto haga una fuerte defensa del *homines carens* por encima del *homo economicus* para posibilitar la vida de todos. Esto debería entenderse como algo esencial en los sistemas democráticos. “Colocar la asignación de las responsabilidades del cuidado en el centro de la vida política, en lugar de la producción económica, cambiaría profundamente nuestra manera de pensar y hablar sobre la política y la economía” (Domínguez, C. et al., 2018, p. 15). Básicamente supondría dar cuenta de las realidades humanas y no de las del mercado.

Con base en esto, Tronto propone el discurso del cuidado como una forma de superar el sistema neoliberal, para ello presenta varias directrices que son necesarias: en primer lugar, indica que “el cuidado democrático requiere que mantengamos siempre en el centro de nuestro análisis las dinámicas de poder existentes en las relaciones del cuidado, ya sea a nivel individual, institucional, social o global” (Domínguez, C. et al., 2018, p. 16). En segundo lugar, es importante tomar en cuenta la interdependencia humana. Esto supone resalta que todos los seres humanos necesitan cuidados a lo largo de su vida. En tercer lugar, indica que hay que tener presente que los cuidados que se demandan son diferentes a lo largo de la vida. No se necesita el mismo cuidado con tres años que con ochenta, por ejemplo. En cuarto lugar, el discurso del cuidado cambia radicalmente el concepto de igualdad. Tronto entiende que “tal desigualdad es solo un efecto ‘natural’ del trabajo de los mercados” (Domínguez, C. et al., 2018, p. 16). Por último, comprende el cuidado como una práctica. Esto hace que se deba someter a debate las propias jerarquías creadas en torno a los cuidados, así como que exista un aprendizaje del cuidado.

En consecuencia, Joan Tronto sugiere que “el cuidado sea visto como una actividad de la especie que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro ‘mundo’, para que podamos vivir en él lo mejor posible. Ese mundo incluye a nuestros

cuerpos, a nosotros mismos y a nuestro medio ambiente, buscando entre todos entretejer en una red compleja que sostenga la vida” (Domínguez, C. et al., 2018, p. 24).

Esta forma de entender los cuidados es lo que da forma a las cuatro fases de los cuidados que ya han sido mencionadas. Sin embargo, toda esta comprensión del sistema y de los cuidados hace que introduzca una quinta fase: “*caring with*” (creación de las condiciones adecuadas). Esta fase tiene unas connotaciones político-sociales debido a que comprende una sociedad comprometida con el cuidado del otro y que va generando una confianza mutua donde la solidaridad sea el pilar fundamental (Domínguez, C. et al., 2018, pp. 25-26).

En resumen, romper con las dinámicas del sistema liberal hace que las personas puedan estar en el centro y, en consecuencia, que los cuidados sean algo fundamental en las estructuras de los estados. Así pues, la ética del cuidado complementaría la incompletud de la ética de la justicia. En base a esta idea, Tronto propone un cambio de paradigma al abogar por un sistema democrático basado en los cuidados. Esto implicaría un cambio de paradigma sin precedentes ya que superaría el patriarcado y el sistema neoliberal, entre otras cuestiones.

Este cambio de paradigma podría abordar problemas globales como la crisis climática o el hambre en el mundo. El individuo ya no sería atravesado por la atomización que se produce en los sistemas liberales, sino que incorporaría la solidaridad entre las personas<sup>10</sup>. Al incorporar las emociones, la preocupación por el otro y la motivación como eje central de la dinámica de las sociedades se pone la vida en el centro. Por esta razón, Tronto aboga por un nuevo concepto de ciudadanía. Según la profesora Irene Comins, “una definición de ciudadanía que puede transformar el modo en que pensamos la vida pública y privada, el modo en el que entendemos la participación política” (Comins, I., 2015, p. 171). Al final no es otra cosa que una ciudadanía cuidadora. Esto implica una ciudadanía responsable consigo misma y con los otros.

Esto se evidencia mejor citando a la profesora Comins dado que recoge en unas líneas muy bien toda la teoría de la profesora Tronto en el artículo “La ética del cuidado en sociedades globalizadas: hacia una ciudadanía cosmopolita” (Comins, I., 2015, p. 175):

---

<sup>10</sup> Esto podría desarrollarse y no vincular solo a los seres humanos, sino que podría extenderse hacia los seres no humanos y a los ecosistemas.

La vida exige un gran caudal de amor, dirigido incluso a seres tan alejados de nuestra experiencia cotidiana que es menester un esfuerzo consciente para recordar su existencia, su co-existencia. La ética del cuidado en lugar de basarse en un modelo de individuo independiente y autosuficiente, concibe a las personas como inherentemente relacionales e interdependientes. En lugar de asumir que las relaciones sociales moralmente relevantes son las que iniciamos voluntariamente, reconoce la significatividad moral de las relaciones no escogidas entre personas de poder muy desigual en las que nos encontramos. La ética del cuidado fomenta prácticas como la construcción de confianza, la atención a necesidades reales y el abordaje de los conflictos de forma no violenta.

Por esta razón, la ética del cuidado implicaría una nueva concepción de la ética de la justicia puesto que le aporta elementos muy importantes como la solidaridad o las emociones, por ejemplo. Esto supone que la ética de la justicia, al incorporar la ética del cuidado, ya no anteponga los derechos individuales, sino que abogue por las relaciones de cuidados. En síntesis, como ya se ha explicado, no es otra cosa que una práctica democrática basada en los cuidados.

## **9. Conclusiones**

La situación de pandemia actual representa una oportunidad para que los cuidados avancen en las profesiones sociosanitarias, y no solo en estas. Esto se produce porque en este momento de máxima vulnerabilidad ha habido un reconocimiento común de los cuidados más allá del ámbito sanitario. Sin embargo, a la vez que se ha producido este reconocimiento, también se han visibilizado los problemas y las limitaciones que existen entorno a los cuidados.

Este marco hace que exista una necesidad por incentivar el debate de una forma más rigurosa. Por ello, ha sido necesario tratar la cuestión de los cuidados desde una dimensión más amplia. Así pues, este trabajo ha intentado hacer una revisión bibliográfica de los principales referentes relacionados con estas cuestiones con el objetivo de recuperar, a la luz de la situación social actual, el debate en torno a los cuidados. Como consecuencia, las conclusiones a las que se ha llegado son muy diversas por lo que comprenden diferentes dimensiones de la filosofía: filosofía política, ética y éticas aplicadas. A

continuación, se da cuenta de cada una de ellas:

Los cuidados necesitan ser pensados de una forma global. No se puede entender las problemáticas que estos encierran en las profesiones sociosanitarias si no se atiende a los problemas de género, a los problemas de clase, a las estructuras político-sociales de los estados y de los mercados. Si se dejan de lado estos aspectos, solo se puede alcanzar una comprensión parcial de los problemas y, debido a ello, no se llegarían a abordar cuestiones como las jerarquías entre la enfermería y la medicina o que sean las mujeres las más perjudicadas en la pandemia de la COVID-19, por ejemplo.

En consonancia con la idea anterior, hay que reiterar que para que la ética del cuidado se imponga en la esfera pública es necesario superar el sistema patriarcal y el sistema neoliberal. Hay que hacer hincapié en que la cuestión de los cuidados es un problema que abarca la esfera política. Por tanto, si no existe un reconocimiento de los cuidados a nivel político difícilmente se podrán desarrollar en las diferentes instituciones del Estado. Así pues, será imposible que los cuidados se desarrollen de forma favorable en las profesiones sociosanitarias. Es más, incluso siendo contemplados a nivel político, si el mercado sigue predominando por encima de las personas difícilmente se van a poder producir esas relaciones de cuidado y, en consecuencia, no se va a cuidar a las personas vulnerables en muchos casos. Muchas personas no van a poder florecer, es decir, no van a poder llevar a cabo su proyecto vital de vida.

Aunque la cuestión política de los cuidados ha sido tratada levemente en este trabajo por las dimensiones que conlleva. Se ha intentado dar una cobertura suficiente para se pueda entender lo que implica que el *hominis carens* no esté por encima del *homo economicus*.

Dejando de lado el análisis político, es importante resaltar también cómo la conceptualización del cuidado sigue siendo problemático. Sin embargo, se podría contemplar la posibilidad de llegar a rasgos comunes que sean compartidos por todos como ocurre con los Derechos Humanos, por ejemplo.

Por otro lado, una cuestión en la que hay que incidir es en la educación de los cuidados en las profesiones sociosanitarias. Resulta indispensable pararse a reflexionar en los métodos y las pedagogías que deben aplicarse. La profesora Davis ya enunció muchos de los problemas que encierra esta cuestión. Sin embargo, el debate tiene que continuar y enriquecerse para que los profesionales sociosanitarios puedan estar lo más capacitados

posible para desempeñar el ejercicio de los cuidados.

En relación con esta cuestión es necesario plantear si las profesiones del cuidado deben atender a una ética de la virtud como han ido apuntado los diferentes autores a lo largo de este trabajo. Estos entienden que, para que se produzca una buena asistencia, es necesario que se cultiven las actitudes que ya han sido mencionadas en el apartado 6.3. Si se sigue en esta línea, es importante que se continúe trabajando en la definición de estas.

Volviendo a la cuestión de la educación de los cuidados, es importante reflexionar sobre si la educación en cuidados se tiene que dar exclusivamente en las profesiones del cuidado o, en su defecto, sería necesario que toda la sociedad fuera educada bajo los cuidados. Actualmente, en España, existe una asignatura que es “Valores Éticos”. Sin embargo, es conveniente pensar en la necesidad de incluir en los currículos educativos una educación basada en los cuidados en los diversos niveles educativos. No obstante, la educación en cuidados estaría limitada por las razones que ya se han expuesto. Sin duda es un tema del todo problemático.

Por último, es imprescindible plantearse cómo seguir incentivando estos debates para seguir profundizando en ellos en aras de aportar posibles soluciones. Sería interesante aprovechar el momento de crisis actual para llevar el debate fuera de la academia, al igual que se ha hecho con otras cuestiones filosóficas. Si los ciudadanos entendiesen el valor de los cuidados en una dimensión amplia, sería más fácil que se pudieran impulsar los cuidados en la esfera pública. Es complicado alcanzar un cambio de paradigma tan ambicioso como el que plantea Joan Tronto, pero sí que se puede crear una demanda de los cuidados que se materialice en coberturas y políticas estatales. Y, con ello, una mejora en el ámbito sociosanitario.

En resumen, tal y como está concebido el sistema actual, es difícil llegar a dar una solución a los problemas de base. Sin embargo, sí que se pueden impulsar pequeñas acciones que hagan que se incorporen políticas de cuidados que den mayor cobertura a la sociedad. La crisis actual del coronavirus tiene que servirnos para aprender y avanzar hacia los cuidados con el objetivo, entre otros, de no volver a vivir una situación tan desgarradora como la actual.

## 10. Bibliografía

Comins, I. (2015). La ética del cuidado en sociedades globalizadas: hacia una ciudadanía cosmpolita. *Thémata*, 52, 159-178.

Davis, A. (29 de septiembre de 2006). El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar [Resumen de la presentación de la conferencia]. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, España.

Del Río, M., García, M. y Grupo de Alumnado de la Diplomatura de Especialización en Género y Salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública-Universidad de Granada (2020). Cuidado y la pandemia de COVID-19 desde una perspectiva de género. *Gaceta Sanitaria*, 1-4. DOI: 10.1016/j.gaceta.2020.05.006.

Domínguez, C., Kohlen, H. y Tronto, J. (2018). *El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado*. Barcelona: San Juan de Dios- Campus Docent.

Feito, L. (2017). Ética del cuidado en las profesiones socio-sanitarias. *Documentación social*, 187, 29-47.

Feito, L. (2000). *Ética profesional de la enfermería: filosofía de la enfermería como ética del cuidado*. Madrid: PPC.

Feito, L. (2002). La ética del cuidar. *Institut Borja Bioètica*, VIII (28), 7-10.

Feito, L. (2005). Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enfermería clínica*, 15 (3), 167-174.

Feito, L. (2019). La investigación neurocientífica sobre la ética. En *Neuroética. Cómo hace juicios morales nuestro cerebro* (pp. 73-144). Madrid: Plaza y Valdés.

Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (3), 7-22.

Ferman, R. (2015). Ética del cuidado: una mirada diferente en el debate moral. *Revista de Teoría del Derecho de la Universidad de Palermo*, II, 1, 123-146.



Ge, H., Wang, X., Yuan, X., Xiao, G., Wang, G., Deng, T., Yuan, Q. y Xiao, X. The epidemiology and clinical information about COVID-19 (2020). *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Disease*, 39, 1011–1019. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32291542/>

Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Barcelona: Cuadernos Fundació Víctor Grifols i Lucas.

Gracia, D. (1990). ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. *Bol of Sanit Panam*, 108 (5-6), 570-585.

Gracia, D. (1987). La bioética, una nueva disciplina académica. *Jano*, 33 (781), 69-74.

Gracia, D. (2004). Ética de los cuidados paliativos: entre la convicción y la responsabilidad. En: Couceiro, A. (Ed.), *Ética en los cuidados paliativos* (pp. 363-393). Madrid: Triacastelo.

Gracia, D. (1994). Ética y responsabilidad profesional. En: VV.AA., *La responsabilidad de los médicos y los centros hospitalarios frente a los usuarios de la sanidad pública y privada* (pp. 44-61). Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud/ Editorial Doce Calles.

Gracia, D. (1992). Planteamiento general de la bioética. En: Vidal, M. (Ed.), *Conceptos fundamentales de la ética teológica* (pp. 421-438). Madrid: Trotta.

Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Actualización nº 190. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) (21 de agosto de 2020). Recuperado de: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion\\_190\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_190_COVID-19.pdf)

Medina-Vicent, M. (2016). La ética del cuidado y Carol Gilligan: una crítica a la teoría del desarrollo moral de Kohlberg para la definición de un nivel moral postconvencional contextualista. *Daimon*, 67, 83-98.

Molinier, P. y Legarreta, M. (2016). Subjetividad y materialidad del cuidado: ética,

trabajo y proyecto político. *Papeles del CIEC*, 1, 1-14.

Siurana, J.C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, 22, 121-157.

Torralba, F. (2006). *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Institut Borja de Bioètica/ Mapfre Medicina.

Torralba, F. (2005). Esencia del cuidar. Siete tesis. *Sal Terrae*, 93, 885-894.

Vaquirio, S. y Stiepovich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, XVI (2), 9-16.