



Interdependencia y cuidado

Interdependence and Care



María Dolores García-Arnaldos

Universidad CEU San Pablo

E-mail: dolores.arnaldos@rai.usc.es

 <https://orcid.org/0000-0001-9998-8060>



Resúmen

En el preámbulo de la Agenda 2030 se sostiene la firme decisión de “velar por que todos los seres humanos puedan realizar su potencial con dignidad e igualdad y en un medio ambiente saludable”. En primer lugar, se discuten algunas cuestiones éticas en torno a la dignidad de la persona en todos los avatares de su recorrido vital. A continuación, dado que dependemos unos de otros en algún momento de la vida, planteamos la noción de interdependencia como relación básica que fundamenta una ética del cuidado. Finalmente, mantenemos que la sola idea de interdependencia no es suficiente, se requiere una solidaridad humanitaria.

Abstract

The Preamble to the 2030 Agenda upholds the determination to ensure that all human beings can fulfil their potential in dignity and equality and in a healthy environment. Firstly, it discusses some ethical issues surrounding the dignity of the persons at all stages of their life. Then, since we depend on each other at some point in life, we raise the notion of interdependence as a basic relationship at the heart of the ethics of care. Finally, we maintain that the idea of interdependence alone is not enough; humanitarian solidarity is also required.

Key words

Interdependencia; dignidad; sufrimiento; cuidado; solidaridad.

Interdependence; dignity; suffering; care; solidarity.

Fechas

Recibido: 01/04/2020. Aceptado: 15/05/2020



1. Introducción

En la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la ONU indica que el concepto “desarrollo” está en constante evolución y que todos los objetivos de dicha agenda universal “están vinculados entre sí y son interdependientes” (A/RES/70/1, párr. 13). Asimismo, en el Preámbulo se sostiene la firme decisión de “velar por que todos los seres humanos puedan realizar su potencial con dignidad e igualdad y en un medio ambiente saludable” y “(...) velar por que todos los seres humanos puedan disfrutar de una vida próspera y plena, (...)” (A/RES/70/1, Preámbulo-párr. 6 y 8)

La idea de “velar” (o cuidar) y el hecho de que los objetivos de la agenda son interdependientes requieren ambos un detenido examen. En primer lugar, ¿en qué modo es posible “velar por que todos los seres humanos puedan realizar su potencial con dignidad e igualdad”, particularmente en los momentos de dolor y sufrimiento? Este es, sobre todo, el problema que analizamos y para ello se discuten algunas cuestiones éticas en torno a la dignidad de la persona en todos los avatares de su recorrido vital.

En primer lugar, ¿en qué modo es posible “velar por que todos los seres humanos puedan realizar su potencial con dignidad e igualdad”, particularmente en los momentos de dolor y sufrimiento?

Por otra parte, no cabe ninguna duda de que puntos neurálgicos para el desarrollo humano son la salud y el bienestar y que cuando estas se ven dañadas, se requiere un análisis no solo de cómo esto afecta a los individuos, sino también a la sociedad y los pueblos. Como sostiene Malavisi (2020), cualquier consideración sobre una ética de la salud debe incluir necesariamente la salud mundial.

En segundo lugar, asumir que los objetivos de la agenda universal (Agenda 2030) son *interdependientes* nos llevaría a examinar temas como la salud y el bienestar en el contexto de la actual situación mundial y su relación con la pobreza, la enfermedad y el medio ambiente por señalar tres objetivos de la Agenda en particular. Hay que tener en cuenta que muchos niños, mujeres y hombres viven en lugares donde, por ejemplo, es muy difícil el acceso al agua potable o sistemas de saneamiento adecuados. En situaciones de enfermedad o de pandemia es clara la desigualdad y la falta de equidad.

Pero, sea en la aplicación de la ética de la salud a situaciones individuales o comunitarias o sociales, el enfoque tradicional de los principios éticos (Beauchamp y Childress, 2001) se revela insuficiente para dar respuesta a la desigualdad. Finalmente, dado que dependemos unos de otros en algún momento de la vida (tanto individualmente como en la relación entre Estados y países), mantenemos que dicha relación de interdependencia está a la base de toda relación de cuidado y atención personal. Pero no es suficiente. Se hace necesario, como sostiene Malavisi (2020), que la equidad sanitaria y la solidaridad sean añadidas en la agenda de la ética de la salud. Mantenemos que, puesto que la interdependencia es un hecho, se requiere ir más allá con una solidaridad humanitaria.



2. ¿Cómo velar por la realización de las capacidades en medio del sufrimiento?

A la hora de analizar en qué medida y cómo podemos atender o velar por que los seres humanos lleguen a realizar sus capacidades con dignidad e igualdad en situaciones de tribulación, partimos de la distinción entre *sufrimiento* y *dolor*.

El *sufrimiento* es la expresión emotiva, moral, social, espiritual, afectiva de algo percibido como mal, no solo un mal físico. El *dolor* se identifica, sobre todo, con un mal físico que se trata de aliviar o curar. Si el dolor se entiende en un sentido más amplio, y no solo relacionado con la enfermedad, resulta difícil distinguirlo del sufrimiento, aunque este último supone, sobre todo, elementos morales y psicológicos. Hay dolor percibido y dolor provocado, en este sentido, este último estaría más cercano a la idea de sufrimiento.

Hay quien entiende que el dolor, en sentido amplio, no tiene otro resultado que aquel de producir ulterior sufrimiento, algo absurdo y sin sentido. Quien se encuentra en un

estado de dolor, parece dejar de ser sujeto, porque no actúa, se ve objeto de un destino cruel, injusto, caprichoso y arbitrario (cf. Giordano, 1999, p. 545). Así se trasluce, por ejemplo, en un texto emblemático de Nietzsche: “el hombre era un animal *enfermizo*: pero su problema no era el sufrimiento mismo, sino el que faltase la respuesta al grito de la pregunta: “¿para qué sufrir?” ... La falta de sentido del sufrimiento, y no este mismo, era hasta ahora la maldición que hasta ahora yacía extendida sobre la humanidad” (Genealogía de la moral, III, §28). En la actual crisis sanitaria provocada por el coronavirus, una persona contagiada y afectada por dicha enfermedad, puede llegar a preguntarse: ¿por qué justo yo?

Hay que esclarecer a qué llamamos sufrimiento. Brady (2018) señala dos tipos de sufrimiento (físico y mental) y explica cómo el sufrimiento implica un elemento motivacional como el deseo

Por otra parte, la realidad es que dependemos unos de otros en algún momento de la vida, especialmente en momentos críticos. Es la constatación de esa relación de interdependencia la que funda la relación de *cuidado*. Por eso, ante la pregunta “qué actitud debemos tener ante el sufrimiento” sostenemos que cabe una respuesta: centrarnos en las personas, no solo en las tareas asistenciales, y en la dignidad de la persona en todos los avatares de su recorrido vital. Humanizar los lugares comunes significa comenzar por ser comprensivos con los infortunios y las adversidades que puede estar sufriendo cada persona. Promover la atención personalizada desde una ética del cuidado. Ahora bien, ¿es eso suficiente?

En primer lugar, hay que esclarecer a qué llamamos sufrimiento. Brady (2018) señala dos tipos de sufrimiento (físico y mental) y explica cómo el sufrimiento implica un elemento motivacional como el deseo. Según este autor, el sufrimiento involucra dos elementos esenciales: un estado afectivo negativo (desagrado) que es en sí mismo un deseo (Brady, 2018, p. 27).

Brady argumenta que el sufrimiento es vital para el desarrollo de la virtud y, por lo tanto, para alcanzar una vida plena porque: (i) el dolor en sí mismo puede constituir respuestas virtuosas; (ii) es evolutivo; el sufrimiento también promueve el desarrollo de virtudes asociadas con la fuerza de carácter, como la tenacidad, y, además, (iii) es esencial



para la virtud debido a su capacidad comunicativa (Brady, 2018, p. 4). Para Brady, hay formas de sufrimiento que transmiten virtudes a los demás y fomentan las virtudes sociales relacionadas con la justicia, el amor y la confianza. Es decir, a través del sufrimiento, comunicamos nuestra fortaleza, que es una forma de promover la confianza. En este sentido, el sufrimiento es esencial para las virtudes sociales; y, para que las virtudes individuales se desarrollen dentro de una comunidad, son necesarias las virtudes sociales. Mejoramos y nos enriquecemos más como individuos cuando mejoramos como colectivo. En consecuencia, según Brady, el sufrimiento también es esencial para el crecimiento de los grupos sociales.

3. Exigencias éticas del morir humano

Si la enfermedad, el dolor y el sufrimiento dan lugar a preguntas, a menudo, sin respuesta, al acercarnos a un problema de dimensiones tan enormes como la vida —que contempla, precisamente, su momento culminante, la muerte— se despliega ante nosotros un abanico de interrogantes perennes, ante el cual alegar que el dolor en sí mismo puede promover actitudes virtuosas no resulta siempre alentador.

En primer lugar, cómo plantearse la propia muerte. Para abordar este tema de orden moral y jurídico hay que abrir el debate revisando nuestro modo de hablar sobre la muerte y el morir. “Un ejemplo de esta revisión del lenguaje, que lleva consigo una revisión del modo de pensar, la encontramos en lo que dice McCormick: ‘no elegimos la muerte, sino cómo vivir mientras nos estamos muriendo (*how to live while dying*)’”(Masiá, 1990, p. 125).

Un ejemplo de esta revisión del lenguaje, que lleva consigo una revisión del modo de pensar, la encontramos en lo que dice McCormick: no elegimos la muerte, sino cómo vivir mientras nos estamos muriendo

Una primera pregunta ineludible es qué significa atender y cuidar a las personas enfermas o con discapacidad. En principio, significa que debemos tener en cuenta el *proceso asistencial*, es decir, el acompañamiento del paciente y de su familia para afrontar la nueva situación de vida. Dicho proceso no puede considerar solo los aspectos físicos de la enfermedad o de la discapacidad, admitiendo que sea posible separarlos, sino toda la persona y, por tanto, también los aspectos psicológicos, espirituales, familiares, sociales que cualquier enfermedad o discapacidad implica. Es solo entonces que se puede hablar de una asistencia centrada en las necesidades del enfermo o de la persona con discapacidad, que tiene en cuenta la dignidad de la persona humana.

A partir de los años ochenta, empezó a desarrollarse lo que conocemos como “cuidados paliativos”, es decir, aquellos cuidados que tienden a disminuir el sufrimiento en la etapa al final de la vida. Son la asistencia total, activa y continuada a los pacientes en situación terminal y sus familias por un equipo interdisciplinario cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia, sin intentar alargar la supervivencia, ni acortarla específicamente, *debiéndose atender las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y su familia*, incluyendo si es necesario el apoyo en el proceso de duelo (Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la CEE, 5 de mayo de 1991).



La idea de una teoría ética del *cuidado* se atribuye principalmente a Carol Gilligan (1982); este enfoque se propuso primero con el objetivo de descentrar la ética, es decir, relegarla de un puesto central para ofrecer como alternativa la noción de *justicia* en el marco de la teoría liberal de los derechos humanos. Según Gilligan, este enfoque subraya la importancia de las relaciones en la vida humana y en qué medida somos dependientes unos de otros en momentos particulares de la vida. La ética del cuidado se basa en la motivación para cuidar de aquellos que son dependientes y vulnerables, promoviendo, además, el bienestar de los cuidadores y receptores en una red de relaciones sociales en un contexto como puede ser el hospital.

Existen leyes de identificación y de comunicación, que provocan que el dolor o la alegría de una persona se transmitan a quien está cerca, con una especie de contagio psíquico que no es neutro (Boella, 2008); cada uno de nosotros ha experimentado que compartir un dolor atenúa el peso

Del clima del compartir y de la solidaridad que se puede establecer alrededor del enfermo y de su familia puede emanar la capacidad de dar un significado al sufrimiento, se puede reencontrar un motivo para seguir viviendo, se puede descubrir un sentido que dar a la muerte. Esta solidaridad tiene también motivaciones connaturales a nuestra misma humanidad. En efecto, existen leyes de identificación y de comunicación, que provocan que el dolor o la alegría de una persona se transmitan a quien está cerca, con una especie de contagio psíquico que no es neutro (Boella, 2008); cada uno de nosotros ha experimentado que compartir un dolor atenúa el peso¹.

Son justamente los enfermos con pronóstico fatal los que tienen mayor necesidad de asistencia. El moribundo tiene necesidad de médicos y profesionales que manifiesten interés por él, aun cuando el objetivo primario no pueda ser ya la curación física.

Pero esta asistencia es realizable solamente cuando el médico y los profesionales están en condición de dominar sus sentimientos y sus emociones y saben, por tanto, escuchar, responder, dar explicaciones a una persona que está muriendo y a sus familiares, dejando siempre abierta la esperanza. Al respecto, recientemente la Consejería de Sanidad de Madrid ha elaborado un "protocolo" de atención a enfermos al final de la vida y a las familias con el objetivo de instruir a los profesionales sanitarios para afrontar situaciones, como las provocadas por la COVID-19, del todo inusitadas.

Lo dicho hasta ahora hace emerger cada vez más la responsabilidad y el compromiso ético de los operadores sanitarios: en la actividad terapéutica, no es la simple enfermedad, sino que es el enfermo y su familia quienes se confían a ellos; no es el rol profesional, sino las personalidades integrales de los operadores sanitarios las que están implicadas. Hay que tener en cuenta que al tema del sufrimiento no siempre se le presta la debida atención en los procesos formativos. En las profesiones de asistencia sería cada vez más necesaria una formación técnica que vaya acompañada por una maduración psicológica y emotiva y, luego, por una formación permanente que ofrezca

1 Estas y otras cuestiones han sido analizadas por Boella (2008) y nos permiten explorar cómo tanto el correcto ejercicio de facultades como la razón y facultades sociales como la empatía, predisposiciones y emociones asociadas a la prosocialidad, pueden ser educadas.



ocasiones para revisar periódicamente las propias motivaciones, para responder de manera adecuada a las demandas que el sufrimiento plantea cotidianamente.

El médico egresa sin conocimiento sobre estos temas, y si los tiene, no encuentra espacios para debatirlos; no existe en el currículo universitario el aprendizaje necesario, y conociendo que tampoco es frecuente su discusión durante el sistema de residencia, es posible pensar en esa confusión y no solamente atribuir la conducta médica al contacto con enfermos terminales o a la juventud de los tratantes. Por lo demás, (...) no es solo la comunidad médica la única responsable en avanzar sobre esta situación. (Cragno, 1999)

Es posible que en casos extremos se pueda hablar de la llamada “eutanasia de abandono”, que se concreta en el abandono de un enfermo a la soledad, a la falta de asistencia en la fase terminal de la enfermedad, una vez dado de alta en un hospital

El alejamiento de los enfermos más graves, el evitar a los parientes de ese mismo enfermo, pueden ser tal vez múltiples aspectos de la incapacidad de dar un “sentido” al sufrimiento que cotidianamente se encuentra y que se hace más gravoso en ciertos ambientes asistenciales (como, por ejemplo, los repartos de oncología, de reanimación, en las UCI atestadas en tiempos de pandemia). Una capacidad o incapacidad de los operadores refleja, por otra parte, una capacidad o incapacidad de la sociedad. De hecho, si miramos cómo son considerados los enfermos, especialmente si la enfermedad se alarga o es incurable, observamos que son considerados distintos a las personas sanas, en cierto modo, como una categoría aparte.

Aunque la mitificación de una enfermedad siempre tiene lugar en un marco de esperanzas renovadas, la enfermedad en sí (...) infunde un terror totalmente pasado de moda. Basta ver una enfermedad cualquiera como un misterio, y temerla intensamente, para que se vuelva moralmente, si no literalmente, contagiosa. (...) El contacto con quien sufre una enfermedad supuestamente misteriosa tiene inevitablemente algo de infracción; o peor, algo de violación de un tabú. (Sontag, 2003, p. 3)

Además, es posible que en casos extremos se pueda hablar de la llamada “eutanasia de abandono”, que se concreta en el abandono de un enfermo a la soledad, a la falta de asistencia en la fase terminal de la enfermedad una vez que se le ha dado de alta en un hospital; también se puede constatar cuando se traslada de una ciudad a otra, en busca de cama, a un enfermo grave que a menudo muere en el transcurso de esta búsqueda. Una situación que reclama responsabilidades sociales y asistenciales, en un sentido más general.

Existen también actualmente debates éticos sobre el problema de la limitación de la asistencia. Por ejemplo, en la controversia del suministro de antibióticos a personas por encima de los 75 años de edad o ante la falta de respiradores para atender a an-



cianos con coronavirus. El debate abierto es si se considera o no el valor de la persona sobre la base de la edad cronológica, pero esto puede ser el primer paso para extender estas limitaciones (al menos para ciertos tratamientos más costosos) también a las personas discapacitadas o, de todos modos, a personas que no respondan a los criterios de eficiencia física y de productividad, que son los criterios socialmente dominantes. En este sentido, se tiende cada vez más a hacer uso de los algoritmos para la toma de decisiones. No obstante:

Deben ser siempre los profesionales sanitarios, y en ningún caso los algoritmos, quienes decidan quiénes deben o pueden ser tratados y quiénes no. Cuando se trata de decisiones cruciales para el bienestar humano, y especialmente en casos de vida o muerte, no podemos dejar que “el sistema” sea el que decida. (Guersenzvaig y Casacuberta, 2020).

Ante estas situaciones y a fin de poder dar un sentido a la muerte, tenemos que resolver algunos problemas como: "a) ¿cuál es nuestra actitud habitual ante la muerte, y b) cómo ayudar a que el paciente no muera solo, es decir cómo humanizar la muerte. Nuestra tarea es, como ha dicho Sporken, asumir la vida y muerte humanizándolas y ayudar a que puedan hacerlo así los demás" (Masiá, 1990, p. 130).

Un contexto en el cual el moribundo y las personas queridas por él puedan comunicarse sinceramente; por último, una escala de valores que ayuden al enfermo a dar un significado auténtico a su situación

Actualmente se usa sobremanera la expresión “dignidad de la muerte”; es necesario aclarar también su significado. Efectivamente, esta expresión se está abriendo camino —y no solo en el ámbito sanitario— pero habría que ver cómo y cuándo es usada. “Dignidad de la muerte” debe significar y comprender al menos tres elementos: en primer lugar, una relación significativa, no solo con el paciente, sino también con los familiares, los amigos, los otros operadores profesionales. Un contexto en el cual el moribundo y las personas queridas por él puedan comunicarse

sinceramente; por último, una escala de valores que ayuden al enfermo a dar un significado auténtico a su situación.

En Madrid², se realizó en 2019 una mesa redonda en torno a la cuestión: “¿Cómo morimos? Significados actuales del derecho a morir con dignidad”. Se debatía si tras diecisiete años de ley de autonomía y dos de la ley 4/2017 de muerte digna de Madrid, las leyes de muerte digna —aprobadas en diez comunidades autónomas— han servido para mejorar el final de la vida de las personas. Dichas leyes no han supuesto el reconocimiento de nuevos derechos, sino que buscan concretar la Ley 41/2002 básica de autonomía del paciente en el contexto del final de la vida.

2 Mesa redonda el 8 de abril 2019 en la Biblioteca Histórica Marqués de Valdecilla (UCM-Madrid) en la que han intervenido: Luis Montiel (catedrático de Historia de la Medicina de la UCM), Maribel Teigell (diplomada en Enfermería), Leonor Brioso (diplomada en Enfermería) y Fernando Marín (presidente de la Asociación Derecho a Morir Dignamente de Madrid).



En el Preámbulo de la Ley 4/2017, 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, de la Comunidad de Madrid, se dice lo siguiente:

El sufrimiento y la muerte, como parte del proceso natural de la vida, son una realidad que precisa una correcta asistencia sanitaria de la que han de formar parte los cuidados paliativos y la atención durante el proceso de morir.

El respeto a la autonomía del paciente ha implicado un cambio en la relación clínica, en la que deben prevalecer las preferencias del paciente en la toma de las decisiones que afecten a su salud. (...) Los cuidados paliativos y una atención integral en el proceso de morir deben incluirse dentro del ámbito de la autonomía del paciente, en la que es preciso avanzar a través de una mejor protección del derecho a recibir una adecuada atención sanitaria que alivie, en lo posible, su sufrimiento y el de sus personas más allegadas (...).

El principio de la autonomía de la voluntad del paciente se manifiesta a través del derecho a la información clínica, al consentimiento informado y a la participación en la toma de decisiones. Este último se verifica a través de dos instrumentos: el documento de consentimiento informado, cuando el paciente puede prestarlo y el documento de instrucciones previas, que se otorga para que sea tenido en cuenta y respetado si llega el caso en el que el paciente no pueda manifestar su voluntad.

En algunos casos, estos cuatro principios se muestran insuficientes: en general, el principio de autonomía puede llegar a anteponerse o enfrentarse con el de no-maleficencia o beneficencia. A nuestro parecer, sería necesario añadirles el enfoque del cuidado

Uno de los enfoques actuales que ha abordado con detalle estos aspectos del problema es el principialista. A través de su obra *Principles of Biomedical Ethics* (1994/2001), Beauchamp y Childress han desarrollado un paradigma original, basado en cuatro principios (no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia) y su especificación y ponderación para dar respuesta a los problemas éticos que se plantean en el campo de la biomedicina. No obstante, entre los cuatro principios surgen conflictos que originan nuevos problemas. Una ética basada en principios requiere establecer el orden o preferencias de dichos principios. En algunos casos, estos cuatro principios se muestran insuficientes: en general, el principio de *autonomía* puede llegar a anteponerse o enfrentarse con el de *no-maleficencia* o *beneficencia*. A nuestro parecer, sería necesario añadirles el enfoque del cuidado.

La cuestión es si basta el ejercicio del principio de autonomía para dignificar la muerte o poder hablar de muerte *digna*.

Para poder usar esta expresión correctamente habría que interpretarla como derecho a que respeten mi dignidad hasta la muerte y derecho a que me dejen vivir dignamente hasta el instante de mi muerte. ¿No sería mejor hablar de derecho a que no nos impidan aceptar con dignidad y responsabilidad la llegada de la muerte inminente y a que nos respeten el derecho a vivir de tal manera que podamos prepararnos a asumir la muerte? (Masiá, 1990, p. 127)



Para favorecer un clima de acompañamiento con quien se aproxima a la muerte, se hace urgente contribuir a un cambio cultural. Hoy respiramos, de hecho, un cierto clima cultural que tiende a esconder la enfermedad, la discapacidad y la muerte —con el riesgo de esconder, de marginar a las mismas personas afectadas por ellos—. A comprender mejor estos aspectos de la vida humana y darles el justo valor, están llamados no solo los operadores profesionales, sino cuantos entran en contacto con estos aspectos de la vida.

Si la dependencia es constitutiva del ser humano, a partir de un enfoque integral es importante promover el ambiente relacional en una atención personalizada

Si, como se sostiene a menudo, una sociedad es justa en la medida en que responde a las necesidades asistenciales de todos sus miembros, y el grado de civilización de una sociedad puede medirse por cuánto protege a sus componentes más débiles, es indispensable, entonces, que, la base de la sociedad, de su sistema económico, político, sanitario, esté centrada en la persona, una medicina que se haga cargo de la *persona* con la enfermedad y no únicamente de la *enfermedad* (cf. Biasco, 2014, p. 9). Es decir, más que las *tareas* de asistencia, hay que poner en luz la *persona*.

Por otra parte, no siempre viene en evidencia la dimensión relacional de la persona y en qué medida dependemos los unos de los otros. Si la dependencia es constitutiva del ser humano, a partir de un enfoque integral es importante promover el ambiente relacional en una atención personalizada. Esta interdependencia es la que funda toda ética del cuidado. Ahora bien, ¿basta la constatación de dicha interdependencia para sostener el objetivo de “velar por que todos los seres humanos puedan realizar su potencial con dignidad e igualdad”?

4. Cuidado e interdependencia

En el siglo XX, la noción de “cuidado” aparece como uno de los conceptos centrales en la obra de Heidegger, *Ser y Tiempo* (1927/2006). Para Heidegger, “cuidado” (*Sorge*) es un término referido a la existencia del ser humano y que lo hace, precisamente, significativo. De hecho, “ser-en-el-mundo” es el estado primordial del ser que tiende a la autenticidad, es el ser cuidadoso; a diferencia del ser humano inauténtico que reemplaza la atención o cuidado de sí por el anonimato de los asuntos y preocupaciones de la cotidianidad.

Desde el punto de vista no del que cuida, sino del cuidado, se requiere, además, en el ejercicio profesional, el respeto. Se trata de respetar a la persona como una unidad indivisible, que responde como totalidad a su realidad social y cultural:

Cuidar puede ser definido como una ontología, una manera de ser, mirar, pensar, compartir y participar con el otro, un fenómeno sociocultural centrado en lo humano y que necesita preparación y conocimiento. Es precisamente la respuesta social al cuidar lo que ha permitido a la disciplina de enfermería construir y reconstruir su historia, en que el cuidado aparece como núcleo central de su ejercicio.



Desde una perspectiva epistemológica, el cuidado es producto de la reflexión, de la satisfacción de necesidades del ser humano, y de lo que puede garantizar su bienestar. (Calvo-Gil, Ayala-Valenzuela, Holmqvist-Curimil, & Molina-Díaz, 2011, p. 134)

No obstante, en la actualidad, en este momento de crisis sanitaria, política y ecológica surgen dudas y preguntas acerca del éxito de la ética del cuidado en alcanzar su objetivo de promover la solidaridad y descentrar la ética. Además, se cuestiona³ si un

Ayudar a los “ultravulnerables” —los millones y millones de personas que menos pueden protegerse a sí mismos— no es solo “una cuestión de solidaridad humana básica”, sino también crucial para combatir el virus (...). Este es el momento de dar un paso adelante para los vulnerables

enfoque de este tipo logra ofrecer respuestas verdaderamente inclusivas. En particular, es necesario clarificar cómo atender, según los principios de la ética del cuidado, a enfermos contagiados (en un escenario de pandemia) y que al final de su vida no pueden despedirse de sus seres queridos.

Teniendo en cuenta que la COVID-19 es una enfermedad infecciosa y virulenta que está causando estragos en todo el mundo, no solo es crucial el buen funcionamiento de los sistemas sanitarios y de la infraestructura de la salud pública. Aunque esto nos ha permitido constatar que, en estado de excepción, el buen funcionamiento del sistema sanitario de un lugar depende de la ayuda de otras comunidades o Estados. Que somos interdependientes es un hecho probado.

Por lo general, la noción de interdependencia aparece vinculada tradicionalmente con la interdependencia militar. A muchos les resulta difícil interpretar la interdependencia económica, social y ecológica multidimensional de hoy en día. No obstante, la situación actual mundial debida a la crisis sanitaria provocada por la COVID-19, es una imagen manifiesta de los vínculos de interdependencia. Como estamos viendo, el coronavirus es una enfermedad infecciosa y virulenta, que está causando estragos por todo el planeta. En algunos lugares, una insuficiente estructura de salud pública, una gobernanza débil o en litigio y otros factores, contribuyen a su amplia difusión y el impacto letal en profesionales de la salud. Es claro que el buen funcionamiento de sistemas e infraestructura de salud pública son cruciales para mantener la COVID-19 a raya. Pero, ni un pueblo solo, ni una comunidad autónoma sola, ni un país por sí mismo están en grado de afrontar con éxito esta crisis sanitaria. El presidente de la ONU subrayó que un enfoque global es la única manera de luchar contra el coronavirus. “La COVID-19 es una amenaza para toda la humanidad, por lo que toda la humanidad debe luchar, (...) las respuestas individuales de los países no van a ser suficiente. Ayudar a los “ultravulnerables” —los millones y millones de personas que menos pueden protegerse a sí mismos— no es solo “una cuestión de solidaridad humana básica”, sino también crucial para combatir el virus (...). Este es el momento de dar un paso adelante para los vulnerables”⁴.

3 Véase por ejemplo: <http://www.nogracias.org/2020/01/12/sin-paliativos-analisis-clinico-existencial-de-seamus-omahony-sobre-la-muerte-y-el-morir-en-la-era-del-individualismo-y-la-medicina-tecnocientifica-por-abel-novoa/>

4 UN News. *Global perspective. Human stories*. 25/03/2020 <https://news.un.org/en/story/2020/03/1060222>



Precisamente, uno de los aspectos positivos de la interdependencia es que cuando dependemos los unos de los otros para alcanzar objetivos comunes, la interacción conduce a un mayor logro. Es decir, cuando los individuos se involucran en esfuerzos cooperativos o competitivos, cada acción que realizan afecta el nivel de cooperación o competencia en esa determinada situación. Esto se analiza en teorías que sostienen la interdependencia social; según dichas teorías la interdependencia social se centra en las *relaciones*, no en las variables individuales.

La teoría de la interdependencia social es una teoría de múltiples niveles, que se aplica a la dinámica intrapersonal (es decir, los elementos dentro de un individuo pueden cooperar o competir entre sí), interpersonal, intergrupala e internacional

Por el contrario, la mayoría de las teorías psicológicas se han centrado en variables individuales tratando de entender las leyes que gobiernan el comportamiento de un solo individuo. Asumen que las causas del comportamiento de un individuo están dentro del individuo, es decir, que las causas del comportamiento son rasgos de personalidad, actitudes, valores, habilidades, aptitudes, química cerebral y genes. Sin embargo, la teoría de la interdependencia social se centra en las variables de relación que residen entre las partes. La cooperación y la competencia son variables de relación, ya que implican la interacción entre al menos dos partes y el examen de cómo las acciones de una afectan a las acciones de las otras. La teoría de la interdependencia social es una teoría de múltiples niveles, que se aplica a la dinámica intrapersonal (es decir,

los elementos dentro de un individuo pueden cooperar o competir entre sí), interpersonal, intergrupala e internacional. Por lo tanto, es relevante para muchos niveles de la vida humana, tanto para la paz mundial como para la eficacia del grupo. No obstante, para que esto sea así, tenemos que asumir la *confianza* como punto de partida. Por el contrario, hay también un lado oscuro de la interdependencia: se trata, sobre todo, del miedo a la explotación y la falta de elección o carencia de opciones a la hora de abandonar la relación de dependencia (Law Commission of Canada, 2002)

Sería necesario, en este sentido, desarrollar un marco teórico coherente para el análisis de la interdependencia y explorar las condiciones en las que los conflictos de intereses se vean reducidos. Es necesaria una mayor reflexión que fundamente si realmente la interdependencia es una necesidad natural, y junto a la cooperación, la solidaridad y el cuidado son las únicas que tienen la respuesta a los problemas tanto locales como mundiales.

5. Conclusión

El sufrimiento es un elemento inevitable y muchas veces imprevisto en las trayectorias vitales. A la hora de abordar los problemas del final de la vida, una propuesta a considerar desde las éticas del cuidado es humanizar los espacios comunes. Esto significa comenzar por empatizar, ser comprensivos con los infortunios y las adversidades que puede estar sufriendo cada persona. En segundo lugar, es necesario tener presente que dependemos unos de otros en algún momento de la vida. Es la constatación de esa relación de interdependencia la que funda la relación de cuidado. Ante la pregunta acerca



de qué actitud tomar ante el sufrimiento cabe preguntarse “qué actitud debe tomarse ante la persona que sufre”. Se trata de centrarnos en las personas, no solo en las tareas asistenciales (descentrar la ética entendida como ocupación o tarea), y centrarnos en la dignidad de la persona en su trayectoria vital (“dime cómo los tratas y te diré si los consideras personas”). Aun cuando estén presentes el dolor y el sufrimiento, el respeto por la vida motivará respuestas asistenciales atentas a la dignidad de cada persona, que podrán incentivar una mayor solidaridad en la comunidad civil⁵.

Referencias

- Brady, M. S. (2018). *Suffering and Virtue*. Oxford: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Biasco, G. (2014). Introducción. En Umberto Eco, *Riflessioni sul dolore* (pp. 9-10). Bologna: Asmepa Edizioni.
- Boella, L. (2008). *Neuroetica. La morale prima della morale*. Milan: Raffaello Cortina Editore.
- Calvo-Gil, M. J., Ayala-Valenzuela, R., Holmqvist-Curimil, M., y Molina-Díaz, C. (2011). Aspectos axiológico-culturales de la ética y el cuidado. *Acta bioethica*, 17(1), 133-141.
- Cragno, N. (1999). Posición de jóvenes médicos sobre prácticas relacionadas con el fin de la vida. *Revista Argentina de Medicina*, 1(3).
- Gilligan, C. (1982). *In A Different Voice*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Giordano, A. (1999). Il dolore, un grido verso l'oltre. *Nuova Umanità*, (125).
- Guersenzvaig, A., y Casacuberta, D. (2020). Los peligros del algoritmo en tiempos del coronavirus. *El País*. Recuperado de <https://elpais.com/tecnologia/2020-03-30/los-peligros-del-algoritmo-en-tiempos-del-coronavirus.html> [Consultado el 30/03/2020].
- Heidegger, M. (1927/2006). *Sein und Zeit*. Tübingen. *Ser y Tiempo*. (Traducción y notas de J. E. Rivera Cruchaga). Madrid: Trotta.
- Law Commission of Canada. (2002). *Personal Relationships of Dependence and Interdependence in Law*. Univ of British Columbia Pr.
- Malavisi, A. (2020). Health Ethics and Sustainability. En Walter Leal Filho, Tony Wall, Anabela Marisa Azul, Luciana Brandli, & Pinar Gökcin Özuyar, *Good Health and Well-Being* (pp. 325-333). Springer International Publishing.
- Nietzsche, F. (1987). *La genealogía de la moral*, Madrid: Alianza.
- Sontag, S. (2003). *La Enfermedad y sus Metáforas y el Sida y sus Metáforas*. Madrid: Taurus.

5 Agradezco a Pedro Amo López y Consuelo Rodríguez sus comentarios y sugerencias. Gracias especialmente a mis amigos y amigas médicos y quienes trabajan en el ámbito sanitario por su profesionalidad, su buen hacer y su ejemplo.