

El futuro del cuidado

Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera



COL·LEGI OFICIAL
INFERMERES I INFERMERS
BARCELONA



Ediciones
San Juan de Dios
CAMPUS DOCENT

Sobre la publicación

El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera

Carmen Domínguez Alcón, Helen Kohlen y Joan Tronto



Publicado por Ediciones San Juan de Dios – Campus Docent

C/ Santa Rosa, 39-57
08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona)
Tel. 93 280 09 49 – Fax 93 600 61 12
eui@santjoandedeu.edu.es
www.santjoandedeu.edu.es



Descarga on line:
www.santjoandedeu.edu.es/edicionessanjuandedios

—

Colección Digital Profesionalidad, Número 8
Carmen Domínguez Alcón, Helen Kohlen y Joan Tronto
Coordinado por: Montserrat Busquets Surribas, Núria Cuxart Ainaud y Anna Ramió Jofre
Con la colaboración de: Pilar Delgado Hito, Carmen Espinosa Fresnedo, Maria Jiménez Herrera, Laura Martínez Rodríguez, Isabel Pera Fábregas
Rosa Rifà Ros, Susana Santos Ruiz, Mireia Vicente García, Àngela Vila Vendrell

© de la presente edición: Ediciones San Juan de Dios – Campus Docent
Derechos exclusivos de esta edición: Ediciones San Juan de Dios – Campus Docent

—

ISBN: 978-84-944652-9-1
Primera edición en Ediciones San Juan de Dios – Campus Docent Colección Digital Profesionalidad, febrero 2018

—

Dirección: Amèlia Guilera Roche
Coordinación administrativa: Judit Boluña Álvarez
Coordinación editorial: Lluís Guilera Roche
Coordinación técnica: Júlia Roura Masmitjà
Diseño gráfico: Ars Satèl·lit

—

Bajo las sanciones establecidas por las leyes, quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización por escrito de los titulares del copyright, la reproducción o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento mecánico o electrónico, actual o futuro —incluyendo la fotocopias y la difusión a través de Internet— y la distribución de ejemplares de esta edición mediante alquiler o préstamo públicos.

Contenido

Sobre la publicación	2
1. Introducción	5
2. La democracia del cuidado como antídoto frente al neoliberalismo	7
2.1. ¿«Un buen vecino» es un deseo utópico?	7
2.2. Crítica: El utopismo del paradigma neoliberal.....	9
2.3. Cuidado democrático: un discurso y un paradigma alternativos.....	13
2.4. Necesitamos un movimiento democrático y político respecto al cuidado	15
2.5. Conclusión	17
2.6. Referencias	19
3. ¿Puede ser codificada la ética del cuidado?	20
3.1. Introducción: la pregunta.....	20
3.2. Los compromisos y problemas de los Códigos de Ética.....	21
3.3. Ética del cuidado feminista y ética profesional para las enfermeras	24
3.4. La ética del cuidado es una ética de la responsabilidad	27
3.5. Algunas implicaciones prácticas	30
3.6. Referencias	32
4. Lenguaje profesional y ética del cuidado	33
4.1. Introducción	33
4.2. El lenguaje como expresión de la identidad.....	34
4.3. ¿Es ético no tener lenguaje?	35
4.4. Conclusiones	37
4.5. Referencias	39
5. Invisibilidad del cuidado	40
5.1. Profundizando en el cuidado	41
5.2. Importancia de la visibilidad enfermera.....	43
5.3. Estrategias que favorecen la visibilización del cuidado y del que cuida	45
5.4. A modo de conclusión	47
5.5. Referencias	48
6. Responsabilidad en el ejercicio profesional	50
6.1. Introducción	50
6.2. Responsabilidad y cuidado según Joan Tronto	51
6.3. Límites, ejercicio y desarrollo de responsabilidad del cuidado en la práctica enfermera.....	53
6.4. A modo de conclusión: aportación enfermera al debate sobre la mejora del cuidado	57
6.5. Referencias	59
7. Complejidad del cuidado y nuevas direcciones	61
7.1. Complejidad del cuidado: conclusiones del primer Seminario.....	61
7.2. Lenguaje profesional.....	62
7.3. Invisibilidad del cuidado.....	63
7.4. Responsabilidad en el ejercicio profesional	63
7.5. Comprensión de la ética del cuidado: propuestas para un marco general	64
7.6. Qué se entiende por ética del cuidado.....	65
7.7. Principios esenciales en la ética del cuidado.....	66
7.8. Comprender y concretar las dimensiones del cuidado	66
7.9. Características del cuidado desde la perspectiva del proveedor	67
7.10. Factores que se consideran en el buen cuidado.....	68
7.11. Formación por competencias: de enfermera principiante a experta	69
7.12. Referencias	70
Autores, colaboradores y coordinadores	72

1. Introducción

Núria Cuxart Ainaud

El ejercicio de las profesiones del ámbito de la salud y social dispone de un marco de referencia inherente: la ética del cuidado. Es por ello por lo que cualquier iniciativa que promueva el diálogo y el debate sobre el sentido del cuidado y su implementación en la sociedad es un reto ético de las enfermeras y de las profesiones en su conjunto.

El 29 de septiembre de 2006, el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB) contrajo un compromiso al que, hasta casi diez años más tarde, no fue posible responder: impulsar un espacio de reflexión permanente alrededor de la ética del cuidado.

Fue en aquella fecha cuando Anne Davis, profesora emérita de la University of California y profesora del Nagano College of Nursing, visitó nuestra corporación y pronunció la conferencia El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar y cuáles son las respuestas a cuestiones como: ¿Por qué la filosofía occidental ha descuidado en general la noción de cuidar?, o cómo la bibliografía especializada utilizaba diferentes términos, como «ética del cuidar», «cuidado ético» o «ética del cuidado».

También los trabajos relacionados con la redacción del nuevo Codi d'Ètica de les Infermeres i Infermers de Catalunya entre 2010 y 2013 sumaron razones e ilusiones a este desafío.

El nuevo Código, en tanto que define el ideal ético de la profesión enfermera, se gestó y se elaboró con la voluntad inequívoca de conformar un sólido argumentario a favor del «buen» cuidado profesional y para compartir con la sociedad los compromisos profesionales que las enfermeras tienen con las personas, las familias y las comunidades que atienden. Pretende promover la reflexión ética, y para ello necesita de la reflexión permanente, individual y colectiva, de los/las profesionales, fruto de la cual fundamenten sus decisiones y sus acciones en la práctica profesional cotidiana. La propuesta de seminario, pues, surge del interés y la necesidad de profundizar en la perspectiva enfermera del cuidado desde los enfoques más actuales teóricos, políticos y éticos, teniendo como eje la aplicación en la práctica profesional de los valores éticos identificados en el Código que las enfermeras de Catalunya hemos acordado. Se trabajó en el diseño, y el resultado fue un seminario que se atreve con objetivos como:

1. Profundizar en las dimensiones del cuidado relacionadas con los aspectos teóricos, políticos y éticos en un contexto de transformación del cuidado motivado por cambios sociales y distintos acontecimientos, incluido el incremento del uso de alta tecnología.
2. Conocer algunas de las líneas de investigación actuales más fructíferas en distintas dimensiones del cuidado, a través del contacto directo y colaboración con quienes las impulsan, investigan, re-

flexionan sobre ellas, las aplican y difunden.

3. Explorar las posibilidades de estudio y desarrollo de algunas iniciativas innovadoras en las prácticas del cuidado en el entorno asistencial, docente y de gestión, en la perspectiva de la ayuda eficaz para mantener y mejorar el cuidado, su contribución al bienestar e independencia de las personas que se atienden en los sistemas de salud y social y a su autonomía de decisión.
4. Elaborar algunas propuestas concretas para la difusión o la aplicación práctica, con el objetivo de implementación.

Y así, en 2016, el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona, a través de la Comisión Deontológica de la Corporación, la ayuda de la Fundación Víctor Grifols y, muy especialmente, el inestimable impulso de Carmen Domínguez Alcón, enfermera, doctora en sociología de la Universidad de Barcelona, hace posible un espacio de reflexión y debate, de periodicidad anual. Un seminario permanente de investigación enfermera a desarrollar durante el período 2015-2018, bajo el nombre «Ética y valores del cuidado».

El diseño del seminario incluye diferentes actividades, en forma de conferencias/presentaciones, donde una persona experta de reconocido prestigio internacional presentará sus líneas de trabajo e investigación abiertas, a profesionales de distintas disciplinas y al público interesado en los temas propuestos. También incluye sesiones de trabajo en formato taller, previas y/o posteriores a las conferencias para el análisis de la práctica profesional y la preparación de artículos escritos que den continuidad al trabajo compartido durante el seminario.

Para su primera edición, que es la que presentamos en esta publicación, al considerar la información disponible sobre investigadores directamente relacionados con los objetivos del seminario, se propuso la participación de la Dra. Joan Tronto, Professor and Chair del Department of Political Science de la University of Minnesota, investigadora en estudios sobre la mujer y ciencia política en el Hunter College y el Graduate School de la New York University. Su reconocido prestigio internacional, sus publicaciones sobre el cuidado y la ética del cuidado ampliamente difundidas, sus trabajos dedicados a poner de relieve cómo las sociedades occidentales han creado un déficit democrático en la atención y cuidado a las personas, la convertían en la investigadora más idónea para estrenar este seminario permanente «Ética y valores del cuidado», que ha venido para quedarse.

Qué mejor para finalizar esta introducción que hacerlo con una de las muchas apuestas que Joan Tronto aporta desde su personal y reconocida visión sobre el cuidar: un bien social intrínseco a la persona, una postura moral de la sociedad y sus instituciones políticas y sociales. En definitiva, un conjunto de sensibilidades que todas las personas —y también las instituciones— deberíamos desarrollar.

Núria Cuxart Ainaud

En nombre de la Comisión Deontológica Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona

2. La democracia del cuidado como antídoto frente al neoliberalismo¹

Joan Tronto

2.1. ¿«Un buen vecino» es un deseo utópico?

Doris Lessing, que escribe bajo el nombre de Jane Somers, publicó *Diary of a Good Neighbor* en 1983 (Somers, 1983). La novela narra la historia de una mujer adinerada, Janna, que se encuentra con una mujer mayor desaliñada y poco agraciada en la farmacia, y de alguna forma se involucra profundamente en su vida y su cuidado en sus últimos días de vida. Finalmente, esta mujer mayor, Maudie Foster, muere; para entonces, Janna ya se ha dado cuenta de lo mucho que ha llegado a significar para ella esta relación de cuidados. Mientras Janna presenta sus últimos respetos, los hijos mayores de Maudie le advierten de que, a pesar de todo lo que ha hecho por su vecina, Janna no recibirá ninguna de las modestas posesiones de Maudie. *Diary of a Good Neighbor* contradice el supuesto que afirma que lo único de valor en la sociedad es el dinero. De manera irónica, en lugar de ser el grupo de personas que mejor podrían entender la importancia del cariño, la familia de Maudie solo alcanza a suponer que Janna debe haberlo hecho por dinero. No obstante, lo que Somers/Lessing ha escrito es una historia que narra de manera brillante el profundo cambio que se produce cuando el cuidado, puro y simple, con sus cargas y alegrías, ocupa un lugar central entre los valores de una candidata poco habitual.

Una generación antes, durante el régimen de Thatcher, Lessing escribió una historia tan cautivadora porque contradecía de lleno los valores hegemónicos de la reorganización neoliberal que en aquella época ya estaban transformado el Reino Unido. Lessing ofreció un atisbo de otra forma de ver el mundo, una perspectiva que contradecía el mantra de la Dama de Hierro (Thatcher): «No hay otra alternativa».

¹ Una versión anterior de este artículo se presentó en la Universidad de California, Santa Barbara. Y se publicó una versión actualizada de este artículo en Tronto (2017). «There Is an Alternative: Homines Curans and the Limits of Neoliberalism». *International Journal of Care and Caring*, 1, n.º1 (2017): 43.

En la generación intermedia, el buen vecino se ha convertido todavía más en un fantasma. ¿Qué pasa con los buenos vecinos cuando el número de gente que necesita ayuda no cesa de crecer y la presión por trabajar en una economía precaria aumenta? Los periódicos informan periódicamente sobre la falta de enfermeras, profesorado, personal cuidador y servicio doméstico. De hecho, las próximas crisis del sector del cuidado serán más intensas, ya que la población de todo el mundo vive durante más años. Ya no podemos confiar en la idea de que, cuando seamos mayores, aparecerá un buen vecino por arte de magia.

Nos guste o no, en comparación con la generación anterior, nos encontramos mucho más inmersos en la servidumbre del capitalismo neoliberal. Incluso los académicos feministas empiezan sus trabajos reconociendo que el neoliberalismo es la realidad sobre la que deben escribir; tengamos en cuenta dos ejemplos; por una parte, Robert McRuer:

En Crip Theory, afirmó que el capitalismo neoliberal es el sistema económico y cultural dominante en el cual y en contra del cual se han imaginado y formado las identidades sexuales durante el último cuarto de siglo. (McRuer, 2006) (2)

Y, en cuanto a las feministas, la socióloga británica Angela McRobbie indica que, entre las postfeministas actuales, el neoliberalismo ha transformado sus expectativas:

«La expectativa de ‘igualdad’ es lo más vívido. Aunque no hay duda de que se está consiguiendo en términos socioeconómicos, o incluso de que se está convirtiendo en un tema actual de debate, se promulga como norma cultural prevaleciente, como si se quisiera decir, en mayúsculas, que ‘las chicas y las mujeres ahora son iguales’. Esto supone un nuevo horizonte de poder con el que deben compararse todos los análisis sociológicos. Puede que algunos interpreten este hecho como una intensificación del poder mediante tropos de libertad imaginaria, mientras que otros lo entenderán como la lógica de género de la gobernabilidad neoliberal. Esta norma de la igualdad se ha convertido en una característica teórica de las instituciones sociales, políticas y corporativas de los últimos veinte años. Pero este enfoque ha resultado ser inextricable, negándose a ser analizado hasta hace poco. Es posible que la razón de dicha negativa fuera una ‘doble implicación’, un factor de progreso aparentemente progresivo que ha sido testigo del reconocimiento y la legitimación de las uniones de gays y lesbianas, así como de las nuevas oportunidades de progreso de las que gozan las niñas y mujeres jóvenes en el ámbito de la educación y el empleo, además de la libertad sexual en el ámbito privado. Al mismo tiempo, y como parte de este mismo conjunto, hemos sido testigos de la instauración de modos de atrincheramiento patriarcal, ya que estas condiciones de libertad van unidas a condiciones de conservadurismo social, consumismo y hostilidad respecto al feminismo, ya sea en su forma tradicional o más contemporánea.» (McRobbie, 2011, XI)

Incluso las académicas y académicos que escriben sobre los cuidados se han rendido a la idea de que las crisis de los cuidados son endémicas y no pueden aportar cambios. A continuación, reproducimos un resumen reciente de unos académicos finlandeses: «Siempre que los políticos o los responsables arreglan el caos causado por una crisis del sector asistencial, el orden se reorganiza y se reforma ligeramente. Obviamente, resulta poco probable que el resultado sea un orden económico totalmente nuevo.» (Hoppania y Vaittinen, 2015, 88). Durante varios años he defendido que los cuidados representan un valor humano diferente y fundamental. En este artículo quiero sugerir que, si nos tomamos el cuidado en serio como punto de partida de nuestras teorías sociales y políticas, este ofrece una alternativa al paradigma del fundamentalismo de mercado que impera actualmente. A menudo se critica el cuidado por ser una forma utópica de enfocar la vida social y política. Pero hoy quiero girar las tornas: lo verdaderamente utópico es el fundamentalismo de mercado, y si empezamos a entenderlo de esta forma, entonces podremos empezar a explorar nuevas posibilidades de cambio político. Si, tal como sugiero,

lo que necesitamos es un cambio de paradigma, ni los partidos de la izquierda ni los de la derecha han centrado correctamente su enfoque en las limitaciones reales del fundamentalismo de mercado. Dicho límite es el siguiente: los seres humanos vivimos en relaciones mutuas de cuidado. Las realidades política, económica y social 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.

Es más, aunque a menudo se tilda el cuidado como algo utópico quiero ahondar todavía más en el punto de vista que lo entiende como forma de organizar nuestras vidas colectivas, y reposicionar de manera más explícita el neoliberalismo frente al cuidado. A lo largo del siglo XX, el cuidado ha pasado del hogar al sector profesional: las actividades como la gestión de la muerte, la educación de los niños o la atención a la salud se han profesionalizado. De hecho, otra forma de comprender las políticas del siglo XX es entender que incluyeron una ampliación constante no solo de los derechos, sino también del cuidado suministrado por el Gobierno. A través de las pensiones para las personas mayores, el cuidado de la salud, el apoyo a las personas con discapacidad, o la ampliación de los sistemas educativos, la ciudadanía democrática ha obligado a sus gobiernos a no abandonar a las personas a merced del mercado. El neoliberalismo es una reacción a estas disposiciones y actúa como si el enfoque de liberalizar el mercado no se hubiera intentado y se hubiera declarado insuficiente.

Por neoliberalismo quiero decir un sistema de gobierno cuya premisa inicial es la idea de un estado limitado, cuyo objetivo principal es la seguridad y la protección de los derechos de propiedad. Si el mercado se limita a sí mismo, los mercados se erigirán para cubrir otras necesidades humanas. Tal como he argumentado anteriormente, casi todos los pensadores se han rendido ante el enfoque del neoliberalismo como una fuerza imparable. Los marxistas observan el neoliberalismo y ven lo adaptable que es el capitalismo. Los liberales observan el neoliberalismo y alaban el «mundo plano» de la globalización (Friedman, 2005). Los teóricos como Michael Foucault y Wendy Brown ven el neoliberalismo como una fuerza alteradora de nuestras naturalezas fundamentales de la cual no hay escapatoria (Brown, 2015). Mi propuesta en este artículo es que, si llegamos a entender el neoliberalismo como una utopía, si vemos el neoliberalismo como un freno para conseguir una sociedad más responsable, y si presentamos la idea de una sociedad más responsable como una alternativa viable, entonces es posible desafiar su poder ideológico.

2.2. Crítica: El utopismo del paradigma neoliberal

La concepción neoliberal del mundo, igual que el liberalismo del siglo XIX sobre el que se fundamenta, es poco realista. Aclaración: no digo que 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, 1996), es que el capitalismo no es el estado «natural» de una economía ni el resultado histórico «neutral» del progreso de la civilización humana. Dado que muchos académicos utilizan este argumento, quiero proponer uno concreto: Karl Polanyi, quien argumentó de manera convincente en *The Great Transformation* que «nunca antes en la historia los mercados han sido meros accesorios de la vida económica» (Polanyi, 2001 [1944], 71), y que, históricamente, «las regulaciones y los mercados, en efecto, crecieron juntos». (Ib.)

Para Polanyi, las economías de mercado presumen una sola motivación para el comportamiento humano: «Una economía de mercado es un sistema económico controlado, regulado y dirigido por los precios de mercado... Una economía de este tipo proviene de la expectativa de que los seres humanos se comportan de tal manera para conseguir la máxima cantidad de beneficios económicos» (71). Tal énfasis en un comportamiento tan monetizado requiere la separación de los ámbitos económico y político, con el mercado como ente independiente. «Un mercado autorregulado requiere la separación institucional de la sociedad en una esfera económica y otra política.» (74). Para Polanyi, esta versión revierte el orden normal de las sociedades humanas: «Normalmente, el orden económico es una simple función del orden social. Ni en condiciones tribales, ni feudales ni mercantiles ha existido jamás, tal como hemos visto, un sistema económico separado de la sociedad». (74). Así, dichas disposiciones generan las condiciones para el florecimiento de una sociedad de mercado. «Una economía de mercado solo puede existir en una sociedad de mercado... Una economía de mercado debe incluir todos los elementos de la industria, incluyendo la mano de obra, el terreno y el dinero.» (74).

Esta condición básica es la transformación de la mano de obra, el terreno y el dinero en mercancías para el mercado. «Pero la mano de obra y el terreno son nada menos que los propios seres humanos que forman toda sociedad y el entorno natural en el que existen.» (75). «Pero resulta obvio que la mano de obra, el terreno y el dinero *no* son mercancías; el postulado que dicta que todo lo que se compra y se vende debe haber sido producido para su venta es enfáticamente falso en relación con estos elementos.» (75). Porque la transformación de la mano de obra en una mercancía, tal como ha conseguido la industrialización, tiene el siguiente efecto: «La organización de la mano de obra cambiaría al mismo tiempo que la organización del sistema de mercado. Pero dado que la organización de la mano de obra es solo otro término para describir las formas de vida de la gente común, esto significa que el desarrollo del sistema de mercado vendría acompañado de un cambio en la organización de la propia sociedad. Al final, la sociedad humana se habría convertido en accesorio del sistema económico.» (77).² No obstante, el siguiente movimiento de Polanyi resulta crítico. La lógica implacable de este «molino satánico» acabaría destruyéndolo todo: mano de obra, terreno y dinero, es decir, las personas, el entorno y la sociedad. Como resultado, nunca ha existido, y *nunca podrá existir*, una sociedad de mercado real (Block, 2001). La sociedad de mercado genera las condiciones para que se produzca un «doble movimiento» en el que los defensores del «mercado libre» deben luchar constantemente con aquellos que buscan «mano de obra, terreno y dinero» —las personas, el entorno y la sociedad— contra estas posibilidades destructivas.

2 Citando a Polanyi: «Permitir al mecanismo del mercado actuar como único director del destino del ser humano y su entorno natural, incluso de la cantidad y la utilización del poder de compra, resultaría la destrucción de la sociedad. La «fuerza laboral» no se puede tiranizar, usar indiscriminadamente o no usar con la excusa de una supuesta comodidad, sin que eso afecte también al individuo humano, que resulta ser el portador de esta peculiar comodidad. Al desechar el poder laboral de una persona, el sistema se desharía accidentalmente de la entidad física, psicológica y moral llamada «hombre» que va unida a dicha etiqueta. Privados de la cobertura protectora de las instituciones culturales, los seres humanos perecerían por los efectos de la exposición social; morirían como víctimas del distanciamiento social agudo mediante el vicio, la perversión, el crimen y la inanición. La naturaleza quedaría reducida a sus elementos, los barrios y paisajes serían profanados, los ríos se contaminarían, la seguridad militar se vería amenazada y el poder de producir comida y materias primas quedaría destruido. Finalmente, la administración del mercado del poder de compra liquidaría periódicamente a las empresas, ya que la escasez y el exceso de dinero resultarían tan desastrosos para los negocios como las inundaciones y las sequías para la sociedad primitiva. Indudablemente, los mercados de la mano de obra, el terreno y el dinero son esenciales para una economía de mercado. Pero no hay ninguna sociedad que pudiera resistir durante mucho tiempo los efectos de tal sistema de ficciones primitivas, a menos que su sustancia humana y natural, así como su organización empresarial, se viera protegida contra los estragos de este molino satánico». (76-77)

Comprender que la demanda de una economía de mercado nunca se ve satisfecha, sino que genera constantemente mecanismos políticos y sociales que limitan su lógica, tiene algunas implicaciones críticas:

1. Se trata de un ideal *utópico*. (Fred Block deja muy claro este primer punto en su nueva introducción a Polanyi.) Los fundamentalistas del mercado son *idealistas* que nunca se convencerán de que sus ideas son equivocadas. Porque, dado que no hay ninguna sociedad humana que pueda permitir el dominio absoluto del libre mercado, cualquier fallo del «libre mercado» solo es atribuible a la falta de *suficiente* «libre mercado». El resultado final es que el fundamentalismo del libre mercado, igual que el resto de formas de fundamentalismo, se convierte en una profecía que se cumple a sí misma. En palabras de Karl Popper, es «infalsificable». Nos sentimos muy cómodos defendiendo a Popper y su crítica de Marx y Hegel, porque eran «historicistas». Pero hay otras formas de fundamentalismo que también están sujetas a la misma crítica. (La imagen del gobierno federal siendo ahogado en la bañera o en el inodoro: nunca hay demasiada desregulación.) (Si aceptamos los argumentos antiutópicos contra la izquierda, es hora de aplicar dichos argumentos antiutópicos también contra la extrema derecha.)
2. 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.
3. Entender la libertad como «elección» es incorrecto. En este punto, debemos comprender que el poder real del argumento del «libre mercado» no se basa en el mercado, sino en la presunta conexión del libre mercado con la *libertad*. Milton Friedman afirmó que existe una conexión necesaria (si no suficiente) entre la libertad económica y la libertad política, y su pequeño libro llamado *Capitalism and Freedom* aparece muy arriba en las listas de los libros más influyentes del siglo XX.

En un libro reciente, Eric McGillvray argumenta (contra Friedman) que la asociación de la libertad con el crecimiento del mercado es simplemente un vestigio de accidente histórico (McGillvray, 2011). McGillvray apunta que el propio lenguaje del «libre mercado» casi nos impide atacarlo:

p. 181: «La relación próxima, en el pensamiento político moderno, entre libertad y mercado es tanto históricamente anómala como, en algunos aspectos, moralmente inquietante. Mientras los defensores de la libertad de mercado sean capaces de monopolizar el lenguaje de la libertad en la vida pública, serán capaces de sesgar los términos del debate de forma que se tienda a exagerar los méritos de las soluciones basadas en el mercado para los asuntos de interés público. Cuando preguntamos si los gobiernos deberían aplicar una política fiscal y económica para intentar estimular la economía, si algunas empresas son «demasiado importantes para caer», si habría que proteger a los individuos de las consecuencias de las malas decisiones económicas o de las malas condiciones económicas, o si aquellas personas que sufren a manos del mercado —los desempleados, las personas que no tienen seguro, los desafortunados, los pobres— deberían recibir ayudas públicas, existe una intuición popular que indica que, en una sociedad verdaderamente libre, ninguna de estas situaciones se produciría: que el crecimiento económico sería impulsado por medios privados en lugar de públicos, que se dejaría caer a las malas empresas, que la gente debería vivir con las consecuencias de sus malas decisiones o su mala suerte, que el futuro de las personas necesitadas quedaría en sus propias manos, etc.»

p. 182: «En resumen, el propio lenguaje que usamos para hablar sobre cuestiones de economía política —el lenguaje del «libre» mercado— nos predispone a responder a estas preguntas de cierta manera, incluso cuando hay razones para creer que esta podría no ser la mejor respuesta en términos económicos y humanos.»

Para transformar el punto de vista histórico de McGillvray en una perspectiva lógica, una vez que usamos el lenguaje del «libre mercado», lo que soporta al mercado es «libre», mientras que lo que no lo soporta no lo es. Tautológicamente, la libertad es el libre mercado. Pero este no era el significado original de la libertad, que estaba más relacionado con la capacidad de los humanos para vivir la vida como creyeran más conveniente: en términos religiosos y personales. Cuando las capacidades económicas limitan la habilidad de la gente para prosperar en el mundo, entonces debemos replantearnos este significado de libertad.

No obstante, antes de abandonar esta tautología histórica que reza que «libre mercado equivale a libertad», debemos identificar otro elemento clave. La idea de que «todo el mundo» es libre en una sociedad de libre mercado resulta tan mítica como el libre mercado y la idea de que todo el comportamiento humano viene motivado por la economía. Bowles y Gintis (1987) observaron que todo «libre mercado» excluye a ciertas personas, a aquellas que son consideradas incapaces de «elegir» y que son reducidas al estado de «aprendizaje».³ Los niños se encuentran entre los grupos que históricamente no están preparados para elegir,⁴ pero también lo han sido las mujeres, las personas con discapacidad, los y las sirvientes, los habitantes de espacios coloniales «incivilizados» (Mill, 2008), etc. Uno de los claros efectos de esta falsa integración es que ignora los elementos antidemocráticos del «libre mercado» y el hecho de que la forma que tiene el libre mercado para civilizar a otros es obligarles a adoptar la economía política neoliberal global (cf Polanyi).

4. La idea de que solo los mercados libres permiten la democracia es errónea. De hecho, la democratización es la *consecuencia involuntaria* de la demanda que el libre mercado hace por una mayor expansión del mercado. La historia alternativa de Polanyi sobre el libre mercado, que siempre incluye un «doble movimiento», arroja una luz distinta sobre este hallazgo: la libertad —en este caso, significa disponer de derechos políticos para reunirse y hablar en público, libertad ante cualquier tipo de coacción religiosa y, lo que es más importante, disponer de derechos por el mero hecho de ser una persona— no es el resultado del libre *marketing*, sino de los *esfuerzos políticos continuados* debido a la necesidad de controlar el fundamentalismo de libre mercado. La larga historia de la «libertad» y su asociación con la propiedad, y con un lento reconocimiento de que cada persona dispone de «propiedad» gracias a su capacidad de trabajo, etc., no es la historia del crecimiento de los mercados, sino de los dobles movimientos que contenían y controlaban los mercados. Sin embargo, aunque la obra *The Road to Serfdom*, de Frederick Hayek, se sigue leyendo ampliamente, la crítica de Polanyi a su historia no es una lectura tan habitual.⁵

La democratización es una consecuencia involuntaria de la demanda que el libre mercado hace por una mayor inclusión. A medida que más personas entraban en la esfera económica en condiciones de dominio, ya no resultaba tan peligroso incluirlas políticamente. La franquicia se fue abriendo, en parte por la lucha con uñas y dientes y en parte por conformidad, porque esta gente solo suponía un riesgo controlable.

³ «En su lugar, sugerimos que se encuentra en la naturaleza de la propia dicotomía de aprendizaje-elección, el hecho de ocultar sistemáticamente la cuestión de la dominación en el desarrollo humano; que el estado liberal no pueda responder por su propia forma de imponer preferencias es simplemente un buen ejemplo de ello.» Bowles S. y Gintis H. (1987) *Democracy and Capitalism: Property, Community and the Contradictions of Modern Social Thought*, Nueva York: Basic Books. (p. 126)

⁴ Aunque hay trabajos recientes que sugieren que los menores cada vez están más «mercantilizados» y son transformados en electores, incluso si la base de sus elecciones no puede emanar de la racionalidad otorgada a los actores económicos. Ver, entre otros, Schor J. B. (2004) *Born to Buy*, Nueva York: Scribner.

⁵ Una búsqueda rápida en Google de los nombres de estos tres académicos, y aunque no sea la fuente más fiable, ilustra la magnitud de la diferencia: Polanyi, 408 000 resultados; Friedman, 5 210 000; Hayek, 11 200 000.

En este punto, debo responder a otra objeción. Si estoy en lo cierto, y está claro que el neoliberalismo tiene mucho de incorrecto, entonces ¿por qué el neoliberalismo resulta una idea tan consensuada? Evidentemente, existe un enfoque que entiende a los humanos como seres cuidadores que resulta compatible con el neoliberalismo. Los neoliberales tienen un discurso poderoso respecto al cuidado: presuponen que el buen cuidado consiste en la responsabilidad personal y el mercado. Toda persona necesita planificar para cuidar de su propia familia. Si no dispone de recursos, puede adquirirlos en el mercado. Por supuesto, 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.

2.3. Cuidado democrático: un discurso y un paradigma alternativos

En el siguiente apartado de este artículo expongo que existe una forma alternativa de ver el mundo político y social: priorizar el cuidado ante cualquier análisis puramente económico. Con esto no quiero decir que los análisis económicos no sean extremadamente útiles, pero debemos modificar nuestras formas paradigmáticas de pensar respecto a la sociedad. En este apartado definiré el cuidado y luego explicaré cómo se puede erigir como marco alternativo para la teoría social y política.

2.3.1. Definición de cuidado

Al nivel general, sugerimos entender el cuidado como una «*actividad genérica que comprende todo lo que hacemos para mantener, perpetuar, reparar nuestro mundo de manera que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo comprende nuestro cuerpo, nosotros mismos, nuestro entorno y los elementos que buscamos enlazar en una red compleja de apoyo a la vida*». (Fisher y Tronto, 1990, 40); (Tronto, 1993, 103)

Esta definición de cuidado es muy amplia, pero queda más clara si incluimos varias fases del cuidado. Fisher y Tronto también especificaron que existen cuatro fases del cuidado. Este punto de vista ha demostrado ser extremadamente útil como enfoque analítico para el estudio de las prácticas del cuidado. Dichas fases son: en primer lugar, esa necesidad de *interesarse* por una situación. Si una persona no identifica una necesidad por cubrir, no se inicia ningún proceso de cuidado. Posteriormente, Tronto describió el requisito moral para dicho interés como «atención». En segundo lugar, una vez se ha identificado una necesidad, alguien o alguna entidad necesita *encargarse* de ella, es decir, asumir la responsabilidad (su cualidad moral). En tercer lugar, para cubrir una necesidad se necesita el trabajo real del cuidado. Tronto describe la competencia como la noción moral necesaria para cubrir dichas

necesidades. Y, finalmente, quien recibe el cuidado responde; la fase conocida como «recepción de cuidado». Para Tronto, esto requiere la cualidad moral de la capacidad de respuesta. En 2013, Tronto añadió una quinta fase del cuidado, «cuidar con», que hace referencia al hecho de que, mientras se produce el cuidado, las personas tienden a confiar en la provisión continuada de dicho cuidado. Sus cualidades morales son la confianza y la solidaridad.

Fisher y Tronto observaron que, a menudo, los procesos de cuidado no se describen de esa forma holística, además de señalar que a menudo estos aspectos del cuidado se encuentran divididos. Por ejemplo, en una agencia, un administrador puede asumir la responsabilidad de dividir las tareas o proporcionar recursos para llevar a cabo cada una. Es posible que las personas no trabajen juntas; a menudo las personas cuidadoras hacen frente a múltiples tareas con recursos inadecuados para llevarlas a cabo. Por otra parte, intentar convertir el cuidado en un proceso holístico ayudará a identificar algunos de los límites de las prácticas del cuidado existentes. Por tanto, la descripción de las prácticas del cuidado puede ofrecer una perspectiva crítica sobre la calidad del cuidado ofrecido.

2.3.2. Las ventajas de usar el cuidado

Hay algo más que queda muy claro cuando se desglosa el cuidado en sus componentes. No solo existen personas cuidadoras y receptoras de cuidados en ciertas situaciones, sino que ambas también tienen diferentes niveles de poder en esta situación. Explicado de manera simple, el poder relativo de las personas cuidadoras o receptoras de cuidados depende de la naturaleza de las necesidades, tal como observó Kari Waerness hace mucho tiempo (Waerness, 1984). Cuando las necesidades de cuidado son precisas, la persona receptora del cuidado se encuentra en desventaja relativa en términos de poder: una persona no puede cuidar de sí misma si sus necesidades requieren, por ejemplo, las habilidades expertas de un cirujano. Por otra parte, hay ciertos cuidados que parecen más un servicio: el ejemplo de Waerness es el de un marido que espera que su esposa recoja la ropa sucia esparcida por la casa, aunque es una tarea que podría hacer él mismo. En general, los cuidados de servicio dejan a la persona cuidadora en una posición de cierto poder; ella podría decidir hacerlo por sí misma o encontrar a otra persona que lo haga. Aunque en este caso mi explicación simplifica en exceso la situación, nos ayuda a darnos cuenta de que las situaciones de cuidados son siempre situaciones de poder, es decir, son inevitablemente políticas.

Cuando comprendemos que el cuidado es fluido y supone una situación de poder, también reconocemos que las responsabilidades del cuidado se pueden aceptar o rechazar de innumerables maneras. Es posible que no todos los miembros de la familia acepten de buen grado todas las opiniones sobre lo que debería hacer el resto para cuidar de un miembro de la familia. Por tanto, la tarea es encontrar alguna forma de planificar este tipo de situaciones. Ahora llegamos al tema de la importancia de una ética democrática del cuidado. Este tipo de enfoque requiere entender la democracia como la asignación de responsabilidades entre todos los miembros de la comunidad política, así como el método democrático mediante el cual todas las personas tienen voz para dichas asignaciones (Tronto, 2013). En palabras de Walker: «Una ética de la responsabilidad como punto de vista moral normativo intentaría asignar correctamente a las personas y las responsabilidades en los lugares correctos con respecto al otro». (Walker, 1998, 84). De esta manera, la democracia ya no trata sobre «la economía», sino que recoloca «la economía» de manera que las cuestiones sobre la calidad de vida y cobertura de las necesidades de las personas se convierten en los principales temas democráticos. Está claro que el poder relativo de diferentes actores afectará al resultado de estas políticas, a menos que se produzca una verdadera negociación que incluya a todo el mundo. En el pasado, se han usado dos mecanismos principales para evitar que la gente acepte sus responsabilidades de cuidado. Yo denomino a esta

situación la «irresponsabilidad privilegiada». Hace referencia al hecho de que aquellas personas que se encuentran en posiciones relativas de poder pueden evitar sus responsabilidades de cuidado reasignándolas a otras personas.

La primera forma de ejercer la irresponsabilidad privilegiada es mediante la exclusión histórica de algunas personas de la toma de decisiones sobre la naturaleza de los cuidados, aunque posteriormente se obligue a estas personas a realizar el trabajo (cf. Glenn, 2010). La exclusión, dejar a ciertas personas fuera de la conversación, ha sido, históricamente, una manera importante de «repartir a gusto» las responsabilidades de los cuidados (Boris, 2012). Históricamente, esta ha sido la forma más fácil de evitar los cuidados: las sociedades injustas, como las que usaban la esclavitud, eran muy claras a la hora de describir a los esclavos como capaces solo de realizar las tareas más insignificantes de la sociedad.

Pero existe otra forma de repartir responsabilidades de manera no democrática. Si al quien se ausenta de la discusión, tampoco es necesario que asuma su parte de responsabilidad. Algunas personas reciben «permisos» para saltarse el debate sobre la responsabilidad. Para justificar la evasión de la tarea de asignación de responsabilidades, la gente usa excusas como las siguientes: «Estoy ocupado/a protegiéndote», «Estoy ocupado/a produciendo en el mercado», «Estoy ocupado/a cuidando de mi propia familia» o «Ya dono a mis organizaciones benéficas favoritas». Las cuestiones sobre la razón por la que algunos miembros de la sociedad han recibido «permisos» para evadir sus responsabilidades de cuidado deben responderse para que el cuidado pueda ser verdaderamente democrático. 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. Puede que parezca un objetivo distante, pero para empezar a avanzar debemos dar algunos pasos obvios.

2.4. Necesitamos un movimiento democrático y político respecto al cuidado

Los movimientos feministas de mediados del siglo pasado alcanzaron muchas metas. Consiguieron terminar con los sistemas de castas a la hora de contratar en profesiones de clase media-alta. Crearon las condiciones para conseguir unos derechos reproductivos y de salud mucho más amplios. Impulsaron la causa de los derechos humanos. Pero, en relación con otros asuntos, no han conseguido detener el avance de las ideas neoliberales, y las mujeres se han visto tan arrastradas hacia el mundo neoliberal «plano» de Thomas Friedman como otros colectivos. Al aceptar de muchas maneras el discurso existente de la «libertad», los movimientos feministas de los Estados Unidos no consiguieron avanzar en el otro lado del «doble movimiento» que postulaba Polanyi para contrarrestar el limitado punto de vista de los fundamentalistas del mercado (Eisenstein, 2009). La Carta de Presentación de 1966 publicada por la Organización Nacional de Mujeres supone una llamada a la inclusión, pero nunca fue capaz de conseguir que la mayoría de los hombres, es decir, hombres blancos de clase media, entregaran su «permiso» para evitar las responsabilidades del cuidado:

El objetivo de la Organización Nacional de Mujeres es actuar para que las mujeres participen plenamente en la sociedad norteamericana actual, ejerciendo todos los privilegios y responsabilidades inherentes al mismo nivel que los hombres.

Organización Nacional de Mujeres, 1966

Pero las mujeres pronto se percataron de que el papel de la inclusión que ellas desempeñarían no sería el de ser iguales, sino el de ser arrastradas hacia la economía política (Stacey, 1990), es decir, hacia la mano de obra. No resulta sorprendente que gran parte de la renovada atención por el «cuidado» se centre en encontrar soluciones de mercado para cubrir las vacantes generadas cuando cada vez menos personas se quedan en casa para realizar las tareas de cuidado tradicionales, lo que a menudo se conoce como «conciliación laboral». Por tanto, resulta posible, hasta cierto nivel, entender el cuidado en términos de mercado: como algún tipo de mano de obra. Y aun así, eliminar el cuidado de nuestra vida es precisamente el tipo de coste, en términos humanos, que Polanyi ya afirmó que el «molino satánico» conseguiría de nosotros. Es hora de volver a rebatir este libre mercado utópico y de reafirmar los valores del cuidado. Creo que el discurso del cuidado, así como la política del cuidado, pueden servir de paradigma alternativo que nos ayude a ver más allá de los límites del neoliberalismo. En primer lugar, 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. Al contrario que el fundamentalismo de mercado, que presume que la única forma de «poder» que importa es la capacidad del mercado, el cuidado —a nivel político e intelectual— requiere que entendamos la dinámica de la dominación y los efectos de las injusticias pasadas.

En segundo lugar, el cuidado requiere que apreciemos la interdependencia humana. La teoría del cuidado ofrece una imagen más completa de la vida humana, ya que sitúa las *relaciones* y su culminación como centro de nuestro mundo, en lugar de individuos codiciosos. Para repetir lo ya dicho anteriormente, todos somos iguales en el sentido de que todos necesitamos cuidados. El cuidado no es solo una necesidad de los débiles, los jóvenes y los mayores. Todos los seres humanos necesitamos cuidados, cada día. Dado que la mayor parte de nuestra teoría social y política se centra en «escogedores», en lugar de «aprendices», las necesidades de cuidado de las personas dependientes son más visibles. (Aunque Bowles y Gintis tienen razón al querer resistirse a estas categorías, también tienen cierto significado). Pero eso no significa que las necesidades de lo elocuente estén más presentes ni sean más apremiantes. La cuestión sobre la verdadera representación democrática regresa al escenario cuando planteamos la siguiente pregunta: ¿quién decide sobre las responsabilidades de los cuidados?

En tercer lugar, el cuidado democrático presupone que los humanos y las sociedades existen a través del tiempo. Cada persona vive momentos en los que cambian sus funciones cuidadoras principales: tenemos una relación diferente con los cuidados cuando somos niños que cuando somos adultos. La suposición del mercado de que todas las personas son trabajadoras preparadas para que se obtenga de ellas su trabajo, se revela como sesgada e ideológica. En cualquier momento, diferentes miembros de cualquier sociedad pasan por diferentes fases del ciclo vital, y la ciudadanía debe prestar atención a esta amplia gama de necesidades, no solo a las propias.

En cuarto lugar, dado que los discursos del cuidado son externos al marco de obligación del mercado/contrato, permiten cambiar el debate sobre una cuestión democrática tan básica como es el significado de la igualdad. Estudiemos este ejemplo: aunque los políticos (y los científicos políticos) alertan contra los males y los peligros de la «desigualdad económica» para la sociedad (y el «capital social»), no tienen forma de responder al hecho de que tal desigualdad es solo un efecto «natural» del trabajo de los mercados. Pero las promesas presidenciales solo sirven para ocultar la realidad; que nadie

está dispuesto a plantear la pregunta clave: ¿quién es *responsable*? ¿Se puede ser responsable de la injusticia económica de manera no premeditada en las acciones diarias conscientes? No hay ninguna manera original de reflexionar sobre una solución para dichas cuestiones hasta que podamos romper con la lógica que reza que la moralidad consiste en algún tipo de «responsabilidad personal» que incluye únicamente obligaciones que ha aceptado intencionadamente.

En términos más concretos, debemos aceptar que la revolución democrática estará incompleta mientras no incluya a todo el mundo en los debates sobre la asignación de las responsabilidades de los cuidados en la sociedad. Esto significa que hay que retirar los «permisos» y que debemos reflexionar de nuevo sobre la razón que puede justificar que algunas personas queden liberadas de las responsabilidades de los cuidados y que dichas responsabilidades recaigan en otras personas. Si el género ya no define quién debería realizar todo el trabajo de los cuidados, la sociedad cambiará de manera fundamental. Si reflexionamos seriamente sobre lo mucho que interfiere el tiempo que estamos trabajando en nuestra capacidad para cuidar adecuadamente, revolucionaremos la sociedad al redistribuir el tiempo.

Finalmente, debemos reconocer que, dado que el cuidado es una práctica, si queremos que la gente cuide de otros de manera más democrática, necesitan aprender cómo hacerlo. La manera de conseguirlo es democratizar las propias prácticas de los cuidados. Un ejemplo de la forma de hacerlo es reflexionar seriamente sobre si las jerarquías de los cuidados sirven para algo. Suzanne Gordon (2013) reflexiona sobre el error médico, por ejemplo, estudiando los cambios sufridos en la formación de los pilotos. Cuando los pilotos eran formados como las únicas personas con conocimientos y autoridad, se producían más accidentes de avión. Cuando las compañías aéreas empezaron a formar a todo el equipo de vuelo para repartir las responsabilidades, el resultado fue un aumento de la seguridad en los vuelos. Muchos académicos contemporáneos se lamentan de la pérdida de «capital social» debido a la incorporación cada vez mayor de mujeres al mercado laboral (Putnam, 2000) y argumentan que la democracia no será saludable hasta que se revierta esta tendencia. Pero otra forma de entender el capital social es tratarlo como cuidado colectivo. Y si más personas volvieran a sistemas de cuidado colectivo y no pudieran eludir el participar, el capital social volvería a emerger.

2.5. Conclusión

Puede que esta idea sea verdaderamente utópica. Por el contrario, podríamos argumentar que un enfoque centrado en el cuidado es mucho más realista. Es más realista porque tiene en cuenta las dinámicas de poder presentes en las relaciones de cuidados. En cierta forma, estudiar el poder en las relaciones de cuidados nos permite descubrir las injusticias pasadas y presentes en el proceso de asignación de cuidados (Duffy, 2011). Nos permite percibir los patrones de dominación que subyacen y permanecen en las decisiones relacionadas con los cuidados. Nos permite identificar y hablar de manera más clara sobre las formas de interdependencia de la gente y, en consecuencia, encontrar mejores formas de tratar las diferencias.

Existen varios cambios concretos e importantes que podría aportar el enfoque relacionado con el cuidado. En primer lugar, podríamos reorganizar la jornada laboral, trabajar menos horas y cobrar más, para que todo el mundo pudiera cuidar mejor de su familia. Podríamos empezar a crear espacios públicos para debatir cuáles son las necesidades humanas reales y prioritarias. Podríamos explorar la cuestión de si se deberían aumentar las inversiones en salud en comparación con la medicina avanzada,

más visible y cara. Y podríamos llegar a apreciar que cuidar del mundo natural es un componente vital del ser humano capaz de «vivir en el mundo de la mejor manera posible».

El cuidado es la mejor manera de reformular las políticas democráticas. Sería posible alejar el discurso político del neoliberalismo y acercarlo a una economía y una política centrada en el cuidado. El cuidado ofrece un marco mediante el cual los ciudadanos pueden centrar su atención, de manera democrática, en ellos mismos y en sus necesidades individuales y colectivas. Esto no significa que todo el mundo esté de acuerdo sobre la mejor manera de resolver los conflictos que inevitablemente surgirán respecto a propuestas para cubrir diferentes necesidades, priorizar tipos de cuidado, etc. Al fin y al cabo, dichos conflictos son el núcleo central de la política. Pero el presente desencanto con la política es un signo del hecho de que la política parece estar desconectada de la vida de las personas. Cuando la política trate sobre lo que le importa a la población, las personas volverán a interesarse por la política.

En este artículo he intentado girar las tornas respecto al argumento que indica que asignar más valor al cuidado resulta utópico. Ese argumento solo tiene sentido si se acepta la idea de que el fundamentalismo del mercado es la única forma de organizar la sociedad. Pero basándome en el trabajo de Karl Polanyi (2001), he sugerido que el fundamentalismo de mercado es un sueño utópico incluso ahora, que estamos tan inmersos en él. A continuación, he ofrecido una alternativa: si convertimos el cuidado en el asunto central de una sociedad verdaderamente democrática, entonces tendremos una sociedad que refleje las realidades de la vida humana. El cuidado es más realista, no menos. Ofrece una mejor forma de reflexionar sobre los problemas del poder político, de la interconexión humana, del problema complejo de la organización de la sociedad en el tiempo y durante el ciclo vital. No permite a la gente escapar del cuidado por exclusión, por ausencia o por la excusa de que sus responsabilidades se limitan a sus obligaciones contractuales.

Aún más, si este argumento resulta convincente, ¿por qué no se ha producido todavía el cambio? Admito que es una buena pregunta. Deborah Stone, que escribió sobre ello hace más de una década, remarcó que necesitábamos movimientos sociales para conseguir cosas que debían haber sido nuestras por derecho: aire y agua limpios (Stone, 2000). Pero eso no ocurrió hasta que alguien empezó a organizarlo. Por tanto, también necesitamos un movimiento que nos permita ver el valor del cuidado.

El ejemplo de «Ocupar Wall Street» demuestra que se puede cambiar el discurso político. Pero, al final, «Somos el 99 por cien» no ofrece mucha orientación para el cambio político.

Probemos con esto otro: «Somos quienes prestamos los cuidados, quienes los recibimos, profesionales, no profesionales, familias, trabajadores, menores, personas mayores, personas con discapacidad, enfermas, sanas, y todas participamos en el cuidado». Vivimos en una sociedad guiada por la esperanza utópica de que los mercados mejoran las cosas, por lo que, cuando hablan de cuidado, solo quieren mejorar los cuidados para aquellas personas que pueden comprar más cuidados en el mercado.

«Ya hemos terminado con el mercado como principio organizador de nuestras vidas. Queremos disfrutar de nosotros mismos, de nuestras amistades y familia, queremos compartir las tragedias y placeres de la vida con quienes tenemos cerca y lejos. Queremos democracia: y eso significa compartir entre todas y todos, de manera igual y justa, las penas y alegrías que implican los cuidados.»

«Nos importa: nos importamos nosotros, nos importan otras personas cercanas y lejanas, nos importan nuestros ideales de igualdad y libertad, y nos importa nuestro mundo».

Devolvamos la economía al lugar que le corresponde y aprendamos a ser buenos vecinos.

2.6. Referencias

LANHAM, MD.: ROWMAN & LITTLEFIELD. (2000). *The wall around the West: state borders and immigration controls in North America and Europe* / publicado por Peter Andreas y Timothy Snyder,: Rowman & Littlefield.

BLOCK F. (2001). Introducción. En: Polanyi K (ed.) *The Great Transformation*. 2.^a edición de bolsillo, ed.Boston: Beacon Press.

BORIS E. (2012). *Caring for America: Home Health Care Workers in the Shadow of the Welfare State*, Nueva York: Oxford University Press.

BOWLES S Y GINTIS H. (1987). *Democracy and Capitalism: Property, Community and the Contradictions of Modern Social Thought*, Nueva York: Basic Books.

BROWN W. (2015). *Undoing the Demos: Neoliberalism's Stealth Revolution*, Brooklyn: Zone Books. Duffy M. (2011) *Making Care Count: A Century of Gender, Race, and Paid Care Work*, Nuevo Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

EISENSTEIN H. (2009). *Feminism seduced: how global elites use women's labor and ideas to exploit the world*, Boulder, CO: Paradigm.

FISHER B Y TRONTO JC. (1990). «Toward a Feminist Theory of Caring». En: E. Abel y M. Nelson, ed., *Circles of Care* (Albany: SUNY Press, 1990): 36-54. En: E. Abel y M. Nelson (ed.) *Circles of Care*. Albany, NY: SUNY Press, 36-54.

FRIEDMAN T. L. (2005). *The world is flat: a brief history of the globalized world in the twenty-first century*, Nueva York: Allen Lane.

GIBSON-GRAHAM J. K. (1996). *The end of capitalism (as we knew it): A Feminist Critique of Political Economy*, Minneapolis: University of Minnesota Press.

GLENN E.N. (2010). *Forced to Care: Coercion and Caregiving in America*, Cambridge: Harvard University Press.

GORDON S, MENDENHALL P Y O'CONNOR BB. (2013). *Beyond the Checklist: What Else Health Care Can Learn from Aviation Teamwork and Safety*, Ithaca: Cornell University Press.

HOPPANIA H-K Y VAITTINEN T. (2015). «A Household Full of Bodies: Neoliberalism, Care and 'the Political'». *Global Studies*, 29: 70-88.

MCGILLVRAE E. (2011). *The Invention of Market Freedom*, Nueva York: Cambridge University Press.

MCROBBIE A. (2011). Prefacio. En: Gill R. y Scharff C. (eds.) *New Feminities: Postfeminism, Neoliberalism, and Subjectivity*. Nueva York: Palgrave MacMillan.

MCRUER R. (2006). *Crip Theory: Cultural Signs of Queerness and Disability*, Nueva York: NYU Press.

MILL J. S. (2008 [1859]). *Sobre la libertad*. Madrid: Tecnos.

ORGANIZACIÓN NACIONAL DE MUJERES. (1966). Carta de Presentación. Washington, D.C.

POLANYI K. (2001 [1944]). *The Great Transformation*, Boston: Beacon Press.

PUTNAM R. D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, Nueva York: Simon and Shuster.

SCHOR J. B. (2004). *Born to Buy*, Nueva York: Scribner.

SOMERS J. (1983). *Diary of a Good Neighbor*, Nueva York: Knopf.

STACEY J. (1990). *Brave New Families: Stories of Domestic Upheaval in Late-Twentieth Century America*, Berkeley: University of California Press.

STONE D. (2000). «Why We Need a Care Movement». *The Nation*. 13-15.

TRONTO J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political argument for an ethic of care*, Nueva York: Routledge.

TRONTO J. C. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*, Nueva York: NYU Press.

WAERNES K. (1984). «Caring as Women's Work in the Welfare State». En: Holter H. (ed.) *Patriarchy in a Welfare Society*, Oslo: Universitetsforlaget, 67-87.

WALKER M. U. (1998). *Moral Understandings: A Feminist Study of Ethics*, Nueva York: Routledge.

3. ¿Puede ser codificada la ética del cuidado?

Joan Tronto y Helen Kohlen

Un análisis del papel de los códigos de ética enfermera desde la perspectiva de la ética del cuidado

3.1. Introducción: la pregunta

Un reciente anuncio de televisión en Estados Unidos pregunta a los automovilistas: «¿realmente saben lo que dice su seguro de automóvil?» Sugiere en tono irónico que, para la mayoría de nosotros, toda esa terminología legal suena a «bla bla bla». En una sociedad con relaciones jurídicas complejas, pocos conocemos todas las reglas que gobiernan nuestras vidas. Los códigos de ética podrían ser una de esas áreas a las que realmente prestamos menos atención de la que deberíamos. Cuando Tronto conoció a estudiantes estadounidenses que iniciaban sus estudios de Derecho, muchos de ellos se referían al curso que obligatoriamente tenían que realizar sobre «responsabilidad profesional» como «Pro Wrestling» (irónicamente, ya que la lucha libre profesional es un deporte en el que nadie cree, pues a pesar de que los luchadores realmente compiten, toda la pelea está amañada. No hay manera de que pueda llegar a ser un juego «ético».) «¿Dónde está la dificultad que justifica que debamos realizar un curso?», preguntaban esos jóvenes abogados de futuro, si todo se reduce a «no mientas, no engañes o no robes». Sin embargo, los escándalos en los bancos, en los bufetes de abogados, en el Gobierno, en las instituciones de salud y en otros lugares lamentablemente dejan claro que la ética sigue, todavía, siendo un desafío para los profesionales. No es suficiente tener un código de ética, lo que realmente queremos es que los profesionales actúen de manera ética.

La decana del Consejo de Enfermeras y Enfermeros de Cataluña, Montserrat Teixidor i Freixa, inició la presentación del nuevo Código de Ética adoptado por el Consejo Catalán de Enfermeras y Enfermeros en 2013 con el reconocimiento del papel histórico de los Códigos de Ética en proporcionar respuestas basadas en principios a las cuestiones morales:

«Las profesiones que trabajan con y para las personas se han dotado históricamente de códigos deontológicos para regular la toma de decisiones de manera fundamentada, especialmente cuando surgen conflictos».

Teixidor 2014, 7

En las últimas décadas, sin embargo, estudiosos feministas y de otros ámbitos han desafiado cada vez más el enfoque deontológico que afirma que los estándares éticos solo pueden llevarse a cabo mediante la declaración de principios éticos. Generalmente este desafío a los enfoques filosóficos deontológicos de la ética suele identificarse como la «ética del cuidado» feminista. La enfermería, durante su larga historia (Domínguez Alcón 2016), ha estado estrechamente asociada con el cuidado, por lo que, en ella, la ética del cuidado surge de manera natural. Indirectamente, esta cuestión aparece en el nuevo Código de las Enfermeras y Enfermeros de Cataluña: «El esfuerzo de la profesión para dotarse de códigos de ética es la expresión pública del nivel de conciencia ética de las enfermeras, ya que tener a mano una guía para la dirección ética en la práctica profesional significa haber comprendido ese cuidado, rasgo distintivo de la profesión enfermera, es una tarea de sinergia y [complementariedad] entre la competencia técnica y la competencia ética». (Teixidor, 2014, 13-14).

Pero a pesar de que se reconoce el papel del cuidado como un tipo de competencia ética y técnica, el nuevo código no cambia su enfoque deontológico por un claro enfoque de ética del cuidado. Por lo tanto, la tensión en este texto nos sugiere una pregunta básica: ¿la codificación de la ética del cuidado ayudará a mejorar los códigos de ética o la práctica enfermera? Esta es una cuestión más compleja de lo que podría parecer. Para abordarlo, este artículo desarrolla tres argumentos. Primero, consideramos el compromiso y los problemas de los Códigos de Ética. En segundo lugar, exploramos cómo la ética del cuidado feminista ofrece un enfoque ético diferente que sirve de crítica a los códigos de ética. En tercer lugar, extraemos algunas de las implicaciones prácticas de nuestros hallazgos y, en la conclusión, proponemos una respuesta a la pregunta del título de este artículo.

3.2. Los compromisos y problemas de los Códigos de Ética

Aunque las exigencias de los profesionales de la salud para actuar éticamente datan de, al menos, el Juramento de Hipócrates (Miles, 2005), la regularización de los códigos de ética profesional no tuvo lugar hasta que emergieron las profesiones modernas en el siglo XIX. Entre las cuestiones más polémicas, en los primeros códigos para los médicos en los Estados Unidos se encontraba el cobro de la atención prestada, y no es hasta 1847 cuando el Código de Ética Médica, «una vez considerado un icono del orgullo profesional», fue despojado de su carácter punitivo y convertido en un documento meramente consultivo. Baker (2013,199) llama a este cambio «una precocidad a menudo ignorada por la revolución bioética» que interpreta como un grupo de no médicos que interfieren en la capacidad de los médicos para regular su propia conducta ética (capítulo 10)

La necesidad de códigos de ética para las enfermeras y los profesionales de la salud en general es parte de una estrategia profesional cuyo objetivo es garantizar un máximo de calidad de los servicios ofrecidos al público en general. Existen algunos códigos de ética supranacionales, como el Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) para enfermeras generalistas y para el ejercicio

profesional en áreas específicas, como el código elaborado por la Federación Europea de organismos reguladores y autoridades competentes en Enfermería (FEPI) y el código para enfermeras docentes. Otro documento de este tipo es el protocódigo de ética y conducta para los Directores de Enfermería Europeos, que ofrece una plataforma de reflexión para directores y gestores enfermeros, así como para autoridades e investigadores relevantes, basados en principios y valores éticos y en principios universales que tienen como objetivo mostrar deberes y expectativas profesionales coherentes. El propósito de este protocódigo de conducta ética es servir de base para la discusión de políticas que armonicen y aumenten el conocimiento de los estándares de ética y práctica profesional, para directores enfermeros en toda la Unión Europea.

Por tanto, un planteamiento tradicional de la ética enfermera requiere que las enfermeras usen códigos de ética para dar forma a su trabajo. En su libro sobre bioética y enfermería, la nutricionista australiana Megan-Jane Johnstone (2008) ofrece una visión que frecuentemente le plantean los estudiantes: «Basta con ser una buena enfermera, ¿por qué molestarse con un código de ética?». Ella les responde advirtiéndoles que necesitan hacer más, porque «solo ser una buena enfermera» no implica necesariamente pensar en lo que uno está haciendo. Es posible, simplemente, seguir reglas y ser obediente. Desde esta perspectiva una enfermera novel, para actuar «bien», puede seguir las indicaciones de otros, pero esto no le será suficiente para afrontar situaciones que precisen tomar decisiones. Por supuesto, Johnstone conoce la historia de los códigos éticos y su importancia en constatar la preocupación de las enfermeras por la ética y su utilidad para desarrollar la conciencia profesional. Sin embargo, los códigos de ética tienen múltiples objetivos, muchos van más allá de la toma individual de decisiones.

Sugerimos una serie de posibles objetivos que pueden conseguir los códigos de ética, y los enumeramos aquí:

1. Mostrar una preocupación por la ética. Un código de ética puede transmitir un conjunto concreto de valores compartidos por todos los profesionales que se prescriben como miembros de la profesión. De hecho, el código puede expresar los principios que definen la esencia moral ideal de un profesional.
2. Clarificar el comportamiento apropiado. Pueden ayudar a proporcionar una guía moral clara y consistente para los actores. Pueden articular y reforzar un consenso moral.
3. Servir como una herramienta esencial para enseñar a las enfermeras noveles su profesión. Por ejemplo, Helen Kohlen pide a los estudiantes que consideren preguntas como: ¿Es el código fácil de entender e inspirador? ¿Te gusta su redacción? ¿Por qué sí, por qué no? ¿Qué te parece su estilo? ¿Puedes identificar prohibiciones, cosas que no se deberían hacer? ¿Te hace sentir inspirada o agobiada? ¿Unifica a las enfermeras independientemente de su religión, etnia, género o ubicación geográfica? Si echas algo de menos, ¿por qué deseas agregarlo? ¿Por qué no te gustaría añadirlo?
4. Legitimar un diálogo sobre cuestiones éticas. Cuando surgen situaciones y dilemas desafiantes, pueden servir como punto de partida para las conversaciones críticas que los profesionales pueden tener entre sí.
5. Ayudar a cumplir con los requisitos legales de los trabajadores que necesitan demostrar que su práctica cumple con un estándar de cuidado.
6. Servir como base para una reevaluación de las prácticas enfermeras y servir como razón para

aumentar la participación de las enfermeras en la formulación de políticas.

7. Ayudar a alcanzar mayores niveles de compromiso y tolerancia a la diversidad.
8. Invitar a un diálogo crítico, un pensamiento reflexivo, sobre diferentes situaciones y códigos éticos específicos en diferentes ámbitos de trabajo, por ejemplo, cuidados intensivos.

Observamos que esta miríada de razones supone que los códigos se dirigen tanto a las instituciones como a las personas individuales. El Código catalán, por ejemplo, habla extensamente desde la perspectiva de la enfermera individual que desea actuar éticamente. Pero también, en la introducción queda claro que este código es también un requisito legal. A veces las instituciones tienen códigos de ética para que sus miembros actúen éticamente. Otras veces, sin embargo, parece que el propósito de los códigos de ética es proteger a las instituciones de ser impugnadas por falta de directrices éticas. Y, seguramente, algunos códigos son mejores que otros. Algunos tienen mejores consecuencias que otros.

La metodología utilizada en la elaboración de la última versión del Código de Cataluña, por ejemplo, utilizó un conjunto admirable de métodos mixtos para descubrir qué prácticas y normas éticas parecen informar las prácticas actuales de enfermería en Cataluña. El hecho de partir desde la práctica hace que este Código sea distintivo, al derivar las directrices éticas de la práctica y no al revés.

Una extensa revisión académica de códigos de ética corporativa, códigos generales de ética y la literatura de ética empresarial encontró que se expresaban reiteradamente seis valores: confianza, respeto, responsabilidad, imparcialidad, cuidado y ciudadanía. Todos estos son valores admirables, por lo que es evidente que los códigos de ética proporcionan una ayuda extremadamente valiosa en la formación ética. Ayudan a cumplir algunos fines. Ayudan en la formación y a cumplir con los requisitos legales. Sin embargo, ¿hacen las instituciones más éticas? Los códigos de ética no son las únicas formas posibles de vida ética para las personas y para las instituciones, y de hecho tienen algunos problemas.

Tal vez el primer problema, y el más obvio, de un código de ética como guía de la acción ética es que: un código de ética no se autoejecuta. Requiere apoyo institucional y que alguien lo lleve a cabo. Dependiendo de si la institución realmente proporciona apoyo, el código de ética puede ser poderoso o débil. Cualquier organización puede tratar de materializar el código de ética en su trabajo cotidiano o puede colocarlo en una estantería y solo utilizarlo cuando algo ya ha ido gravemente mal.

Una segunda gran área de problemas es lo que podríamos llamar los problemas de los «*dueling codes*».⁶ Por ahora, prácticamente todas las profesiones tienen sus propios códigos de ética. Pero el código de ética para una profesión no explica cómo interactuar con otra profesión diferente. Muchos códigos de ética incluso especifican que sus practicantes deben ser respetuosos con el trabajo y la experiencia de otras profesiones. Sin embargo, a pesar de enunciarlo, no especifican cómo hacerlo, y quizá es porque ello no puede concretarse en un código. Otro aspecto del problema de los *dueling codes* podría surgir en la interacción de pacientes y profesionales. Muchos estados y organizaciones no gubernamentales ahora proporcionan a los pacientes una extensa declaración de sus derechos.

¿Qué sucede cuando la idea de un profesional acerca de cómo interactuar éticamente con un paciente en particular es vista por este como una violación de sus derechos? ¿Cómo se puede resolver tal dilema ético?

⁶ Entendidos como normas incluidas en códigos de diferentes disciplinas que pueden resultar conflictivas en su aplicación.

Una tercera área de problemas, que ha recibido mucha atención en la ética enfermera, es el problema de la «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. Consideraremos este caso con mayor detalle a continuación. Por ahora, debemos simplemente notar que un código de ética no resuelve este problema y, de hecho, puede empeorarlo.

Para resumir, hemos visto que los códigos de ética tienen algunos propósitos útiles, tanto para las personas como para las instituciones. Por otro lado, los códigos tienen algunas limitaciones serias. Un buen resumen de los problemas es que los códigos de ética no son autoejecutables. Como resultado, hay muchas lagunas en su aplicación. No está claro si el código debe servir de guía para la acción ética de los individuos o de las instituciones. Otra dimensión del problema es que no se reconocen las diferentes y desiguales formas de poder; se presume que los profesionales son los encargados de los aspectos «éticos» de la acción, sin proporcionar ningún lugar para una discusión de juicios morales por parte de los afectados en quienes recaen dichos juicios. Estos conflictos no pueden ser resueltos por los propios códigos.

Una ética feminista del cuidado aborda muchos de estos problemas. Sin embargo, no necesariamente lo hace a través de la revisión de un código de ética. La aproximación al enfoque de la ética del cuidado nos ayudará a estar preparados para pensar en las implicaciones prácticas de nuestro análisis de los códigos de ética y las prácticas éticas profesionales.

3.3. Ética del cuidado feminista y ética profesional para las enfermeras

La ética del cuidado ha evolucionado desde que fue propuesta por primera vez por Carol Gilligan. Desde el punto de vista de la política pública, Olena Hankivsky (2004) dividió la ética del cuidado en dos fases. En la primera concibió la ética del cuidado como más personal y preocupada por la vida íntima. La segunda fase (que, según Hankivsky, comenzó con la publicación de la obra de Tronto *Moral Boundaries* en 1993) concibió la ética del cuidado de forma más amplia y con una vertiente política.

La definición de «cuidado» ofrecida por Fisher y Tronto contempla este concepto más amplio de la ética del cuidado.

En el nivel más general, sugerimos 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 entretener en una red compleja que sostenga la vida* (Fisher y Tronto, 1990, 40); (Tronto, 1993, 103). Esta es una definición muy general del cuidado: amplía el cuidado más allá de la intimidad del hogar para incorporar muchas, tal vez la mayoría, de las actividades en las que los seres humanos y otras criaturas y cosas se involucran (y, de hecho, otros: ver Puig de la Bellacasa, 2012, 2015).

Con el fin de concretar esta definición, Fisher y yo señalamos que el cuidado es un proceso complejo que atraviesa por muchos pasos. Inicialmente se describieron cuatro fases de cuidado; desde entonces he trabajado sobre ellas.

1. **Caring about.** En primer lugar, el cuidado procede de satisfacer las necesidades. Pero satisfacer las necesidades no es tan simple, primero requiere reconocerlas. Reconocer nuestras propias necesidades es difícil, reconocer las necesidades de los demás es aún más difícil.
2. **Caring for.** En segundo lugar, el hecho de que exista una necesidad no significa que nadie en particular tenga que abordarla. En las ciudades, las personas caminan a menudo entre las personas sin hogar como si no estuvieran allí, tal vez pensando: «Alguien debería hacer algo al respecto». Aceptar la responsabilidad y darse cuenta de que algo tiene que ser hecho es la segunda fase de la atención.
3. **Care giving.** Una vez que se identifica una necesidad y alguien ha asumido la responsabilidad de abordarla, cumplirla requiere trabajo. La tercera fase del cuidado es la tarea real de cuidar. Y aquí hay otra complicación: las personas que reconocen la necesidad no son necesariamente las mismas que asumen la responsabilidad de llevarlo a cabo, y los responsables no son necesariamente los que realizan el cuidado real. Un hijo podría ser responsable de arreglar las visitas médicas de sus padres que viven en otra ciudad, por lo que contacta con la trabajadora social. Pero si aquellos que son responsables asignan recursos basados en un alcance demasiado limitado de cuidado, entonces pueden asignar muy poco. Por lo tanto, los cuidadores deben aprender a lidiar con el cuidado en circunstancias poco ideales.
4. **Care receiving.** Después de que el trabajo de cuidado se lleva a cabo, hay otra fase. ¿Cómo sabemos que el cuidado ha sido exitoso? La recepción de cuidados requiere una respuesta. Cuidar implica compromisos y valores morales. Cada fase de la atención puede estar ligada a prácticas morales específicas y, de hecho, podría ser una base de la manera en que la democracia imagina a un «buen ciudadano». Debido a que nos hacemos mejores en la medida que hacemos las cosas, las prácticas de cuidado profundizan en ciertas habilidades morales y cotidianas. Por lo tanto, «preocuparnos» nos hace atentos. Cuando estamos atentos a las necesidades no satisfechas, nos damos más cuenta de ellas. Por lo que «cuidar» nos hace responsables. Asumir responsabilidades nos obliga a darnos cuenta cuando se tienen responsabilidades que no se han asumido. El cuidado también nos hace competentes. La competencia no es simplemente una medida técnica; para la mayoría de la gente, se convierte en una medida de su excelencia. Por último, la recepción de cuidado nos hace receptivos. Si vamos a medir los efectos de nuestro cuidado, entonces necesitamos saber lo que ha sucedido, cómo las personas o las cosas atendidas respondieron a este cuidado, y lo que podríamos hacer a continuación. En un ambiente democrático, queremos pedir a los que reciben el cuidado que respondan, si pueden, cuál es la calidad de la atención que reciben. Y en su respuesta, es probable que escuchen la articulación de las nuevas necesidades que deben ser abordadas.
5. **Caring with.** Si las primeras cuatro fases del cuidado imaginaban a un ciudadano como alguien que es atento, responsable, competente y sensible, «Cuidar con» imagina toda la política de los ciudadanos implicados en una vida de compromiso y que se benefician de estas prácticas. Los ciudadanos pueden confiar en que, con el tiempo, podrán retribuir el cuidado que recibieron de sus conciudadanos, de manera que corresponda al cuidado que han recibido. En este patrón de atención continua, podemos esperar profundizar en la confianza mutua y en nuestras instituciones sociales y políticas, y sentir solidaridad con otros ciudadanos, viéndolos como iguales al dar y

recibir cuidado.

Estas fases pueden o no proceder en este orden, pero son todas esenciales para el cuidado, y nos permiten mirar más de cerca a cualquier práctica de cuidado dado. Además, las prácticas de cuidado se producen en diferentes niveles y se «anidan» juntas: aprender a manejar la insulina es una práctica de cuidado que es parte de la práctica de cuidar de una persona con diabetes; que, a su vez, es parte de la práctica del cuidado de la salud; que es parte de la práctica de vivir bien.

La cuestión de cómo transformar esta idea de cuidado en un código de ética no es tan obvia. Una de las objeciones iniciales para utilizar la ética del cuidado provino de su lenguaje aplicado a la práctica. Si el cuidado se entiende como un conjunto de prácticas, parece lógico que las normas para juzgar esas prácticas se apliquen al cuidado. En el discurso filosófico reciente, las prácticas no son controladas tanto por reglas externas como por regulaciones internas. La más famosa para Alasdair MacIntyre, «una práctica es una forma de actividad en la que su bien interno tiene valor para el individuo que la realiza, y en la que ese bien interno se realiza al llevarla a cabo» (Sellman, 2000, 27). Desde este punto de vista, las prácticas se entienden más como ejercicios de virtud y virtuosismo llevados a cabo por personas concretas como actividades supervisadas por forasteros. La pregunta acerca de si el significado de las normas se genera desde fuera o desde dentro de la práctica tendrá implicaciones adicionales que se analizan más adelante. Baste decir aquí que en la medida en que entendemos que la ética del cuidado sigue a MacIntyre, la idea de estándares externos no parece adecuada. Tronto ya argumentó en contra de este punto de vista en 1993, pero las percepciones del cuidado como una práctica virtuosa, continúa más allá de las normas, por ejemplo, de la justicia.

Un camino más corto para llegar al punto de poder codificar la ética del cuidado es usar un punto de partida diferente. El punto de partida es quizá de Stephanie Collins, en su libro *The Core of Care Ethics* (2015). El intento de esa autora de combinar la ética del cuidado con otras teorías éticas requiere encontrar un «eslogan» que enuncie de forma concisa el principio ético. Su afirmación, entonces, es que el núcleo de la ética del cuidado es que «las relaciones de dependencia generan deberes». Por esta razón, la ética del cuidado supondría que las relaciones de dependencia, aquellas en las que los profesionales, para ayudar a otros, se basan en la construcción de una «relación de dependencia», dan lugar a los deberes de los profesionales hacia las personas que atienden. Aunque Collins no pensaba primordialmente en el ámbito del cuidado de la salud, es fácil ver cómo su idea generaría deberes éticos que podrían incluirse en un código de ética.

En este punto, siguiendo a Collins, podríamos finalizar el análisis respondiendo simplemente a la pregunta «¿Se puede codificar la Ética de Cuidado?» con un sí. Pero la aportación de Tronto nos invita a pensar más profundamente acerca de cómo la situación cambió tanto en veinte años. De la mano de los filósofos, al cuestionarse la metaética y tratar de responder a las preguntas sobre la formulación moral, en las últimas décadas ha tenido lugar un gran cambio. A principios de los años noventa, casi nadie discutía que las discusiones éticas tuvieran la forma de argumentos kantianos y deontológicos (MacIntyre fue una excepción, también lo fue Nussbaum). El trabajo de MacIntyre permitió que la cuestión de la «virtud» volviera a entrar en los marcos morales y surgieran nuevas defensas del consecuencialismo utilitario. El cambio más importante, sin embargo, fue la reintroducción de lo que se llama «ética naturalista», que presupone que la ética no es un mundo nouménico de condiciones perfectas, sino del razonamiento negociable e imperfecto de los seres humanos reales. Entre los pensadores feministas más prominentes que defienden esta posición está Margaret Urban Walker (DesAutels y Walker, 2004; Walker, 1998).

Margaret Urban Walker distinguió dos tipos de enfoques de la metaética, a los que denominó expresivo-colaborativo y teórico-jurídico (Walker, 1998, 2007). Para Walker, en el modelo teórico-jurídico los filósofos diseñan el mejor modelo o respuesta a una pregunta moral a partir de estándares filosóficos formales que luego aplican, como un juez, a las circunstancias reales. Este enfoque permite participar en discusiones con un nivel de abstracción, dado que no reconoce el contexto concreto de la discusión filosófica. «También protege de la visión histórica, cultural y social del propio filósofo moral y la filosofía moral misma en tanto que autoridad intelectual y social.» (35). La base habitual de tales afirmaciones es que los filósofos morales han fundado sus argumentos en normas filosóficas cuidadosamente estudiadas, basadas en la lógica y la razón. Pero Walker pregunta: ¿Por qué estas normas tienen un estatus especial en el argumento moral? ¿Por qué los filósofos morales están exentos del sesgo que se puede atribuir a las demás personas?

En contraste con este tipo de argumentos, Walker sugiere que una manera más apropiada de entender la ética es como resultado de un proceso expresivo-colaborativo, en el cual diversos actores morales llegan a acuerdos sobre un conjunto aceptable de estándares morales. La moralidad expresiva-colaborativa, por lo tanto, no se sitúa más allá del tiempo o del lugar. En cambio, «mira la vida moral como una negociación continua entre la gente» (Walker 2007, 60). Tal y como Lorraine Code elabora, «desde el inicio hasta el final en los actos de responsabilidad, tanto epistémicos como morales, este modelo dirige la atención a preguntas sobre cómo los agentes morales, individual y cooperativamente, expresan el sentido de sí mismos, de su situación, su comunidad y agencia en las responsabilidades que descubren o reclaman como suyas. Expresar y reclamar no son procesos impersonales sino acciones de personas específicamente identificadas, localizadas, que deliberan para tratar de encontrar la manera de vivir bien en las circunstancias en que se encuentran, partiendo de las limitaciones y posibilidades concretas que tienen y no de una «posición original no estructurada y no contaminada» (Code 2002, 160). Este enfoque «desplaza la deducción formal de los principios teóricos hacia una comprensión negociada; y desplaza la legislación de los imperativos categóricos hacia un compromiso cooperativo para producir comunidades, entornos y formas de vida habitables». Como dijo Walker, «Una ética de la responsabilidad como una visión moral normativa trataría de poner a las personas y responsabilidades en los lugares con respecto a los demás» (Walker 1998, 84).

3.4. La ética del cuidado es una ética de la responsabilidad

En efecto, podemos ir más allá, y para ello es necesario volver a la discusión sobre el significado de la ética del cuidado entre el enfoque de Tronto y el de Collins. Desde el punto de vista de una comprensión no-modular, y más amplia de la ética, es preocupante la escasa especificidad a cerca del tipo de deberes que surgen en las relaciones de dependencia. Después de todo, algunos deberes hacia las personas dependientes no son los deberes que quisiéramos tener. Consideremos, por ejemplo, la importante intervención de Uma Narayan de que el colonialismo puede ser presentado como un discurso del cuidado (Narayan 1995). Al reconocer que el cuidado es un concepto que necesita situarse en una teoría más amplia, empezamos a especificar lo que precisan los profesionales que cuidan. La ética del cuidado trata de las relaciones, es cierto. Pero, dado que las relaciones de cuidado generalmente implican satisfacer necesidades de personas que precisan ayuda, supone que estas están en una posición de relativa vulnerabilidad. Desde esta posición, el poder de los cuidadores sobre los receptores de cuidados es peligroso, y es un problema clave para un código de ética que trate sobre el cuidado a llevar a cabo.

Tronto lleva más lejos este argumento y sostiene que en las sociedades democráticas todas las prácticas de cuidado deben aspirar a ser lo menos jerárquicas posible, trasladando así los valores de la vida democrática a todas las relaciones de cuidado. Si esta estrategia es convincente se llegará al final de este artículo. Para resumir: las afirmaciones iniciales de que la ética del cuidado es íntima y demasiado rudimentaria para ser analizada filosóficamente han sido superadas, pero también hemos cuestionado llegar demasiado rápido a una breve descripción de la ética del cuidado, como Stephanie Collins, al plantear que se puede codificar la ética del cuidado y, al hacerlo, ignorar la larga dinámica de poder de la sociedad.

Ahora pasemos a la ética enfermera y específicamente a su relación con el cuidado. Tal vez hay una manera de ver la ética enfermera que va más allá del código ético. La enfermera eticista Verena Tschudin (2006) analizó los primeros 11 años de publicación de la revista internacional *Nursing Ethics* (1993-2004). Observó que en los primeros números se utilizaban a menudo expresiones como «las enfermeras deben... están obligadas...» y que el estilo cambió a lo largo de los años, adoptando un enfoque basado en el deber «más sutil e indeciso» (68). Tschudin afirma:

«Al considerar los enfoques utilizados, surge una clara tendencia. En los primeros artículos hay una preocupación por el deber, con palabras como “debería”, “debe”, etc., hay un gran énfasis en los principios y la ley, o en la declaración de hechos... Hacia el volumen n.º 10, la escena cambia y muchos artículos hacen énfasis en el cuidado o en la virtud (71). Podríamos preguntarnos cómo analizar los códigos desde una perspectiva de ética del cuidado feminista que ayude a cambiar la manera en que pensamos sobre la práctica ética. Para ello, debemos discutir cuáles son los rasgos distintivos de la ética del cuidado feminista».

Habría que tener en cuenta tres características generales de la ética del cuidado, a fin de ofrecer una visión general del cuidado. A medida que exploramos cada una de estas características, quedará claro lo difícil que es considerar cómo podrían ser incluidas en un código de ética tradicional. Las tres características son:

1. Un énfasis en la relación. La ética del cuidado pone la relación como una preocupación central; los códigos se centran en un nivel individual y/o institucional, pero no pueden abordar ambos niveles a la vez demasiado bien, a menudo tiene más dificultad en el relacional. Por ejemplo, al declarar como principio «relacionarse bien con los demás» no explica realmente a las personas que no se relacionan bien con los demás cómo deben hacerlo.

En este punto también queda claro por qué el enfoque ético de la virtud tampoco puede abordar los problemas que hemos descubierto en los códigos de ética. Los códigos de ética sirven tanto a los fines individuales como a los institucionales, y equilibrar la competencia que requieren esos dos conjuntos de demandas plantea profundos desafíos éticos. La ética de la virtud hace hincapié en la acción individual y la conducta ética, por lo tanto, en lugar de resolver estos conflictos, la ética de la virtud proporciona una respuesta sencilla pero inadecuada: sobrecarga por el lado de la ética individual. Esto a veces puede ser la respuesta correcta, pero no lo es siempre. Consideremos, por ejemplo, la gran cantidad de dilemas éticos, que se presentan en los hospitales, que surgen de un conflicto entre los propósitos individuales y los propósitos institucionales, como discutió Kohlen (2009). Tal y como dijo Daniel Chambliss: «Hablar de “dilemas éticos” desvía la atención de la condición estructural en la que se ha producido el problema inicialmente. Esto es, naturalmente,

en el interés del statu quo y, relativamente, no amenaza a los poderosos intereses del hospital. Es por eso que muchos hospitales pueden aceptar fácilmente un «comité de ética» y sus debates sobre cuestiones éticas» (Chambliss, 1996).

2. Un énfasis en la responsabilidad. Aunque la gente a menudo usa el término como sinónimo de «deber», de hecho, la responsabilidad requiere un enfoque moral diferente. Como bien describe Margaret Walker, las responsabilidades deben ser asignadas entre los diferentes actores de una situación, y parte de la comprensión moral de esa situación requiere tomar en consideración las responsabilidades asignadas a cada cual. Sin embargo, un código de ética no puede prever cómo se asignarán tales responsabilidades, ni se puede elaborar un principio general para hacerlo. Podemos tratar una cuestión que podría ser abordada por un código de ética, pero vuelve a surgir el problema de que los códigos de ética no son autoejecutables. Cada norma del código quiere que las personas de forma individual reflexionen críticamente sobre ella: pero ¿quién es el responsable de asegurarse de que estas reflexiones se llevan a cabo? Y de nuevo, la colisión entre los niveles individual e institucional puede crear problemas: ¿pueden ser colectivas estas reflexiones?
3. Un énfasis en el poder que implica una forma de irresponsabilidad privilegiada. La ética del cuidado siempre exige que los profesionales tengan conciencia de la diferencia de poder que hay en los diversos contextos de la atención. Quienes requieren el cuidado de los profesionales de la salud suelen precisar ayuda para sus necesidades físicas, lo que los hace menos poderosos de lo que normalmente son en sus propias vidas. Es fácil que, en tal circunstancia, los profesionales utilicen sus propios juicios en lugar de los de las personas que necesitan atención. Por otra parte, quienes ocupan posiciones profesionales, generalmente, son capaces de negarse a asumir más responsabilidades; incluso, de hecho, sus códigos de ética pueden llevarlos a rechazar responsabilidades más amplias. Desde el punto de vista de las instituciones, el poder relativo y la falta de voluntad para asumir la responsabilidad es claramente un problema. En realidad, cuando miramos a nuestro alrededor nos damos cuenta de que las instituciones pueden tolerar gran cantidad de desafíos éticos. Por eso la pregunta, de difícil respuesta, es si los códigos funcionan para detener la acción antiética o si sirven como «amortiguadores». Por otro lado, a pesar de que la institución ha expuesto a sus miembros que no deben hacer nada malo, cuando es la propia institución quien apoya acciones injustas, puede culpar a los individuos. O tal vez sucede que las instituciones crean códigos que parecen abordar las cuestiones éticas, cuando, sin embargo, están desviando su atención de prácticas no éticas, como en la «lista blanca» (Leander 2016). De hecho, una búsqueda rápida en Internet revelará muchos sitios que proponen un código de ética para las organizaciones, sin saber nada de las mismas. ¿Tales códigos de ética realmente reflejan profundamente una cultura de práctica ética?

De hecho, tal vez la cuestión relativa a la «angustia moral» se entienda mejor como un desafío que experimentan las enfermeras, que surge de la irresponsabilidad privilegiada de las instituciones de salud. La angustia moral intenta arreglar un síntoma individual de algo que está mal en el sistema. De tal manera surge una nueva cuestión sobre el poder: ¿cuáles son las necesidades que deben tenerse en cuenta? ¿Es grave la «angustia moral» de los estudiantes de enfermería? En cierto nivel, tales preocupaciones no son comparables a otras formas de angustia moral, ni siquiera las experimentadas por familias de pacientes que sufren junto con su ser querido y enfrentan difíciles decisiones médicas. Sin embargo, en otro nivel, el agotamiento de las enfermeras debido a su sentido de desafección moral es también una preocupación seria que merece una solución. Los estudios muestran que los estudiantes de enfermería pierden su motivación de ser una «buena enfermera» después de estar en el hospital más de un año. El síntoma se llama «enfriamiento» (*cool-out*) (Kersting, 2013). Hacer juicios y expresarlos es una terapia frente a las dudas morales. Si el código de ética hace que el

problema sea individual, no hay espacio para considerar y evaluar el sentido de angustia moral.

Hay un último problema relativo al poder en los códigos que desde la ética del cuidado requiere nuestra atención. Los códigos no pueden ayudar a negociar jerarquías de responsabilidades. La creciente evidencia sugiere que las jerarquías permanecen arraigadas en los equipos de salud y hacen menos eficaz el trabajo (Sexton et al., 2000; Gordon et al., 2013). Los códigos de ética no pueden resolver estos problemas. Con el código de ética en la mano, algunos miembros de las organizaciones de salud podrían argumentar que no necesitan abordar los desequilibrios de poder sistemáticos porque están cumpliendo con sus responsabilidades profesionales, haciendo lo que su pericia y código ético requieren de ellos. En tales casos, el resultado final podría ser que el código de ética realmente dificulta un intercambio más abierto sobre problemas éticos y prácticos.

3.5. Algunas implicaciones prácticas

Hasta ahora hemos argumentado que los códigos de ética son una herramienta importante en la búsqueda de la acción ética entre individuos e instituciones en el cuidado de la salud. Sin embargo, también hay límites en su utilidad. Argumentamos que un enfoque feminista de la ética del cuidado a la vida ética plantea una serie de preocupaciones, que amplían nuestras maneras de pensar sobre cómo participar éticamente en la vida profesional. Debería quedar claro ahora que nuestra respuesta a la pregunta inicial «¿Puede codificarse la ética del cuidado?» es ambigua. Por un lado, los aspectos de la relación, responsabilidad y poder deben ocupar un lugar central en la práctica de la ética profesional, institucional y pública. Por otra parte, no está claro si la mejor manera de lograr una mejora en la vida moral debe ser a través de un código de ética u otros medios. Resolver esta cuestión está más allá del alcance de este breve artículo, pero queremos destacar algunos de los problemas evidentes y profundos que sugiere nuestro análisis:

1. Códigos de ética y códigos organizacionales de ética. Uno de los problemas que subraya el enfoque ético del cuidado es el conflicto potencial entre el comportamiento ético individual y el comportamiento ético de la organización de la cual uno forma parte. Una solución obvia podría ser proponer códigos de ética organizacionales. Sin embargo, no es una cuestión fácil plantear cómo las organizaciones asumen la responsabilidad de asignar responsabilidades. Tronto ha propuesto, en otros contextos, que esta reasignación podrá producirse de manera satisfactoria solo mediante la democratización de la organización de las instituciones (Tronto, 2013). Una vez más, los códigos de ética pueden responder más o menos a estas preguntas. El proceso por el cual el Código de Ética del COIB fue escrito ejemplifica el uso de formas más democráticas de revisión de los códigos. A pesar de ello, su alcance es dudoso.
2. Tiempo, espacio, dinero para la reflexión y la deliberación. Otro punto que se ha repetido a lo largo de este artículo es que los códigos de ética no son autoejecutables. Como resultado, las personas dentro de las organizaciones necesitan tiempo y espacio suficientes para reflexionar sobre sus prácticas éticas y deliberar sobre ellas, y sobre cuestiones relativas a la relación, la responsabilidad y el poder. En un momento en que las instituciones están tratando de conseguir cada vez más «retorno de la inversión» fuera de los lugares de trabajo, no es una sugerencia popular señalar la necesidad de discusiones que aparentemente parecen improductivas para asegurar los estándares éticos. Sin embargo, a pesar de su impopularidad, este artículo ha dado muchas razones para afirmar que tal

reflexión es esencial para las actividades éticas individuales e institucionales.

3. ¿Cómo asegurarse de que las preocupaciones por la relación, responsabilidad y poder permanezcan en la vanguardia? Como hemos sugerido, no es cuestión de poner estos tres términos en un código de ética. Sin embargo, cualquier práctica plenamente ética necesita encontrar una manera creativa de asegurarse de que estas dimensiones de la vida ética no se pierdan.
4. Proyectos de investigación-acción. Podría ser un buen momento para comenzar a probar estas ideas en la práctica. Actualmente Kohlen se dedica a este tipo de investigación en Berlín, donde intenta integrar la ética del cuidado en las prácticas llevadas a cabo en muchas instituciones, en un único sistema de atención de salud. Los intentos continuos para mejorar nuestras prácticas éticas a través del énfasis en la relación, la responsabilidad y el poder son una forma de avanzar.

Hemos examinado los códigos y sus fortalezas y debilidades. Hemos esbozado cómo la ética del cuidado feminista aporta diferentes puntos de vista. La ética del cuidado feminista no es solo otra herramienta, sino que nos pide pensar de manera diferente. Finalmente, hemos sugerido que las implicaciones prácticas de este argumento requieren un cambio institucional para incorporar mejor la reflexión crítica colaborativa. 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.

3.6. Referencias

- BAKER, R. (2013). *Before Bioethics: A History of American Medical Ethics from the Colonial Period to the Bioethics Revolution*, New York: Oxford University Press.
- CODE, LORRAINE. (2002). *Encyclopedia of Feminist Theories*, Routledge.
- COLLINS, S. (2015). *The Core of Care Ethics*: Palgrave.
- CHAMBLISS, D. F. (1996). *Beyond Caring: Hospitals, Nurses and the Social Organization of Ethics*, Chicago: University of Chicago Press.
- DESAUTELS, P., & WALKER, M. U. (EDS.) (2004). *Moral Psychology: Feminist Ethics and Social Theory*, Lanham, MD: Rowman and Littlefield.
- DOMÍNGUEZ ALCÓN, C. (2017). *Evolución del cuidado y profesión enfermera*, Barcelona: Ediciones San Juan de Dios.
- FISHER, B., & TRONTO, J. C. (1990). Toward a Feminist Theory of Caring in E. Abel and M. Nelson, eds., *Circles of Care* (Albany: SUNY Press, 1990): 36-54. In: Abel, E. K., & Nelson, M. (eds.) *Circles of Care*. Albany, NY: SUNY Press.
- GILLIGAN, C., & LYN, M. (1992). *Meeting at the Crossroads: Women's Psychology and Girls' Development*, Cambridge MA: Harvard University Press.
- GILLIGAN, C., MCLEAN, T., & SULLIVAN, A. M. (1997). *Between Voice and Silence: Women and Girls, Race and Relationships*, Cambridge MA: Harvard University Press.
- GORDON, S., MENDENHALL, P., & O'CONNOR, B. B. (2013). *Beyond the Checklist: What Else Health Care Can Learn from Aviation Teamwork and Safety*, Ithaca: Cornell University Press.
- HANKIVSKY, O. (2004). *Social Policy and the Ethic of Care*, Vancouver: University of British Columbia Press.
- JOHNSTONE, M.-J. (2008). *Bioethics: A Nursing Perspective*, 5th, Amsterdam: Elsevier Health Sciences.
- KERSTING, K. (2013). *Coolout in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung*: Mabuse-Verlag.
- KOHLER, H. (2009). *Conflicts of Care: Hospital Ethics Committees in the USA and Germany*, Frankfurt New York: Campus Verlag.
- LEANDER, A. (2016). *The politics of whitelisting: Regulatory work and topologies in commercial security*. *Environment and Planning D: Society and Space*, 34(1), pp. 48-66.
- MILES, S. H. (2005). *The Hippocratic Oath and the Ethics of Medicine*, New York: Oxford University Press.
- NARAYAN, U. (1995). *Colonialism and its others: considerations on rights and care discourses*. *Hypatia*, 10(2), pp 133-40.
- PUIG DE LA BELLACASA, M. (2012). 'Nothing comes without its world': thinking with care. *The Sociological Review*, 60(2), pp. 197-216.
- PUIG DE LA BELLACASA, M. (2015). Making time for soil: Technoscientific futurity and the pace of care. *Social Studies of Science*.
- SELLMAN, D. (2000). Alasdair MacIntyre and the professional practice of nursing. *Nursing Philosophy*, 1(1), pp 26-33.
- SEXTON, J. B., THOMAS, E. J., & HELMREICH, R. L. (2000). Error, Stress and Teamwork in Medicine and Aviation: Cross Sectional Surveys. *British Medical Journal*, 320(7237), pp. 745-749.
- TEIXIDOR I FREIXA, M. (2014). Presentation. In: Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (ed.) *Code of ethics for Nurses in Catalonia*. Barcelona: Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya.
- TRONTO, J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political argument for an ethic of care*, New York: Routledge.
- TRONTO, J. C. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*, New York: NYU Press.
- TRONTO, J. C. (2015). *Who Cares? How to Reshape a Democratic Politics*, Ithaca NY: Cornell University Press.
- TSCHUDIN, V. (2006). How Nursing Ethics as a Subject Changes: An Analysis of the First 11 Years of Publication of the Journal Nursing Ethics. *Nursing Ethics*, 13(1), pp 65-85.
- WALKER, M. U. (1998). *Moral Understandings: A Feminist Study of Ethics*, New York: Routledge. Walker, MU. (2007) *Moral understandings. A feminist study in ethics* (2ed.) New York: Oxford University Press.

4. Lenguaje profesional y ética del cuidado

Rosa Rifà Ros y Carmen Espinosa Fresneda

Los límites de mi lenguaje son los límites de mi mundo. Ludwig Wittgenstein

4.1. Introducción

La Enfermería, disciplina que contempla a la persona como un conjunto biopsicosocial y cultural, es la profesión que más puede acercarse a la respuesta que, poco a poco, se demanda del mundo asistencial. El abordaje de campos de actuación que quedaron en un segundo plano cuando el sistema sanitario concebía la actuación profesional desde una perspectiva biologicista, vuelven a cobrar sentido en la actualidad. La salud se convierte en un fenómeno estrechamente vinculado a las condiciones de vida de la población, que solo puede ser explicado mediante un enfoque integral y sistémico. La enfermería incrementa su relevancia en las nuevas concepciones sanitarias que giran alrededor del individuo como eje del sistema sanitario, ya que estas concepciones ofrecen la oportunidad de ajustar la actuación enfermera a las pautas culturales, espirituales, sociales, demográficas y psicológicas derivadas de las condiciones de vida que perfilan las, cada vez más, heterogéneas necesidades de las personas y de quienes los cuidan. Es por ello por lo que las enfermeras deben nutrirse de saberes y actitudes que permitan un abordaje holístico de las necesidades de los individuos y las comunidades (Ruiz, Torralbo, Ortiz, Del Pino, & Artero, 2006).

La ética del cuidar entiende que una manera de aprender y ampliar la capacidad de comprensión moral es el acercamiento al otro, cultivando actitudes de relación, habilidades de comunicación y resolución de problemas, considerando la singularidad y particularidad de cada caso, poniendo de relieve la autenticidad de la persona sin olvidar lo universal y objetivo (Feito, 2005). La ética del cuidar concede importancia a la relación entre enfermera y paciente, potencia el contacto y lo hace más humano. Está fundamentada en la responsabilidad hacia el otro y, en consecuencia, en su atención integral mediante el fomento de actitudes adecuadas que dota a quien la practica de un compromiso profesional y moral (Davis, 2011).

Gilligan (2013) afirma que simplemente observando la forma que tienen las personas de hablar de sus vidas y el lenguaje que utilizan, se pueden deducir las conexiones con el mundo y cómo actúan en él. En este sentido, Lunney (2011) afirma que se necesitan palabras para describir las respuestas del ser humano porque los seres humanos piensan con palabras. Así pues, los profesionales de enfermería

piensan sobre un fenómeno de interés mediante el uso de palabras, lo que mejora su capacidad para ordenar los datos obtenidos a través de los sentidos y extraer conclusiones. Igualmente, es necesario no confundir el acto de cuidar con la comunicación del cuidar. Es responsabilidad profesional cuidar desde el punto de vista factual, de relación con las personas sujeto de las acciones profesionales, igual que lo es comunicar e identificar el área de responsabilidad profesional, para lo cual es imprescindible disponer de un lenguaje específico que permita identificar lo que hacen las enfermeras, como se tratará de desarrollar a continuación.

4.2. El lenguaje como expresión de la identidad

Los seres humanos nos convertimos en usuarios del lenguaje sin darnos cuenta. De esta manera adquirimos una de las competencias más complejas de nuestra existencia (Pateman, 2007a). Hauser, Chomski y Fitch (2002) defienden la teoría de que existe una tendencia innata e invariable desde el punto de vista social en todos los seres humanos a aprender el lenguaje. Esta tendencia generalizada limita e influencia la estructura del lenguaje que se aprende. Es decir, las lenguas que hablamos son hechos sociales, no lingüísticos.

El lenguaje existe independientemente de los individuos que lo utilizan, pero solo existe porque estos individuos lo utilizan (Reischman 1998). El lenguaje profesional enfermero es un sistema que puede causar efectos de manera eficaz, ya que ayuda a comprender los diferentes aspectos esenciales de la profesión, que existe de manera independiente a cualquier individuo particular de la profesión, pero que solo existe en tanto en cuanto existen profesionales que lo utilizan en su día a día. Por otro lado, también existe el valor «simbólico» como valor real del lenguaje. La utilización del lenguaje profesional añade valor a la propia identidad, además de servir como medio de comunicación. Desde este punto de vista, el lenguaje es una realidad claramente social, ya que es utilizado frecuentemente para cambiar o modificar otras realidades sociales (Pateman, 2005).

Como realidad social y esencial para la construcción identitaria, los usuarios del lenguaje pueden verlo y entenderlo de diversas maneras, adoptando formas diferentes en la práctica. La cuestión fundamental es que, si bien el lenguaje puede tener formas diferentes desde el punto de vista pragmático, lo que debe permanecer inalterado es su ontología, es decir su esencia, lo que permite a cualquier profesional reconocer el lenguaje como propio. Fitch, Hauser y Chomski (2005) hablan del reconocimiento del lenguaje inglés por parte de la comunidad inglesa para poder ser reconocido como tal, y siguiendo su razonamiento, podemos decir que un conjunto de individuos que creen y reconocen mutuamente que utilizan el lenguaje enfermero, probablemente lo están haciendo. Pero hay que tener en cuenta que, dado que hablamos de creencias, es decir, cuestiones que las personas podemos adquirir, añadir o cambiar, esto permite la evolución del lenguaje enfermero en el tiempo, eso sí, sin perder su esencia, su ontología.

Los cambios en el lenguaje enfermero afectarán únicamente a aquellas personas que se consideren usuarias del lenguaje. Igualmente, cambios que usuarios de otros lenguajes quieran aportar al lenguaje enfermero no serán incorporados a priori, ya que quedarán fuera de las creencias de los profesionales usuarios del lenguaje. Por último, el lenguaje profesional enfermero (igual que cualquier otro lenguaje) precisa monitorización (evaluación) reflexiva de su uso con el fin de asegurar que sigue unas normas determinadas y que posee el valor que la profesión le otorga. Este tipo de evaluación es determinante

para la supervivencia y mantenimiento del lenguaje, que tendrá una tendencia innata al cambio y la evolución. La cuestión fundamental aquí es mantener la ontología del lenguaje profesional mientras se monitorizan los cambios a nivel pragmático, que facilitan su evolución y desarrollo. Los cambios en el lenguaje son inevitables y reconocer esta premisa es vital si se quiere comprender el lugar que este ocupa en el mundo, ya se trate del lenguaje natural o del profesional (Pateman, 2007 b). Cualquier lenguaje tendrá la tendencia a seguir creciendo y desarrollándose hasta que exista un símbolo adecuado para cada concepto/objeto, hasta que cada gap esté cubierto (Chase, 1966).

La falta de utilización o de existencia de un lenguaje reconocible por la sociedad y aceptado por los profesionales como propio es, de hecho, una limitación para la construcción identitaria, ya que la terminología profesional proporciona identidad profesional, y la identidad contribuye a la capacidad de tomar decisiones sin la participación de figuras parentales, es decir con autonomía y poder. Según Lerch, Lunardi, Peter & Gastaldo (2002), esto implica tomar responsabilidad y reconocer las propias acciones, lo que requiere que las enfermeras desarrollen su sentido de identidad y orgullo profesional. La carga histórica que soporta la enfermería en España, junto con el mantenimiento de ciertas tradiciones, como son la dualidad del rol (curar/cuidar; biologicista/humanista; colaborativo/autónomo), probablemente pesan en la identidad profesional actual, por lo que se sigue dando más importancia al rol relacionado con la tecnología y con los modelos biológicos, que responden más a la concepción masculina del sistema de salud que al rol de cuidar.

En todo el mundo, la enfermería es una profesión prácticamente invisible en los sistemas de salud, a pesar de ser el grupo profesional más numeroso. Su contribución a la salud de las poblaciones permanece encubierta. La cuestión, según Watson (1997), tiene que ver, al menos en parte, con el desarrollo de un lenguaje que identifique la profesión. En sus propias palabras, *«la atención al lenguaje es especialmente crítica para una disciplina que está en desarrollo, ya que en esta época postmoderna, la supervivencia depende de disponer de un lenguaje; los autores en esta área nos recuerdan que si no posees tu propio lenguaje no existes»*.

Akinsaya (2005) señala que cada ciencia posee sus propios términos, conceptos y principios para el desarrollo de su base de conocimientos. En enfermería, al igual que en otras ciencias, comprender este principio es un requisito para el examen crítico de su contribución al desarrollo del conocimiento y de su aplicación en la práctica.

4.3. ¿Es ético no tener lenguaje?

La ética del cuidado puede servir como instrumento teórico para preservar los valores del cuidado que sitúan al paciente como la razón de ser de la práctica profesional, como la referencia, el punto de partida y de llegada de los cuidados. El paciente constituye la propia finalidad del cuidado, que no tiene sentido si no es a partir de este y de lo que representa en su entorno cultural (Alberdi, Arriaga, & Zabala, 2006). El hecho de tener como objetivo concretar la buena práctica a través de estándares y competencias formalizadas refleja el compromiso estructural e institucional hacia la diversidad cultural (Qureshi-Burckhardt, & Collazos-Sánchez, 2006). Si se contemplan las características de la práctica enfermera enunciadas, la gestión del cuidar debe girar en torno al saber enfermero y la construcción permanente de una cultura y un lenguaje enfermero (Rifà, & Pérez, 2009).

La profesión enfermera debe asumir cada vez más retos y compromisos con la sociedad que cuida, que posibilitan la toma de decisiones estratégicas en temas de política de salud. Sin embargo, el trabajo que efectúan las enfermeras no siempre es visible porque en la mayoría de las ocasiones este trabajo solo queda reflejado en la persona que ha recibido el cuidado. Uno de los ejes que permite dar visibilidad y estructura a los nuevos desarrollos profesionales son los lenguajes estandarizados en enfermería. Los lenguajes profesionales y los sistemas de clasificación son los fundamentos para definir la profesión enfermera y su punto de vista, ya que permiten describir los cuidados de enfermería, comparar datos para la investigación, cuantificar y asignar recursos y elaborar políticas de salud adecuadas a las demandas sociales del momento (Rifà, & Pérez, 2009). Sin un lenguaje profesional propio, la Enfermería es invisible en el sistema sanitario, y sus valores e importancia no son reconocidos ni valorados (Bulechek, 2009). Por lo tanto, hay que usar los lenguajes enfermeros para promover el desarrollo del conocimiento profesional y para garantizar la calidad asistencial. Cuando hablamos de lenguaje común en enfermería se debe hacer referencia expresa a los diagnósticos de enfermería, las intervenciones y los resultados. En este sentido, el uso de taxonomías contribuye a homogeneizar el lenguaje e identificar la disciplina de los cuidados, determina el nivel adecuado de resultados esperados y establece líneas de actuación para la continuidad asistencial. Su interés se centra no solo en el hecho de que se evidencia lo que se hace, sino también en el hecho de que se evidencia la variabilidad entre los profesionales, facilitando la monitorización y el control (García, 2009).

Desde la perspectiva de la gestión de los cuidados, los diagnósticos de enfermería pueden ayudar a clarificar el producto y la cartera de servicios enfermeros, de forma que se pueda valorar y demostrar con más precisión su calidad y la relación coste-efectividad. Todo ello es determinante para poder identificar el tiempo y la dedicación profesional necesarios para ofrecer una práctica enfermera excelente, centrada en la aplicación de unos cuidados integrales y holísticos, diferenciados del modelo biomédico, y registrados en sus planes de cuidados. La terminología enfermera es clave para trabajar con el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y para el desarrollo de los sistemas de información enfermera, porque ofrece la oportunidad de explorar las bases de datos existentes y crear otras nuevas, al tiempo que agiliza la comunicación. Todo ello revierte en la mejora de la calidad en la atención a los pacientes. El uso de una metodología y de un lenguaje común supone un avance en el desarrollo profesional. Los profesionales de enfermería diseñan y ponen en práctica los planes de cuidados determinados, en base al saber, saber hacer y a las experiencias y significados atribuidos al hecho de cuidar (Gandara, 2008).

Las decisiones que los profesionales de enfermería deben tomar en relación a la atención a los pacientes y la distribución de los recursos les lleva a pensar y actuar en áreas donde no hay respuestas claras ni procedimientos estándares y donde las fuerzas en conflicto convierten la toma de decisiones en un proceso complejo. Es por ello por lo que los profesionales de enfermería necesitan adoptar actitudes que promuevan el pensamiento crítico y dominar las habilidades inherentes a este tipo de pensamiento, a fin de procesar y evaluar la información adquirida anteriormente junto con la información más reciente (Alfara Lefevre, 2011). La reflexión, en el marco del pensamiento crítico y de la atención de enfermería, ayuda a examinar la manera en la que los profesionales enfermeros obtienen y analizan los datos y toman las decisiones. La reflexión exige que el profesional se tome su tiempo para considerar sus creencias, sus conocimientos previos, sus valores y sus capacidades en cada situación particular que está abordando. En este sentido, el razonamiento clínico es el proceso concurrente de reflexión y constituye el pensamiento creativo y crítico que las enfermeras utilizan en la práctica para entender y enmarcar las historias de los pacientes y organizar las intervenciones de enfermería para conseguir los resultados deseados. Según Lunney (2011), el diagnóstico de las respuestas humanas es un proceso complejo que implica la interpretación de la conducta humana relacionada con la salud y es por eso por lo que el razonamiento diagnóstico enfermero implica una interacción de procesos interpersonales, técnicos e intelectuales. Así, la información sobre la interpretación de una respuesta humana actúa como un «mapa» para la comprensión del paciente y las etiquetas diagnósticas sobre las respuestas

del ser humano ayudan a los profesionales de enfermería a pensar en las experiencias humanas y a comprenderlas.

4.4. Conclusiones

La cultura forma parte de la identidad de las personas. Existen diversas definiciones de cultura, algunas atienden a conceptos ecologistas, psicológicos o de comportamiento, pero si seguimos los trabajos de Lipson (2000) definiremos cultura como sistema de símbolos que son compartidos, aprendidos y transmitidos a través de las generaciones en un grupo social. De este modo, la cultura tiene mucho que ver con la comunicación y el lenguaje. De hecho, como se ha dicho, se expresa la identidad y la cultura de las personas a través de lo que dicen y lo que hacen.

El lenguaje que usamos refleja nuestra visión del mundo y por lo tanto el lenguaje profesional reflejará la visión que una determinada profesión tiene del mundo. Siguiendo esta línea de razonamiento parece lógico pensar que, cuanto más importante sea algún fenómeno para un grupo, más palabras y conceptos tendrá aquel grupo para expresar ese concepto. El lenguaje enfermero debería, por tanto, contener «muchas» palabras y conceptos relacionados con el hecho de cuidar, ya que, a todos los efectos, ese es el centro de la profesión: el cuidado y cómo los profesionales cuidamos de los pacientes y sus familias.

Sin embargo, los profesionales enfermeros han sido reticentes a la utilización de lenguajes estandarizados. El trabajo enfermero tiene una parte bastante reconocida, que se registra y se puede codificar, pero existe una parte importante del conocimiento y las habilidades enfermeras que son «intangibles». En este sentido, Björnsdottir (2001) constata que existen diferentes tipos de discurso en la práctica clínica enfermera. Existe el discurso que queda registrado, oficial, que el autor denomina discurso público, pero existe también otro discurso privado en el que las enfermeras transmiten conocimientos y habilidades invisibles. Este último discurso incluye percepciones, expresiones y actividades que se desarrollan cuando las enfermeras establecen relación con los pacientes y las familias o bien cuando interactúan con otros colegas. Este vocabulario, que contiene un conocimiento muy valioso, no es fácil de desarrollar ni de registrar, pero forma parte de la identidad y de la cultura enfermera.

Algunos trabajos indican que la comunicación que se produce en el entorno clínico a nivel interprofesional es fundamentalmente informal (García-Lucas, Gómez-García, & Antón-Hurtado, 2011), es decir, que correspondería a este lenguaje de la esfera privada. Este hecho da como resultado que la percepción de la comunicación interprofesional desde el punto de vista enfermero sea insuficiente. Las enfermeras manifiestan que existe una influencia jerárquica muy importante en el tipo de comunicación interprofesional, que hace que esta sea necesaria pero no suficiente para poder facilitar unos cuidados de calidad. Al mismo tiempo, las identidades y culturas diferentes de los grupos profesionales que se comunican en el sistema sanitario ponen de manifiesto discursos de poder y falta de empoderamiento de manera muy evidente, por ejemplo, por parte de la profesión médica y la enfermera, respectivamente.

La palabra es lo que las personas usan habitualmente para comunicarse, pero no es lo que les hace ser lo que son; del mismo modo, el lenguaje enfermero es la forma de expresión del cuidado, pero no es en sí mismo la esencia del cuidado (Ferrer, 2004).

Guirao (2008) define las implicaciones del acto de diagnosticar en relación al cuidado, poniendo en relación el uso del lenguaje enfermero con la ética del cuidado:

Diagnosticar para cuidar va más allá de poner un nombre a un problema.

1. Diagnosticar para cuidar va más allá de decidir cómo registro el caso en el ordenador.
2. Diagnosticar para cuidar es aprender la situación que vive la persona, su contexto, su entorno, su percepción y su comprensión global.
3. Diagnosticar para cuidar significa desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención y delicadeza.
4. Diagnosticar para cuidar significa trascender el diagnóstico y los lenguajes como meros instrumentos y plantear el cuidado con una actitud de ocupación, preocupación, responsabilización y compromiso con el otro.

4.5. Referencias

- AKINSAYA, J. A. (2005). Structure of Contemporary nursing knowledge. En J. Fawcett, & S. De SantoMadaia (eds.), *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models* (3.^a ed., pp. 24, i-ii). F.A. Davis Company. Recuperado a partir de <http://www.fadavis.com/product/nursing-research-theory-contemporary-nursing-knowledge-fawcett-3>
- ALFARO-LEFEVRE, R. (2011). Critical thinking in nursing: a practical approach, 3.^a ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2011.
- BJÖRNSDOTTIR, K. (2001). Language, research and nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 33(2), 159-66. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11168697>
- BULECHEK G. M., BUTCHER H. K., Y MC CLOSKEY J. C. (2009). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 5.^a edición. Madrid: Elsevier.
- CHASE, S. (1966). *The Tyranny of words*. Harcourt Brace Jovanovich. San Diego. USA.
- DAVIS, A. J. (2011). El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. Col. legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/6b0331eb-a87d-4fa3-acc7-be341a1e709c>
- FEITO GRANDE, L. (2005b). Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enfermería Clínica*, 15(3), 167-174.
- FERRER, E. (2004). "Una mirada compleja de lo concreto". En *Ponencias y comunicaciones V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería* - Valencia 13 y 14 de mayo de 2004. Valencia: AENTDE.
- FITCH, W. TECUMSEH, MARC D. HAUSER, AND NOAM CHOMSKY. (2005). The evolution of the language faculty: clarifications and implications. *Cognition* 97(2): 179-210.
- GANDARA, M. (2008). Ética, poder y deber. *Rev Rol Enf.*, 31 (1): 18-24.
- GARCÍA LUCAS, C., GÓMEZ GARCÍA, C., & ANTÓN HURTADO, J. M. (2011). La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial. *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*, XV (31), 85-92. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3851986>
- GARCÍA PÉREZ, E. (2009). La gestión de casos en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Ventajas de su inclusión en los sistemas de información enfermera. *Metas de Enfermería*, 12 (4):50-4.
- GUILLIGAN, C. (2013). *La ética del cuidado*. Barcelona: Cuadernos de la Fundació Victor Grífols i Lucas.
- GUIRAO A. «Diagnosticar para cuidar». En libro de ponencias y comunicaciones. *VII Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería*. Barcelona 23 y 24 de octubre de 2008. Barcelona: AENTDE.
- HAUSER, M. D., CHOMSKI, N., & FITCH, W. (2002). The Faculty of Language: What Is It, Who Has It, and How Did It Evolve? *Neuroscience*, 298, 1569-1579.
- LERCH LUNARDI, V., PETER, E., & GASTALDO, D. (2002). Enfermeiras submissas Sao eticas? Refletindo Sobre anorexia de poder. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(2), 183-188.
- LIPSON, J. (2000). Cultura y cuidados de enfermería. *Index de Enfermería (Edición Digital)*, 28-29. Recuperado a partir de http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php
- LUNNEY, M (2011). *Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos: estudio de casos y análisis de enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- PATEMAN, T. (2005). Language and social theory. Retrieved from Google Scholar: https://scholar.google.co.uk/citations?user=vmZ_UuQAAAAJ&hl=en
- PATEMAN, T. (2007a). Is language a social reality? Retrieved from Google Scholar: https://scholar.google.co.uk/citations?user=vmZ_UuQAAAAJ&hl=en
- PATEMAN, T. (2007b). Language in mind and language in society: An informal introduction. Retrieved from Google Scholar: https://scholar.google.co.uk/citations?user=vmZ_UuQAAAAJ&hl=en
- QURESHI-BURCKHARDT, A. & COLLAZOS-SÁNCHEZ, F. (2006). El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles del Psicólogo*, 27(1): 55-57.
- REISCHMAN, R. R. (1998). *Differences between critical care cardiovascular nurse experts and novices in diagnostic cue utilization*. Thesis. Retrieved from c8h.
- RIFÀ, R. & PÉREZ, I. (2009). El llenguatge infermer, un repte per a la infermeria del segle XXI. *Annals de medicina*, 92:126-8.
- RUIZ, D., TORRALBO, E., ORTIZ, M.A., DEL PINO, M.I. & ARTERO, C. (2006). Sociedad actual e inmigración: el reto de la enfermería humanista. *Cultura de los Cuidados*, 20: 76-82.
- WATSON, J. (1997). The Theory of Human Caring: Retrospective and Prospective. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 49-52. <http://doi.org/10.1177/089431849701000114>

5. Invisibilidad del cuidado

Montserrat Busquets Surribas, Pilar Delgado Hito, Maria Jiménez Herrera, Susana Santos Ruiz y Ángela Vila Vendrell

La Enfermería ha realizado un importante avance disciplinar en todos los ámbitos: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia al proceso vital, el acompañamiento al final de la vida y el bienestar de las personas. Ha puesto en valor las necesidades para la vida cotidiana y ha incrementado el conocimiento de cómo las personas construyen y dan significado a sus experiencias de salud/enfermedad. La importancia del cuidado en los resultados del proceso de atención a la salud es cada día más evidente y, desde hace años, autores no solo de habla inglesa sino también en nuestro país clarifican y defienden que las organizaciones sanitarias deben modificar sus modelos de gestión en favor de establecer las condiciones necesarias para que las enfermeras puedan ejercer autónomamente (De Pedro y Asensio 2004). Es decir, hoy sabemos que la gestión, si quiere dar cobertura a los problemas de salud, ha de incluir el cuidado enfermero como valor en la organización y adaptar la asistencia sanitaria a la trayectoria vital de la persona, de manera que los ciudadanos, usuarios o enfermos de los servicios de salud puedan acceder a la oferta enfermera de manera regular y cotidiana.

Sin embargo, vivimos una paradoja, ya que las evidencias relativas al cuidado no son puestas en marcha de forma institucional y el cuidado todavía es entendido como una práctica particular y personal de cada enfermera. El auge profesional de la disciplina enfermera modifica el tradicional juego de poder en las instituciones, concretamente el colectivo médico puede sentir que la disciplina enfermera amenaza su poder, si no se comprende bien cuál es el alcance ético del cuidado. La relación de poder entre enfermeras y médicos no es un tema nuevo. En nuestro país, Alberdi ya en 1998, y posteriormente Chacón (2007), Cánovas (2008) y Delgado-Hito (2010) evidencian este juego de poder que en muchas ocasiones conlleva problemas de relación interprofesional, llegando incluso al conflicto. A nivel internacional las autoras que se han interesado por este tema coinciden en señalar los efectos negativos que esta relación de poder conlleva, sobre todo en la atención a las necesidades de cuidados de las personas (Lunardi et al., 2007, Sirota, 2009, Schmalenberg y Kramer, 2009). El cuidado permanece invisible y ello es debido en parte a que la mayoría de los servicios siguen manteniendo organizaciones jerárquicas, en las que el médico es el principal actor y el tratamiento de las enfermedades es el principal objetivo (Maben, 2006), enmascarado institucionalmente además por el hecho de que, en la actualidad, las direcciones asistenciales han vuelto a ser dirigidas por personal médico. De manera que se perpetúan los criterios de normalidad, dualidad y pensamiento racional de una visión mecanicista, reduciendo así la capacidad moral de la enfermera, centrada en la persona y sus experiencias de vida (Fry y Johnstone, 2010). En este sentido, hay una manifestación de inquietud y desesperanza por gran parte de las enfermeras: decretos incoherentes con la práctica clínica, reorganizaciones de los servicios sanitarios bajo justificaciones economicistas, persistencia del modelo biomédico centrado en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, invisibilidad del trabajo de la enfermera en los medios de comunicación, etc. Esta situación crea una ambivalencia en relación a la autonomía profesional, actual y futura, que implica a la vez una motivación para consolidar los cuidados profesionales en la sociedad.

Muchas enfermeras se preguntan: ¿cómo puede ser que una profesión que es capaz de adaptar los mensajes a cualquier público (niños, personas mayores, personas con dificultades idiomáticas, de diferentes niveles socioeconómicos...) tenga tantas dificultades para explicar lo que aporta? ¿Por qué es tan difícil concretar el beneficio social que supone la Enfermería? Las dificultades para lograr un reconocimiento de los cuidados invisibles son múltiples: cómo medirlos, y concretamente, cómo medir su eficiencia, cómo determinar qué peso deben tener dentro del conjunto de la atención sanitaria es un gran reto.

Hoy todavía el cuidado, y por ello la enfermera, permanecen en un terreno invisible que hace que la valoración de la población general sobre su repercusión en la atención de la salud sea ambivalente. Si bien según el barómetro del *Centro de Investigaciones Sociológicas* (2013), la Enfermería y la Medicina son las dos profesiones más valoradas por los españoles, también evidencian que, para los pacientes, la profesión enfermera está bajo la profesión médica (Serrano-del-Rosal y Ranchal, 2010) ahondando en el estereotipo de la jerarquía tradicional de las instituciones sanitarias. Esta idea se refuerza con los estudios que demuestran que, aunque la satisfacción de la población respecto a la atención enfermera es alta, cuando se pregunta por lo que hacen específicamente las enfermeras, las personas no lo tienen claro (Desborough et al., 2015). Todo ello perpetúa la invisibilidad del cuidado, que comporta no tener en cuenta la aportación enfermera en las decisiones políticas en cuanto a la distribución de recursos para la investigación, la formación y la atención a la salud (Summers, 2009).

Ahora bien, cuando el receptor no entiende bien el mensaje, hay que evaluar cuáles han sido las dificultades para enviar un mensaje adecuado y claro. Por lo que hay que hacer un esfuerzo de simplificación, concreción, explicación del mismo. Por ello, es esencial profundizar en el concepto de cuidado desde una perspectiva social, aportando ideas nuevas que, junto a la razonabilidad y objetividad, hagan emerger el cuidado no solo como cuestión privada, incluyéndolo además como un bien público imprescindible para la salud de las personas, al mismo nivel que los tratamientos médicos.

5.1. Profundizando en el cuidado

Es indiscutible el incremento en la demanda de cuidados debido a diversas causas, entre las que se pueden destacar los avances en métodos diagnósticos y tratamientos médicos, el incremento de personas con problemas crónicos de salud, el acortamiento de las estancias hospitalarias, el aumento de la esperanza de vida y, en consecuencia, de problemas de salud ligados al envejecimiento, los cambios estructurales en las familias, la crisis económica, que induce o agrava problemas de salud, las personas inmigrantes y la multiculturalidad, entre otras. Así, todas estas circunstancias convierten el cuidado en marco de referencia social y político en el siglo XXI.

En el escenario de valorización del cuidado es referente la Dra. Joan Tronto, que presenta el cuidado como marco de referencia para una transformación social. Tronto (1996) plantea la necesidad de un cambio de paradigma; las sociedades democráticas deben transitar hacia un marco de convivencia que haga posible satisfacer las necesidades de cuidado de todas las personas, entendiendo que a lo largo de la vida las personas tendremos que ser cuidados y tendremos que cuidar. Es un compromiso social, no individual, que surge desde los Estados de Bienestar, que viven una «crisis de cuidados» con una creciente proporción de demanda y pocas personas disponibles para ejercer estas funciones. Para Tronto, el cuidar debe estar en el centro de la esfera política y llevarlo a la práctica supondría un fortalecimiento del sistema democrático. Define el cuidado como «una actividad de la especie que

incluye todo aquello que nosotros hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro “mundo”, de tal modo que podamos vivir en él del mejor modo posible. Nuestros cuerpos, nuestra identidad, nuestro medio, todo ello se conecta en una red compleja que es la que sostiene nuestras vidas».

Cuidar es poder, poder para decidir tanto si queremos que alguien cuide de nosotros como para optar por cuidar de los demás, ya que a lo largo de la vida se presentarán situaciones donde las personas reciben y/o den cuidados. Según la autora es posible imaginar una economía basada en el cuidado en vez de en la producción, porque la finalidad de la economía es apoyar al cuidado y no a la inversa. La producción no es un fin en sí misma; es un medio para alcanzar el fin de vivir tan bien como podamos. El cuidado es un hábito que cada uno lleva a cabo consigo mismo y con los demás y que se aprende realizándose, incluye la forma de cuidar que tiene la propia persona o su familia, y por ello el cuidado es congruente con la cultura de quien lo recibe y de quien lo administra. Implica tomar responsabilidades hacia uno mismo y hacia los demás de forma democrática, es decir, desde el diálogo y la participación. Tronto considera que el cuidado y la responsabilidad deben pensarse como un asunto político que atraviesa lo doméstico, lo local y lo global.

Esta idea aplicada a nuestro ámbito profesional puede traducirse en el compromiso social de las enfermeras para ayudar a incrementar la cantidad de salud que puede experimentar una persona, familia, colectividad o sociedad a lo largo de su vida. Por ello, las enfermeras son una fuerza social necesaria en el siglo XXI, ya que responden a la necesidad de cuidados. Según Tronto, el cuidado puede describirse en 5 fases:

1. **Ocuparse de los demás** («*caring about*»), **reconocer las necesidades del otro, preocuparse de**. Requiere calidad moral, es decir, sensibilidad para ver las necesidades del otro y tomar partido en favor de su ayuda, por lo que ocuparse de los demás implica una atención a lo que sucede a nuestro alrededor.
2. **Hacerse cargo de algo, aceptar responsabilidades** («*caring for*»). Requiere asumir las responsabilidades que comporta el cuidado, es decir, rendir cuentas frente a la propia persona, grupo, familia, sociedad y frente a uno mismo.
3. **Dar cuidado, ayudar, realizar la actividad** («*care giving*»). El tercer aspecto del cuidado es proporcionarlo, es decir, llevar a cabo las intervenciones enfermeras necesarias. Requiere competencia técnica y ética que garantice la bondad del acto de cuidar, tanto porque se lleva a cabo de manera bien hecha, de acuerdo a la evidencia, como porque se realiza desde el profundo respeto por las personas.
4. **Recibir el cuidado, servicio o actividad** («*care receiving*»). Necesita capacidad moral de respuesta, es decir, el cuidado debe tener resultados en el otro, que debe estar dispuesto a recibirlo y corresponsabilizarse.
5. **Creación de las condiciones necesarias para que cuiden de nosotros** («*caring with*»). Concepto relacionado con la verdad y la solidaridad.
6. Estas 5 fases ayudan a entender el concepto de cuidar como un encuentro entre personas, en el que se establecen relaciones de reciprocidad que requiere, además, de un contexto en el que sea posible llevarlo a cabo. Se aprende a cuidar en cada experiencia de cuidado (*aesthetic knowing*) y sus resultados tienen una doble dirección: en la persona cuidada y en la persona que cuida; ambos se vinculan en una relación en la que ejercen responsablemente y que a ambos beneficia. Esta idea de reciprocidad está enmarcada en el paradigma enfermero de la transformación (Kérrouac et al.,

1996), así como en las ideas de Davis (2006) quien afirma que el cuidado es una forma de poder que no genera dominación sobre el otro, sino que se centra en la organización necesaria para que suceda aquello que es bueno para todos los actores.

El análisis pormenorizado del cuidado que presenta Tronto mejora la comprensión de la dimensión ética del cuidado, permitiendo entender mejor que el cuidado no solo es un hecho común en la vida de las personas, sino que es una transformación de las relaciones de convivencia entre seres humanos. Por ello, el cuidado es un bien público que debe ser alentado y protegido por las instituciones. Así, Tronto (2013) defiende la idea de que «Hay que vender el cuidado» y apela a la necesaria introducción de indicadores sensibles de la práctica enfermera, capaces de medir aspectos de vivencias, del comportamiento y del estado de salud de las personas, al tiempo que es preciso que las enfermeras analicen y tengan conciencia del impacto de su propia actividad.

Si no se visibiliza lo que la enfermera aporta, queda un vacío y se producen grandes consecuencias todavía hoy poco evaluadas. Hay que constatar que el problema de la visibilidad o invisibilidad del cuidado es básicamente una cuestión moral o ética, que viene dada por el carácter esencial del mismo, ligado al desarrollo de la vida. Sin cuidados, no hay vida y los cuidados son imprescindibles porque hay momentos en la vida en que las personas no pueden cuidar de sí mismas ni tomar decisiones por sí solas. Lo distintivo de los cuidados enfermeros es que reconocen a la persona como sujeto autónomo y tratan de mejorar la salud teniendo en cuenta su propio potencial (fortalezas) y el significado que la persona otorga a su propia experiencia de salud.

5.2. Importancia de la visibilidad enfermera

Las enfermeras y los enfermeros han ocupado un espacio invisible durante mucho tiempo, no solo por la naturaleza femenina de la acción de cuidar o por las virtudes ligadas al cuidado, sino también por la falta de visibilidad de los mismos en los equipos de salud, incluso a veces por parte de las propias profesionales de enfermería. Entre las investigaciones sobre este tema, encontramos el trabajo de Bjorklund (2004), que analiza la repercusión ética de la invisibilidad en los cuidados enfermeros para las personas —pacientes y sus familias—, y para las propias enfermeras, en muchas ocasiones.

Las enfermeras generan conocimiento ético que les proporciona las evidencias necesarias para la toma de decisiones éticas, por lo que es un conocimiento imprescindible (Carper, 1978; Chinn y Kramer, 2015). Es un conocimiento moral crítico porque visualiza cómo las personas construyen y buscan significados a sus experiencias de salud, que incluyen la enfermedad, es un conocimiento centrado en la experiencia y en las necesidades de la vida cotidiana. Sin embargo, es un conocimiento que no emerge y permanece invisible y, que cuando lo hace, en muchas ocasiones se invisibiliza y no se le empodera del valor que tiene para las personas y sus cuidados.

Enfermera invisible: La organización de las instituciones sanitarias alrededor de las ciencias biomédicas crea unas condiciones en las que reconocer y utilizar el conocimiento enfermero es difícil, cuando no imposible. Por ejemplo, en situaciones de final de vida es frecuente que las enfermeras vean silenciada su voz moral cuando defienden el cuidado centrado en el bienestar y el confort de la persona, valorando la importancia de aliviar el sufrimiento y tomando decisiones que tengan como finalidad la adecuación de los tratamientos. Otra situación ejemplo de invisibilidad se da al valorar la situación familiar y social

de un paciente que, a pesar de estar en situación de alta médica, tiene requerimientos de cuidados y precisa ayuda. Es probable que estos requerimientos no serán tenidos en cuenta y el paciente se dará de alta con necesidades no satisfechas. La invisibilidad produce un proceso de cuidados intangible y, obviamente, tiene repercusión en la asignación de servicios enfermeros y en la distribución de recursos.

Daños invisibles: Cuando la enfermera se coloca en un lugar secundario se pueden producir múltiples daños: que los pacientes estén sujetos a las necesidades institucionales, por encima de las suyas propias (por ejemplo, los horarios de las instituciones), que los cuidados se fragmenten (no hay una visión global de la persona) y que se etiquete la identidad de las personas con criterios de normalidad o patología. En definitiva, la perspectiva mecanicista o biologicista dominante en las instituciones y en el sistema económico subyacente, y la no valoración integral (multidimensional) —la atención centrada en la persona y las necesidades de los cuidados—, es la que determina lo que es o no relevante y el lugar que corresponde, en los servicios de salud, a las personas en procesos de salud y enfermedad y a sus familias. En este sentido, Hartrick (2002) afirma que *The It* (la ciencia y la tecnología, la objetividad) coloniza *The I* (la conciencia, la subjetividad, la autoexpresión, lo vivido) y *The We* (significados intersubjetivos, ético, moral, contexto, cultura), causando una visión unidimensional del proceso multidimensional del ser humano. De la misma forma, también se reduce la capacidad moral de la propia persona cuidada ya que se ve abocada a una situación de vulnerabilidad frente al poder y conocimiento institucionalizado.

Costes invisibles: El principal coste es el daño moral que se produce en las personas, sean ellas mismas las que reciben o las que dan el cuidado. Para muchos profesionales de enfermería, el grado de implicación necesario para llevar a cabo el cuidado ético mínimo genera un esfuerzo sobreañadido que en muchas ocasiones puede ser origen de situaciones de *burnout*, frustración, culpa y/o impotencia (De Bouvet y Sauvaige, 2005; Hamric y Blackhall, 2007). El malestar psicológico de las enfermeras derivado de estas situaciones se define por la presencia de sentimientos de dolor o estado de desequilibrio psicológico que surge al no ser capaz de desarrollar acciones éticamente correctas debido a obstáculos institucionales (materiales y humanos) que favorecen el inmovilismo (Corley, Elswick, Gorman y Clor, 2001; Sørli, Kihlgren y Kihlgren, 2005). En definitiva, se trata de la invisibilidad del coste que tiene todo el conjunto de cuidados y, más concretamente, de los aspectos psicosociales. La escasa consideración del significado del cuidado aboca a que cuidados necesarios para la persona y su familia puedan ser vistos como «cuidados extra» que requieren de tiempo y dedicación por parte de los profesionales. Cuando no se reconocen como cuidados esenciales y, por tanto, son invisibilizados, se suelen realizar bajo presiones que pueden provocar en los profesionales situaciones de angustia moral, aumentando el riesgo de errores o el abandono profesional, por citar algún ejemplo. Particularmente son invisibles los aspectos emocionales del paciente y familia, y por ello tienen una priorización secundaria, así como es también invisible el esfuerzo emocional de la enfermera para cuidar de estas personas y sus familias.

Capacidad invisible: Hoy es indiscutible el avance en el conocimiento de cómo las personas construyen y dan significado a sus experiencias de salud, con una aportación activa de la enfermera, que es visible para las personas receptoras de los cuidados. Ahora bien, esta visión ética del cuidar se ve limitada por la estructura biomédica en la que la enfermería se incluye como disciplina práctica. En los espacios de atención médica, si el problema ético se transforma en un problema médico, ya no es un tema de responsabilidad propia para la enfermera, desde el paradigma de atención predominante. El conflicto moral es un conflicto humano, cuando hay una invisibilidad del cuidado, la persona que cuida ya no tiene poder moral, no puede ser agente moral. En consecuencia, la capacidad de la enfermera para participar en las decisiones éticas está disminuida y desvalorizada. El clásico debate de la bioética, que analiza y trata de resolver los conflictos basándose en principios éticos preestablecidos, oculta la posibilidad de contemplar otras visiones. Aunque la intersubjetividad característica de la relación de ayuda, enfermera-paciente, hace que los problemas ético-morales sean más fácilmente identificados

y clarificados que en una relación jerárquica, la valoración de los problemas o dilemas éticos que ve la enfermera y su abordaje raramente son tenidos en cuenta por los comités de ética de los centros sanitarios, más preocupados por los aspectos más formales de la bioética o la ética médica.

El ejemplo que expone la Dra. Tronto ilustra este aspecto: una enfermera lleva al comité de ética asistencial el caso de un médico que pretendía despertar a un paciente para tomarle las constantes cuando había conseguido quedarse dormido tras el difícil abordaje del dolor intenso con tratamiento farmacológico. El comité de ética del centro, en vez de analizar y reflexionar sobre la práctica, lo entiende como una pérdida de tiempo, lo valora como un caso de escasa importancia y, a su juicio, sin problema o dilema ético. Además de considerar poco profesional a la enfermera por desafiar el juicio médico.

Conocimiento invisible: Dar testimonio del sufrimiento del paciente es uno de los aspectos importantes del cuidado y del conocimiento ético de la enfermería. Sin embargo, la valoración de la enfermera suele ser considerada como legítima y adecuada cuando se relaciona directamente con el conocimiento científico-biológico, o sea el conocimiento del proceso de enfermedad y de tratamiento. La invisibilidad aumenta aún más cuando las enfermeras perciben que no pueden responder de esta forma y terminan prefiriendo un silencio que no puede hacerles daño (Perraut, 2001), como si fuera una estrategia para evitar los conflictos y mantener el *status quo* en su lugar de trabajo (Leyva-Moral, 2007; Roberts, DeMarco y Griffin, 2009), una forma de autoprotección o silencio inactivo (Van Dyne, Ang y Botero, 2003). El silencio contribuye a una disminución de la autoestima y la depresión y también conduce a la falta de participación en las decisiones importantes y la pérdida de control sobre sus vidas y su trabajo (De Marco et al., 2005). Por lo tanto, el silencio se identifica como una de las características de los grupos oprimidos (Roberts et al., 2009).

Además, ante esta situación, la persona permanece oculta, no es el centro del cuidado. El conocimiento de la persona como ser único e individual, que ocupa un determinado lugar social y que actúa de forma libre de acuerdo con sus creencias y culturas, permanece invisible. Y sin embargo, teóricamente, es el eje central en la toma de decisiones y es el que da sentido al cuidado.

5.3. Estrategias que favorecen la visibilización del cuidado y del que cuida

El cuidado y quien cuida deben obtener la necesaria visibilidad. Para ello se deben desarrollar estrategias, en diversas esferas, que permitan visibilizar el cuidado y resaltar la importancia del mismo. A continuación, se presentan algunas ideas que pueden ayudar a conseguirlo:

1. 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.
2. En el ámbito académico, se deben desarrollar estrategias conjuntas entre las facultades y escuelas de Enfermería con la finalidad de promover cambios en los posicionamientos de los estudiantes y futuros profesionales.

3. En el ámbito clínico y asistencial, incorporar a las personas atendidas y sus familias en los procesos de mejora. Realizar campañas de sensibilización sobre la importancia de los cuidados en la salud. Luchar y defender el incremento de las ratios enfermera-paciente en nuestro país, ratios que actualmente están por debajo de otras directrices de países europeos, que favorecerían la oferta de un cuidado ético. 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 (Bruynel et al., 2015).
4. En investigación poner énfasis en líneas de investigación que puedan demostrar la aportación del cuidado y la práctica enfermera en la salud de las personas; necesidad de aumentar los estudios experimentales y ensayos clínicos. Realizar una difusión de los resultados de investigación enfermera no solo a la comunidad científica sino también a políticos, gerentes y ciudadanía.
5. Desde los órganos colegiales impulsar posicionamientos alineados con las otras dimensiones anteriormente comentadas con la finalidad de potenciar la visibilidad de los cuidados.
6. En la comunidad, explicar a los ciudadanos la misión y la visión de nuestra profesión, ser proactivos como grupo social. Hacer marketing, esto es, explicar con buenas estrategias y asegurar que alguien recoja el mensaje (acción política y presencia en los medios de comunicación). También es conveniente evaluar la satisfacción con el cuidado incorporando las evaluaciones de familiares y no solo de los pacientes, como se hace actualmente.
7. Una estrategia que aportó la Dra. 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. Estos espacios de trabajo también se pueden plantear como elementos para «cuidar a las enfermeras» e intentar que los estudiantes, los profesionales, los gestores, lo vean positivo, enriquecedor y de crecimiento personal y profesional. Deben ser espacios aceptados y fomentados por las propias empresas, ya que comportan normalmente un incremento de costes en la situación actual de contención de los mismos. Se podrían identificar referentes para trabajar estos temas de reflexión del cuidado en los centros, deliberando sobre las responsabilidades de cada uno de los agentes implicados.
8. El papel del gestor es también clave para la visibilización del cuidado, y, aunque la profesora Tronto insistió en la búsqueda de un buen liderazgo de los gestores, esto no lo es todo. La estrategia pasa por visualizar la capacidad de liderazgo de todas y cada una de las enfermeras y su implicación en la toma de decisiones de la Dirección Enfermera: pasar de trabajar «para» a trabajar «con». La participación de todas las enfermeras en la detección de necesidades y planificación de los servicios es una tarea pendiente ligada a la gestión de los servicios. En definitiva, se trata de un empoderamiento de las enfermeras en el ámbito universitario, clínico y directivo. Entendiendo empoderamiento desde la perspectiva de Hills y Mullet (2002) como la creación de una relación de colaboración entre enfermeras, basada en (I) la igualdad, la verdad, el respeto mutuo y el intercambio de energía, (II) el compromiso hacia un diálogo crítico que promueve el pensamiento crítico, la creación de nuevos conocimientos y el descubrimiento del significado personal, y (III) la reflexividad sobre la acción que permite tomar decisiones para mejorar o cambiar la práctica. Todo ello va a permitir pasar del silencio a una voz construida (Belenky et al., 1986).

5.4. A modo de conclusión

La identidad profesional y la visibilidad, social y en las instituciones sanitarias, son temas de discusión en múltiples foros. En un momento en que el cuidado se considera un valor esencial para la sociedad del siglo XXI, como asegura la Dra. Tronto, «los políticos empiezan a reconocer el cuidado porque la sociedad lo pide». Por eso es el momento para clarificar que:

1. El cuidado es muy importante, es un privilegio, pero actualmente tiene poco valor, hay que convencer de que es primordial para la supervivencia. Frecuentemente se asocia a algo «extra» y, si es un «extra», ¿cómo se puede plantear en términos institucionales? Es preciso dar el paso de lo extra a lo cotidiano y, por tanto, consolidar los cuidados profesionales en la sociedad.
2. El cuidado es una parte esencial de lo que significa ser humano: no se puede entender la humanidad sin entender lo que significa cuidar y recibir cuidados.
3. El cuidado tiene que ver con cada aspecto de la vida: tiene una perspectiva holística.
4. Cuidar es un hábito que precisa tiempo para realizarse y para pensar en él: cuanto más se ejerce, más se valora y mejor se realiza.
5. La ética del cuidado es una visión de trabajo, no solo de las enfermeras y los enfermeros, debe incluir al paciente, la familia y las visiones de otras disciplinas, implica una evaluación que debe realizarse en un entorno democrático en el que participa quien proporciona el cuidado y quien lo recibe.

No más excusas, es momento ya de pasar a la acción y de tratar de retroalimentar la práctica y la teoría, la ciencia y el arte, la profesión y la disciplina enfermera, como dos áreas esenciales donde se produce y se utiliza el conocimiento. Durante los últimos 20 años se han consolidado las competencias profesionales enfermeras. Ahora se ha de conseguir la visibilidad ejerciendo la autoridad moral y ética que este conocimiento proporciona para cumplir especialmente con el objetivo común de toda enfermera: desarrollar la fuerza suficiente para atender las necesidades de salud de las personas en situación de vulnerabilidad, al tiempo que se las reconoce como sujetos autónomos y únicos. Las enfermeras y los enfermeros deben ser capaces de explicar cómo y por qué su práctica impacta en los resultados de salud y en el bienestar, es decir, deben tener consciencia del impacto de la propia actividad.

5.5. Referencias

- ALBERDI, R. (1988). Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. *Rev Rol Enferm*, 239(40), 27-31.
- BELENKY, M.F., CLINCHY, B.M., GOLDBERGER, N.R., TARULE, J.M. (1986). *Women,s Ways of Knowing. The Delopment of Self, Voice, and Mind*. New York: Basic Books.
- BJORKLUND, P. (2004). Invisibility, moral knowledge and nursing work in the writings of Joan Liaschenko and Patricia Rodney. *Nurs Ethics*, 11(2), 110-12.
- BRUYNEEL, L., LI, B., AUSSERHOFER, D., LESAFFRE, E., DUMITRESCU, I., & SMITH, H. ET AL. (2015). Organization of Hospital Nursing, Provision of Nursing Care, and Patient Experiences With Care in Europe. *Medical Care Research And Review*, 72(6), 643-664. doi:10.1177/1077558715589188.
- CÁNOVAS, M.A. (2008). *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión*. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia.
- CARPER, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv Nurs Sc*,1(1),13-23.
- CARNEVALI, D., & THOMAS, M. (1993). *Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing* (1.^a ed.). Philadelphia: Lippincott. Páginas: 39-73.
- CENTRO DE INVESTIGACIÓN SOCIOLOGICA. (2013). *Barómetro Sanitario*. España: Encargo de Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Convenio. Retrieved from <http://www.analisis.cis.es/cisdb.jsp>
- CHACÓN, E. (2007). El hospital y el paciente. Declaraciones de principios realidades y paradojas. *Index de Enferm*. 56,35-39.
- CHINN, P.L., KRAMER, M.K. (2015). *Knowledge development in nursing: theory and process*. 9.^a ed. St. Louis: Mosby/Elsevier.
- COMTE-SPONVILLE, A. (2010). *La felicidad desesperadamente*. Barcelona: Paidós.
- CORLEY, M.C., ELSWICK, R.K., GORMAN, M., CLOR, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 250-257.
- DE BAUVET, A., SAUVAIGE, M. (2005). *Penser autrement la pratique infirmière. Pour une créativité éthique*. Bruxelles: De Boeck Université.
- DE PEDRO, J.E., ASENSIO, J.M. (2004). Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica de enfermería basada en la evidencia? *Index de Enfermería*. 13, 44-45.
- DAVIS, A. (2006). *El cuidado y la ética del cuidado en el siglo XX, ¿qué sabemos y que debemos preguntarnos?* Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona.
- DELGADO-HITO, P. (2010). El proceso de producción de conocimiento en la práctica enfermera mediante la reflexividad (tesis doctoral). Universidad de Montreal, Canadá.
- DEMARCO, R.F., ROBERTS, S.J., CHANDLER, G.E. (2005). The use of a writing group to enhance voice and connection among staff nurses. *Journal of Nurses in Staff Development*, 21(3), 85-90.
- DESBOROUGH, J., PHILLIPS, C., BANFIELD, M., BAGHERI, N., MILLS, J. (2015). mpact of nursing care in Australian general practice on the quality of care: A pilot of the Patient Enablement and Satisfaction Survey (PESS). *Collegian*, 22(2), 207-214. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26281409>
- DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C., FOREST, M., SÉNAC, R. (2013). *Qué políticas para qué igualdad* (1.^a ed.). Valencia: Tirant Humanidades.
- FISHER, B. (1990). *Alice in the human services: A feminist analysis of women in the caring professions*. In Abel, E. & Nelson, M. *Circles of care* (1.^a ed.). Albany, N.Y.: State University of New York Press.
- FRY S; JOHNSTONE M; FAUDRIN P; MARTINEZ M; CIE. (2010). *Ética en la práctica de enfermería: Una guía para la toma de decisiones éticas*. México: Manual Moderno.
- HAMRIC, A.B., BLACKHALL, L.J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med*, 35(2), 422-429.
- HARTRICK, A. (2002). Beyond polarities of knowledge: the pragmatics of faith. *Nursing Philosophy*, 3(1), 27-34.
- HILLS, M.D., MULLET, J. (2002). *Enhancing nursing health promotion through cooperative inquiry*. En Lynne E. Young et Virginia Hayes (eds.) *Transforming health promotion practice-concepts, issues, and applications* (pp.311-322). Phyladelphia: F.A. Davis Company.
- KERUAC, S. PEIN, J. DUCHARME, F. DUQUETTE, A. MAJOR, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

- LEYVA-MORAL, J.M. (2007). Silencio organizacional. Revisión bibliográfica de las razones y consecuencias del silencio en el Trabajo. *Index Enferm*, 16(57), 33-36.
- LUNARDI, V., LUNARDI FILHO, W.D., SILVA, R., SANTOS, M.R., SALLETE, J., SALUM, M. (2007). Nursing ethics and its relation with power and work organization. *Rev Latino-am. Enfermagem*, 15(3), 493-497.
- MABEN, J., ALTER, S. McLEOD, J. (2006). The theory-practice gap: impact professional bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 465-477.
- PEPIN, J., KÉROUAC, S., DUCHARME, F. (2010). *La pensée infirmière*. 3.^a ed. Montreal: Cheneliere Education. Perraut, A. (2001). *Infirmières, le savoir de la nuit*. Paris: Presses Universitaires de France.
- PLANA, C., ICART, T. (2014). Indicadores sensibles a la práctica enfermera: una oportunidad para medir la contribución de las enfermeras. *Enferm Clin*, 24(2), 142-148.
- RIOPELLE, L. (1993). El dilema de los cuidadores enfermeros: un modelo conceptual o el diagnóstico enfermero. *Enferm Clin*, 3 (4), 133-134.
- ROBERTS, S.J., DEMARCO, R., GRIFFIN, M. (2009). The effect of oppressed group behaviours on the culture of the nursing workplace: a review of the evidence and interventions for change. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 288-293.
- SCHMALENBERG, C., & KRAMER, M. (2009). Nurse-physician relationships in hospitals: 20.000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, 29(1), 74-83.
- SERRANO-DEL-ROSAL, R. & RANCHAL-ROMERO, J. (2010). La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. *Index De Enfermería*, 19(1). <http://dx.doi.org/10.4321/s113212962010000100002>
- SIROTA, T. (2009). Relación profesionales de enfermería/ médicos: resultados de una encuesta. *Nursing* (Ed. Española), 27(4), 8-11. doi:10.1016/s0212-5382(09)70533-3.
- SORLIE, V., KIHILGREN, A., KIHILGREN, M. (2005). Meeting ethical challenges in acute nursing care as narrated by registered nurses. *Nurs Ethics*, 12, 133-42.
- SUMMERS, S., SUMMERS, H. (2009). *Saving lives* (1st ed.). New York: Kaplan Pub.
- TRONTO, J. (2010). Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose. *Ethics And Social Welfare*, 4(2), 158-171. <http://dx.doi.org/10.1080/17496535.2010.484259>
- TRONTO, J. (1996). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Sage Publications.
- TRONTO, J. (2013). *Caring Democracy. Markets, Equality and Justice*. New York: New York University Press.
- TRONTO, J. (2017). *Care as an Antidote to Neoliberalism. Seminari Permanent*. Lecture, Col·legi Oficial d'Infermers i Infermeres de Barcelona.
- VAN DYNE, L., ANG, S., BOTERO, I.C. (2003). Conceptualizing employee silence and employee voice as multidimensional constructs. *Journal of Management Studies*, 40(6), 1359-1392.

6. Responsabilidad en el ejercicio profesional

Carmen Domínguez Alcón, Anna Ramió Jofre, Laura Martínez Rodríguez, Isabel Pera Fábregas y Mireia Vicente García

6.1. Introducción

El presente artículo sobre «*Responsabilidad en el ejercicio profesional*» centra la atención en tres temas. En primer lugar:

1. *Las ideas principales sobre la responsabilidad del cuidado* que defiende Joan Tronto y, en concreto, las expresadas en la conferencia *Can care ethics be codified?* en relación con ese concepto.
2. Se abordan a continuación algunos de los elementos esenciales en los que las autoras del presente artículo profundizan para aportar elementos que generen reflexión sobre la responsabilidad del cuidado, articulando el análisis a través de los *límites* de la responsabilidad en el cuidado; cómo *ejercer la responsabilidad* en diferentes contextos de cuidado; y cómo la ética del cuidado puede favorecer *el desarrollo de la responsabilidad del cuidado*.
3. El artículo dedica la parte final a algunas ideas en las que seguir profundizando, como aportación de la profesión enfermera al debate sobre la *mejora del cuidado* desde el *ejercicio de la responsabilidad profesional* en una sociedad democrática y cuidadora.

6.2. Responsabilidad y cuidado según Joan Tronto

La preocupación de la Dra. Tronto acerca de la responsabilidad individual y colectiva en el cuidado la plantea ya en sus primeros escritos en los años ochenta, cuando en el artículo «Beyond Gender Difference: To a Theory of Care» [Más allá de la diferencia de género: Hacia una teoría del cuidado] (Tronto 1987) se refiere al trabajo de Carol Gilligan con su conocida aportación acerca de las diferencias en el

desarrollo moral de mujeres y hombres, en cuanto a la ética de la justicia y la ética del cuidado. Esta última centra el desarrollo moral alrededor de la comprensión de la responsabilidad y las relaciones, de la misma manera en que el concepto de moralidad como equidad vincula el desarrollo moral al entendimiento de derechos y reglas. No se realiza aquí un análisis de la aproximación de Gilligan (1985), la referencia a esa autora ayuda a seguir la importancia que Joan Tronto concede a la responsabilidad, según el enfoque de Gilligan, acerca de las relaciones que implican una obligación especial con la familia y personas cercanas. En su artículo (Tronto 1987) indica que la característica más importante de una ética del cuidado es que, en el marco de la teoría, las situaciones no se definen en términos de derechos y responsabilidades sino en términos de relaciones de cuidado. Y añade que esa perspectiva del cuidado como práctica requiere que los conflictos se resuelvan sin perjudicar la continuidad de las relaciones. Tronto, en ese mismo artículo, (1987) hace también referencia a los límites del cuidado y se pregunta cuáles son los límites apropiados de nuestro cuidado y hasta dónde tienen que extenderse tales límites. Resulta sorprendente, además de desvelar la complejidad del tema, el hecho de que cuatro décadas después ambas preguntas se mantengan vigentes y se ofrezcan varias respuestas, opciones y elementos para la reflexión y el debate, desde diferentes enfoques y perspectivas.

El objetivo en el presente artículo es reflexionar sobre la responsabilidad en base a la aproximación que realiza Tronto acerca de ese tema. Son ideas que siguen presentes en su obra más reciente cuando afirma que nada sería mejor que encontrar la forma de colocar las responsabilidades del cuidado en el centro de las agendas de la política democrática (Tronto 2013, ix), lo que supone aceptar algunas cargas y responsabilidades. Precisamente porque dependemos del cuidado al inicio, al final de la vida y en el transcurso de ambos acontecimientos también estamos comprometidos en relaciones de cuidado con otras personas, necesitamos y proveemos cuidado (Collière 1982, 1986, 2002). Tronto, en *Caring Democracy* (2013), plantea la importancia de redefinir la democracia como establecimiento de argumentos acerca de las responsabilidades del cuidado. Admite que la conexión entre cuidado y democracia parece alejada y extraña. Analiza por qué la responsabilidad individual no es suficiente, explica por qué es importante centrar la atención en la responsabilidad y profundiza en ese concepto como idea política. A menudo la responsabilidad es usada como sinónimo de «obligación», como una forma de derecho. Entendida como concepto ético se usa como algo valioso, digno de alabanza, o de censura.⁷

En la citada obra de referencia, Tronto señala, entre las formas de uso de la responsabilidad, la que centra el objetivo en asignar responsabilidades como parte de un conjunto de acciones. Sin embargo, esa asignación requiere tener suficiente poder para llevarla a cabo. Aun en esas circunstancias la asignación de responsabilidades es a menudo difusa y social, además de política, y existe cierta ambigüedad inherente a la asignación. Tronto se fija y profundiza en algunos matices que considera de especial relevancia, por ejemplo, relacionados con la creación de las condiciones para el ejercicio de responsabilidad; las perspectivas que hacen surgir modelos (teórico-jurídico, y expresivo colaborativo

⁷ En el Diccionario de la Real Academia Española se define como: «Cualidad de responsable. Deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal. Cargo u obligación moral que resulta para alguien del posible yerro en cosa o asunto determinado. Capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente». Diccionario de la Real Academia Española. Versión electrónica. (Acceso febrero 2017.)

al que denomina «ética de la responsabilidad»⁸, Tronto 2013, 54). Plantea asimismo la necesidad de tener en cuenta decisiones prioritarias relacionadas con la limitación de tiempo y recursos. Se extiende también en las dimensiones de la relación responsabilidad y poder, y apunta varias reflexiones sobre la *irresponsabilidad privilegiada*, que relaciona con formas de evitar la responsabilidad del cuidado. El espacio disponible aquí no permite ampliar el comentario acerca de la diversidad y riqueza de los argumentos que ofrece Tronto sobre esos temas en su obra *Caring Democracy*, de lectura imprescindible.

En resumen, el análisis que realiza Tronto muestra varias dimensiones de la responsabilidad a las que la autora presta atención, y que junto con los temas de su conferencia sobre *Can care ethics be codified?* sirven de base para la reflexión acerca de la responsabilidad del cuidado en el presente artículo. Las ideas esenciales de Joan Tronto en esa conferencia señalan la consideración de los códigos de ética como una *herramienta* que con el transcurso del tiempo se van haciendo más complejos. En esa evolución buscan la orientación hacia la máxima calidad del servicio profesional, ofreciendo una plataforma de reflexión que trata de armonizar la política pública desde la ética.

Las recomendaciones de Tronto giran en torno a identificar las situaciones más frecuentes, lo que se asume como responsabilidad en ellas, y cómo se llevan a la práctica. En ese proceso pone énfasis en tres principios o aspectos generales a tener en cuenta. Son los siguientes: *relaciones, responsabilidad y poder*. Las *relaciones* como una preocupación básica para la ética del cuidado. Y su propuesta es cambiar la forma de vernos a nosotros mismos, sugiere vernos en relación con los demás. En una ética relacional; más que el deber, lo que importa es la relación entre las personas. En cuanto a la *responsabilidad*, la principal tarea es la asignación, no es suficiente suponer que alguien lo hará, cubrirá la situación y se hará cargo. ¿Cómo asignamos la responsabilidad? La orientación es a través de los códigos de ética, aunque en la práctica profesional los códigos no asignan responsabilidades, son una guía. Realmente, ¿los códigos éticos, por sí solos, nos pueden ayudar a regular la práctica asistencial? ¿Quién es el responsable de asegurarse que se hacen reflexiones éticas?

En cuanto al *poder*, las organizaciones buscan actuaciones éticas, pero suelen surgir dificultades o problemas éticos y los códigos terminan siendo una forma de «amortiguador». Todo ello tiene *implicaciones* prácticas y para que los códigos ofrezcan una ayuda efectiva es importante conseguir crear espacios de deliberación creativa, espacios de reflexión colectiva más que individual para facilitar el intercambio, y posibilitar la realización de planteamientos éticos, favoreciendo entornos reflexivos y enfoque crítico. Tronto, en la conferencia *Can Care Ethics be codified?*, nos sugiere la posibilidad de crear un código de ética organizativo, donde los valores estén consensuados y estos promuevan conductas y comportamientos éticos. La ética del cuidado va más allá de un código de ética, por eso es imprescindible que las organizaciones se impregnen de los valores nucleares de la ética del cuidado, que propicien los espacios deliberativos, promoviendo las reflexiones críticas que ayuden a reconducir la práctica asistencial.

⁸ En base a los trabajos de Margaret Urban Walker, *Moral Understanding: A Feminist Study of Ethics*, Nueva York: Oxford University Press, 2007.

6.3. Límites, ejercicio y desarrollo de responsabilidad del cuidado en la práctica enfermera

Para reflexionar sobre la *responsabilidad del cuidado* y concretar la aportación enfermera al debate sobre el tema, las autoras del presente artículo fijan la atención en algunos aspectos que parecen esenciales. La responsabilidad del cuidado se ejerce a través de la relación con los demás. En esa relación hay tres elementos clave: la confianza; el poder; y la responsabilidad. La ética del cuidado supone el engranaje que articula los tres. La profesión enfermera, influenciada por los trabajos de diferentes autores (Leininger, 1978, 1981; Noddings, 1984; y Gilligan, 1985, entre otros), convierten el cuidado en el eje de su atención y en su esencia, asumiendo la ética de la responsabilidad, la enfermera debe responder de los cuidados que presta y de los resultados que estos tienen en la persona cuidada.

Establecer confianza es clave en la relación, sin ella la posibilidad de una buena comunicación se ve dificultada. Es igualmente relevante la existencia de consenso a diferentes niveles, ya que la relación implica a varios actores que intervienen en las situaciones de cuidado. Según Luhmann (2005), el proceso de establecer una relación de confianza exige un compromiso mutuo; asimismo solo puede probarse si ambas partes se involucran y siguen un orden, primero el que establece la confianza y en segundo lugar el depositario de ella. En consecuencia, la confianza es la expectativa general de que la otra persona sabrá manejar su libertad (Luhmann, 2005). En una relación de confianza las dos partes necesitan sentirse seguras. La confianza es una cualidad que requiere de respeto mutuo, veracidad y honestidad.

Cuando hablamos del poder de las enfermeras, deberíamos pensar en la distinción entre *auctoritas* y *potestas*.⁹ Torralba (2016) se refiere al poder como «la capacidad de obrar, de influir, de hacer proyectos», mientras que la autoridad «es un reconocimiento que los otros otorgan a alguien a partir de su competencia y su coherencia. La autoridad es un reconocimiento que no depende de uno mismo, sino de los otros, y los otros la otorgan porque observan en la persona que tiene autoridad unas cualidades que la hacen valiosa». En relación con el poder una hipótesis es que las enfermeras lo tienen, aunque no la suficiente conciencia de que disponen del mismo y pueden ejercerlo. Por ello al tratar de hacer frente a situaciones concretas de la práctica cotidiana, surge esa percepción o contradicción respecto al ejercicio del poder que genera malestar, en ocasiones intenso, que llega a traducirse en *angustia moral*.

Puede surgir una contraposición entre lo que se enseña en el código de ética con la práctica asistencial. Jameton (1984) ofreció la primera definición de angustia moral en la literatura de enfermería. Afirma que la angustia moral es el estrés que se produce «cuando uno sabe lo que debe hacer, pero las limitaciones institucionales hacen casi imposible seguir el curso de acción correcto». Más recientemente otros autores, como Kopala y Burkhart (2005), y Corley, Elswick, Gorman y Clor (2001), han ampliado esa definición para incluir respuestas personales, por ejemplo el dolor y desequilibrio resultantes de obstáculos que se encuentran en el lugar de trabajo clínico. Hardingham (2004) se refiere a la angustia moral que «surge cuando hay una inconsistencia entre las creencias y acciones de uno» (p.128). Schluter, Winch, Holzhauser y Henderson (2008), en su detallada revisión de la literatura sobre sensibilidad moral y clima ético hospitalario, señalan que «el personal de enfermería parece experimentar frustración moral y culpabilidad como resultado de no poder proveer el cuidado que desea» (p.318). La literatura de salud generalmente ha descrito la angustia moral como ocurre dentro del contexto clínico y ha centrado la

⁹ En la antigua Roma se distinguía entre la *auctoritas* como forma de legitimación social que procedía del saber, valía, de la capacidad moral para emitir opiniones calificadas que eran valoradas por la comunidad. Sin valor vinculante legalmente, aunque su fuerza moral era innegable. La *potestas* hacía referencia a la capacidad legal para tomar decisiones.

discusión en las experiencias de enfermeras y otras personas que prestan atención directa al paciente. Según Adela Cortina, uno de los grandes obstáculos de la ética y la moral es la distancia existente entre nuestras grandes declaraciones sobre los derechos humanos y las realizaciones de la vida cotidiana, el abismo entre la teoría y la praxis. Por otra parte, tener *poder* es esencial para ejercer la responsabilidad. Ese es un tema en el que es imprescindible profundizar, identificando diferentes componentes, interrelación entre ellos, percepción que los diferentes actores tienen de los mismos y consecuencias a que dan lugar. En resumen, se trata de conocer mejor las implicaciones de esa interrelación compleja en la práctica enfermera cotidiana. Un aspecto a considerar y en el que profundizar es como *democratizar el poder*.

Al tratar de la responsabilidad en la literatura profesional los términos al uso son *accountability*, *responsability*, y parece que no hay consenso acerca de una diferenciación clara aceptada entre ellos. Distintos autores tienen sus propias percepciones de los significados de esas palabras. Hopper (2013) ofrece algunas reflexiones útiles al respecto. Indica que *responsability* se refiere a responsabilidad en sentido más amplio. Mientras que *accountability* se refiere a la rendición de cuentas, que parece ser más estrecha en el enfoque y más explícitamente definida, incluso en medidas específicas. «Responsabilidad» es el término que parece ser utilizado *antes* de un evento u obligación. La referencia es a una persona que es responsable de algo. «Rendición de cuentas» es el término que se plantea con mayor frecuencia después de un evento u obligación, con referencia a la persona que es responsable. «Responsabilidad» es la palabra que describe a la persona o grupo que se asegurará de que el trabajo se hace adecuadamente. Es la palabra que identifica a la persona o grupo que «hará bien» o «se culpará» de cualquier trabajo que se haya realizado inadecuadamente. Con esa idea en mente, algunas personas afirman que un líder (a cualquier nivel) puede delegar la responsabilidad, pero sigue siendo responsable ante alguien (cliente interno o externo) para asegurar que la calidad y cantidad de trabajo es adecuada. Una persona suele asumir la responsabilidad y, en general, una persona es responsable. Una persona que asume la responsabilidad por lo general lo hace sobre la base de un sentido de propiedad personal y compromiso. Alguien que es responsable está sujeto a la guía y las limitaciones definidas por otra persona. Del mismo modo, los individuos responsables sienten que tienen la autoridad para tomar medidas por su cuenta. Las personas responsables consideran que tienen que consultar u obtener la aprobación de otra persona antes de la acción.

En la literatura enfermera varios términos se relacionan con el significado ético de la responsabilidad, como muestra Ramió (2104) en su amplia revisión sobre ese concepto. En el contexto de la ética del cuidado, cabe interpretar el concepto *responsabilidad* como una cualidad, como la capacidad de rendir cuentas, lo que es un signo de madurez en el ámbito del profesionalismo. Pero también conviene considerar la responsabilidad como un valor que se traduce en la actitud de estar dispuesto a responsabilizarse, a hacerse cargo e implicarse, tanto en el cuidado de las personas como también de las instituciones y organizaciones para el logro de una sociedad más democrática, para crecer como profesión y lograr reconocimiento social, elemento clave del profesionalismo, que es fundamental en la propuesta de cuidar, transformar la sociedad y las organizaciones. En ese contexto de ejercicio de la responsabilidad, la idea fuerza es la *transversalidad*, que supone la responsabilidad compartida, que no diluida, y la necesidad de asumir personal y colectivamente la responsabilidad del cuidado. Se destaca igualmente la necesidad de establecer límites, a diferentes niveles: considerar los riesgos para la persona cuidadora, ya que es imprescindible el autocuidado para poder asumir el cuidado de otras personas; en relación con la persona sujeto del cuidado, respetando su voluntad y parecer; con los colegas; con la institución; y con la sociedad. En los párrafos siguientes se apuntan algunos rasgos acerca de cómo los códigos de ética ofrecen una guía en varios de esos aspectos.

En relación con los *códigos de ética*, un aspecto esencial es para qué *sirven realmente*, qué asumen como propósitos. Suelen perseguir varios. Un primer aspecto relevante es que demuestran preocupación

y son sensibles, desde la perspectiva ética, a temas esenciales relacionados con los cuidados, lo que conduce a la elaboración, puesta en vigencia, y actualización periódica de los mismos. Contribuyen a clarificar la conducta a seguir, y legitiman el diálogo acerca de distintas situaciones desde la ética. Un aspecto valioso es la ayuda que pueden ofrecer ante requerimientos legales, además del impacto positivo en la práctica. A partir de los códigos de ética se alcanzan niveles elevados de compromiso, invitan al diálogo crítico y a la práctica reflexiva. Asumir las propuestas de los códigos de ética y la voluntad de aplicación de los mismos tiene como resultado que las preocupaciones vayan más allá de la situación concreta y cotidiana, estimulen la reflexión crítica, hagan reflexionar sobre las opciones posibles, promuevan el diálogo y nuevas formas de intervención profesional. Todo ello supone tener en cuenta la existencia de lógicas distintas de los equipos, en cada organización y contexto, en ocasiones incluso contrapuestas, en espacios de actividad compartidos. No siempre es sencillo establecer programas, estrategias y planes aceptables por parte de los distintos actores implicados, incluidas las personas sujeto del cuidado, en el servicio/intervención profesional. Los códigos de ética son también una forma de presentación de lo que la sociedad puede solicitar, esperar de los profesionales, enfermeras y enfermeros. Suponen hacer visible la aplicación de los valores profesionales sostenidos por el conocimiento y competencias de la práctica enfermera en cada contexto y situación.

Los códigos de ética se fijan específicamente en la responsabilidad. La consideran un aspecto central que sustenta la práctica enfermera. En general, la literatura que trata el tema considera que la responsabilidad enfermera es un desafío a describir y definir. Y se reconoce que es esencial la enseñanza y evaluación de la misma. Uno de los retos a hacer frente durante el aprendizaje de la profesión enfermera es la ambigüedad que rodea la definición de la responsabilidad profesional (Rachel, 2012; Krautscheid, 2014). Es una competencia prevista en la formación. Sin embargo, a menudo al inicio de la práctica profesional se observa la carencia de la capacidad para la rendición de cuentas (Berkow, Virkstis, Stewart, y Conway, 2009; Dohmann, 2009). La revisión de literatura médica y de salud ofrece una amplia gama de definiciones de la rendición de cuentas, que no es tan evidente en enfermería (Krautscheid, 2014, op. cit.). Esa autora en su estudio se refiere a que existen desacuerdos sobre la mejor manera de definir los comportamientos profesionales (Caulfield, 2005; Dohmann, 2009; Milton, 2008; Shultz, 2009; Snowdon y Rajacich, 1993), por lo que la definición de la responsabilidad profesional de enfermería sigue siendo un reto.

Esta inconsistencia en la definición de responsabilidad tiene consecuencias en la rendición de cuentas, durante la enseñanza e incluso posteriormente. Al existir ambigüedad en ese tema, dentro y fuera de la profesión, enfermería puede experimentar disonancia cuando se trata de la enseñanza de la rendición de cuentas, y a la hora del ejercicio de la misma.

El concepto de *responsabilidad* está presente en los códigos de ética. Por ejemplo, el *Código de ética de las enfermeras y enfermeros de Cataluña* de 2013,¹⁰ que es el vigente, se estructura alrededor de cinco valores: *responsabilidad, autonomía, intimidad/confidencialidad, justicia social y compromiso profesional*. A través de estos valores se detallan las actitudes y comportamientos éticos para ejercer la profesión enfermera, respetando la dignidad de la persona atendida.¹¹ Acerca del *valor responsabilidad* indica que «las enfermeras proporcionan cuidados seguros, competentes, compasivos y conformes a la ética profesional y al mismo tiempo damos cuenta de nuestras acciones y de las consecuencias que de ellas se deriven en el ejercicio de la profesión». Para ello enumera a continuación distintas acciones y comportamientos (30 en total) relacionados con la competencia (17), la seguridad de la persona

¹⁰ <20131031_codigo_etica_enfermeria.pdf>

¹¹ La elección de estos valores responde a su coincidencia con los que prevalecen internacionalmente en los códigos de ética enfermera.

atendida (9) y al final de la vida (4). Entre los relacionados con la competencia destacan la dignidad y los derechos humanos, que implican tener en cuenta medidas de respeto; involucrar y capacitar a la persona sujeto de cuidado, además de facilitar su empoderamiento, y el control de los procesos de toma de decisiones, que es esencial y permite velar por la correcta gestión de los cuidados. En cuanto a la seguridad de la persona atendida todas las acciones y comportamientos que se indican son importantes, pero destacan especialmente minimizar los riesgos que puedan derivarse de las acciones de cuidado, es decir, anticiparse o denuncia de los hechos, negarse a colaborar en prácticas en las que no está garantizada la seguridad, y mantener el autocuidado para poder cuidar. En relación con el final de vida hay que destacar el respeto a las creencias y valores, así como el acompañamiento en el proceso, aportando la valoración enfermera a la toma de decisiones, y garantizar que se respeten las voluntades anticipadas.

En la práctica enfermera la *responsabilidad* supuestamente está presente como parte de la preocupación y solicitud hacia el bienestar de la persona, como elemento esencial del cuidado. Se manifiesta a partir de los conocimientos, habilidades y comprensión de lo que es esencial para quien es sujeto del cuidado (Hesbeen, 2002; Teixidor, 2014; Barnes, 2016, 2012; Collière, 1996, 2002, Domínguez Alcón, 2016), en situaciones de vida en las que a menudo están presentes el sufrimiento, el dolor y la vulnerabilidad. La pregunta que las autoras del presente artículo se formulan es ¿qué supone la propuesta sobre responsabilidad del código de ética para las enfermeras? Sin duda la responsabilidad es una herramienta principal en la enseñanza, como proceso de socialización de los nuevos profesionales que pone énfasis en la educación en valores. La importancia del refuerzo de esa perspectiva es esencial, dado que los conocimientos acerca de procedimientos y técnicas están ampliamente presentes en la formación enfermera, incluso con excesivo énfasis en ellos.

La clave de la aplicación de la ética del cuidado está en saber desarrollar la relación terapéutica siendo sensibles y teniendo en cuenta las necesidades desde la perspectiva de la persona sujeto del cuidado. Ese enfoque es primordial para el desarrollo y consolidación de la perspectiva enfermera y pensamiento enfermero. Un aspecto esencial en los avances está en la adopción de una aproximación amplia del cuidado interdisciplinar, que aporte visiones fundamentales y complementarias a la perspectiva enfermera en el tema del cuidado como responsabilidad individual y colectiva en una sociedad democrática y cuidadora.

6.4. A modo de conclusión: aportación enfermera al debate sobre la mejora del cuidado

1. La primera manifestación de la responsabilidad profesional enfermera es *buscar soluciones adaptadas, accesibles y aceptables* (Domínguez Alcón, 1996, 2016) a las situaciones de cuidados a las que se enfrentan los miembros de la profesión, aplicando localmente esa respuesta, pero teniendo presente la perspectiva general, global de la situación o problema.
2. Ser miembro de la profesión enfermera supone *ejercer poder vinculado al nivel de responsabilidad* en el puesto que se desempeñe. Se entiende el poder desde la perspectiva y connotación positiva orientada al mejor cuidado, como mejor solución y respuesta frente a la situación de cuidado en la que se interviene como profesional. En un enfoque alejado de la imposición o dominación en la in-

intervención profesional como respuesta a la situación. Reconocer que una enfermera tiene autoridad es el resultado de una praxis que ha sido excelente y competente en reiteradas ocasiones, con independencia del cargo que se ocupe y papel que se desempeñe. La autoridad requiere experiencia, talento, pero, sobre todo, reconocimiento. Las enfermeras encuentran reconocimiento inmediato en la persona que cuidan. Para que este reconocimiento sea efectivo y duradero, el cuidado tiene que ser responsable, atento, perfectivo y único. La base en la que sustentar la capacidad de influencia/poder y *autoritas* de las enfermeras es la Ética del Cuidado. El reto es traspasar el valor nuclear del cuidado al resto de la organización y poder democratizarla, asignando las responsabilidades del cuidado, en las que todo el mundo esté implicado. Las enfermeras debemos creer que podemos ser el motor de cambio para democratizar las instituciones desde el valor del cuidado. Esto será posible si, con valentía, nos atrevemos a decir quiénes somos y cuál es nuestra aportación única, esencial e insustituible a la sociedad. Gastmans (2002), filósofo y especialista de la ética del cuidar, considera que ésta no debe quedar reducida a una exposición teórica de sus conceptos principales, sino que debe adaptarse a la realidad de la práctica clínica dentro del mundo de la salud. Expresa la necesidad de que el cuidar no sea una responsabilidad única de la enfermera, sino que se integre dentro del equipo multidisciplinar. Que preste atención a todos los aspectos éticos y centre la atención en todos los factores clínicos de interés de una situación concreta, a las expectativas de los pacientes, sufrimientos, temores y experiencias vividas de los profesionales. Pero también reconoce la gran afinidad existente entre cuidar y enfermería, dado que los cuidados que prestan las enfermeras son un campo abonado para mostrar el valor de la ética del cuidado. A pesar de esto considera, como otros autores, que, dada la complejidad de los problemas que frecuentemente presentan los pacientes en nuestros centros hospitalarios, es necesario replantear la revalorización del cuidado no solo para las enfermeras sino también para la práctica médica y asistencial.

3. Los miembros de la profesión enfermera tienen la *responsabilidad de contribuir a transformar el cuidado a través de la práctica* incorporando aspectos innovadores. Esa labor puede variar según el papel que desempeñen. En los puestos de decisión esa labor es esencial, promoviendo, apoyando y facilitando la puesta en práctica de intervenciones en esa línea. Favorecer la transversalidad de respuestas y estrategias a diferentes niveles debe considerarse parte de la responsabilidad en todos los niveles de decisión. Son formas de hacer que se transmiten y repercuten a diferentes niveles en el abanico de jerarquías existente en cada ámbito. Esa responsabilidad implica asimismo buscar estrategias mediante diferentes opciones, ya sea en la formación, espacios de reflexión, compartir y difundir experiencias o aquellas que se consideren factibles en entornos concretos. Las posibilidades pueden ser múltiples desde una perspectiva crítica y la potencialidad de llevarlas a cabo existe en la profesión, como se ha hecho evidente si se tienen en cuenta los cambios drásticos en la profesión en las décadas más recientes.
4. *El liderazgo en la práctica enfermera* como proceso transformador tiene un papel clave, ha de ser capaz de impregnar el valor del cuidado a todos los niveles de la organización, desde la misión, visión y valores hasta las estrategias de cada proceso operativo de atención. El liderazgo en la profesión enfermera ha de pasar de estar centrado solo en «gestionar» a «liderar» realmente, ya que es su responsabilidad influir y transformar las organizaciones para que estas entiendan que la ética del cuidado es responsabilidad de todos. Para ello, es imprescindible que los líderes sean coherentes, el discurso tiene que estar alineado con la práctica y deben transmitir entusiasmo y pasión. Líderes comprometidos con la ética, íntegros y ejemplares para el resto de profesionales, que tengan vocación de servicio y facilitadores de la práctica asistencial. Líderes capaces de generar confianza y compromiso en el resto de la organización.
5. Difundir ejemplos de cómo las enfermeras pueden promover e intervenir en «democratizar las instituciones» con aspectos vinculados a la ética del cuidado. Las enfermeras pueden intervenir en

la democratización de las instituciones, trasladando los principios de la ética del cuidado a la vida cotidiana y a la acción política. Reconociendo el cuidado como premisa fundadora de la sociedad democrática, incorporando el cuidado como concepto público y político, como una cuestión de ciudadanía. Para ello, es preciso salir de la invisibilidad del cuidado, aunque el cuidado ocurre a menudo en la esfera más íntima y privada, también está presente y vinculado a múltiples situaciones de vida en los contextos más variados, diversos, altamente tecnológicos, o marcados por las carencias más severas, en todos ellos es necesario hallar las formas de posibilitar la consideración de la dimensión ética, humana, social, económica y política del cuidado.

6.5. Referencias

BARNES, MARIAN (2006). *Caring and Social Justice*. Houndmills: Palgrave.

BARNES, MARIAN. (2012). *Care in everyday life: An ethic of care in practice*. Nueva York: Policy Press, Universidad de Bristol.

BERKOW, S., VIRKSTIS, K., STEWART, J., & CONWAY, L. (2009). «Assessing New Graduate Nurse Performance». *Nurse Educator*, (34): 17-22.

CAULFIELD, H. (2005). *Vital notes for nurses: Accountability*. Malden, MA: Blackwell.

COLLIÈRE, MARIE FRANÇOISE. (1982). *Promouvoir la vie*. París: Intereditions.

COLLIÈRE, MARIE FRANÇOISE. (1996). *Soigner le premier art de la vie*. París: Intereditions.

COLLIÈRE, M. FRANÇOISE. (2002). «Préface» de Jocelyn Lawler. *La face cachée des soins: Soins au corps, intimité et pratique soignante*. París: Seli Arslan.

CORLEY, MC, RK ELSWICK, M. GORMAN, T. CLOR. (2001). «Development and evaluation of moral distress scale». *J. Adv. Nurs.* 33(2): 250-6.

CORTINA, ADELA. (2007). *Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. Oviedo: Ediciones Nobel.

DOHMANN, E. (2009). *Accountability in nursing. Six strategies to build and maintain a culture of commitment*. Marblehead, MA: HCPro, Inc.

DOMÍNGUEZ ALCÓN, CARMEN. (2016). *Evolución del cuidado y profesión enfermera*. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios.

DOMÍNGUEZ ALCÓN, CARMEN. (1996). «Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas familiares», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 43-56. En colaboración con M. Teresa Bazo.

GASTMANS, CHRIS. (2002). *Towards an Integrated Clinical Ethics Approach: Caring, Clinical and Organisation*. En: Lie, R.K. y Schtmsmans P.T. (eds.). *Healthy Thoughts. European Perspectives on Health Care Ethics*. Leuven: Peeters.

GILLIGAN, CAROL. (1982) *In a Different Voice* Cambridge: Harvard University Press. Versión española, *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino México*: Fondo de Cultura Económica, 1985.

HARDINGHAM, LORRAINE B. (2004) «Integrity and moral residue: Nurses as participants in a moral community» *Nursing Philosophy*, 5(1): 127-134.

HESBEEN, WALTER. (2002). *La qualité du soin infirmier*. París: Masson, 2.^a ed.

HOOPER DENNIS. (2013) «The Difference between "Responsibility" and "Accountability"» *Savannah Business Journal*, 16 de diciembre de 2013.

JAMETON, A. (1984). *Práctica de Enfermería: Las cuestiones éticas*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice Hall.

KENNY, D. (2007). «Plagio estudiantil y práctica profesional». *Enfermera Educación Hoy*, 27, 14-18.

KOPALA, B., & L. BURKHART. (2005). «Dilemas éticos y angustia moral: Nuevos diagnósticos propuestos por NANDA». *Revista internacional de terminología y clasificación de enfermería*, 16 (2005): 1, 3-13.

KRAUTSCHEID, L. C. (2014). «Defining Professional Nursing Accountability: A Literature Review» *Journal of Professional Nursing*, vol. 30 (1):43-47.

LEININGER, MADELEINE. (1978). «Futurology in Nursing: Goals and Challenges for tomorrow» 379-396 en Norma L. Chaska (ed.) *The Nursing Profession: Views Throught the Mist*. Nueva York: MacGraw Hill.

LEININGER, 1981, LEININGER, MADELEINE. (1981). *Caring: An Essential Human Need*. Nueva Jersey: Slack Inc.

LUHMANN, NIKLAS. (2005). *Confianza*. Barcelona: Anthropos.

MILTON, C. (2008). «Accountability in Nursing: Reflecting on Ethical Codes and Professional Standards of Nursing Practice From a Global Perspective». *Nursing Science Quarterly*, 2008 (21): 300-303.

NODDINGS, NEL. (1984). *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press.

RACHEL, MARCIA M. (2012). «Accountability: A Concept Worth Revisiting» *American Nursing Today*, (7) n.º 3.

RAMIÓ, ANNA. (2014). «Responsibility in Nursing: a review of argument-based literatura» (documento de trabajo, no publicado).

SCHLUTER, J., S. WINCH; K, HOLZHAUSER Y A. HENDERSON. (2008). «Nurses' moral sesitivity and hospital ethical climate: A literatura review». *Nurs Etics* 15 (3): 304-21.

SNOWDON, A., Y D. RAJACICH. (1993). «The Challenge of Accountability in Nursing». *Nursing Forum*, (28): 5-11.

SHULTZ, D. (2009). *Building a science of nursing education: Foundations for evidence-based teaching-learning*. New York, NY: National League for Nursing.

TEIXIDOR, MONTSERRAT. (2014). «Pròleg» *Guia de bones pràctiques basada en l'evidència*. Barcelona: Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermeres de Catalunya.

TORRALBA, FRANCESC. (2016). *Lideratge ètic*. Barcelona: Angle Editorial. (1): 24-25.

TRONTO, JOAN C. (1987). «Beyond Gender Difference to a Theory of Care» *Signs* 12 (4): 644-663.

TRONTO, JOAN C. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*. Nueva York: Nueva, York University Press.

WALKER, MARGARET. (2007). *Urban Moral Understanding: A Feminist Study of Ethics*. Nueva York: Oxford University Press.

7. Complejidad del cuidado y nuevas direcciones

Carmen Domínguez Alcón, Anna Ramió Jofre, Montserrat Busquets Surribas y Núria Cuxart Ainaud

7.1. Complejidad del cuidado: conclusiones del primer Seminario

La presente obra reúne el texto de dos conferencias pronunciadas por la Dra. Joan Tronto: *Care as an antidote to Neoliberalism* y *Can care ethics be codified?*, en el marco del Seminario Permanente de Investigación Enfermera, del COIB, como parte del proyecto sobre Ética y valores del cuidado, que promueve esa organización. A partir de la reflexión sobre las ideas de ambas conferencias, y en particular del trabajo inicial realizado por el Grupo de Trabajo constituido por enfermeras expertas¹² con la ponente sobre la segunda conferencia, *Can care ethics be codified?*, se planifica la forma de profundizar en algunos temas que parece esencial abordar desde la perspectiva que sugieren las conferencias. Se trata de los siguientes: (1) reflexión sobre el *lenguaje profesional* desde la perspectiva y la práctica enfermera, (2) acerca de la *invisibilidad del cuidado*, dimensiones identificadas, relación con el bienestar y calidad de vida, y (3) sobre la *responsabilidad* en el ejercicio profesional en distintas situaciones de vida y contextos de cuidado, en relación con los derechos y deberes de distintos actores.

Este capítulo final evidencia que se ha cumplido el objetivo de profundizar en los temas citados. Esa labor se ha realizado en el seno de grupos reducidos, y cada uno de ellos ha elaborado un artículo como contribución al debate acerca de los temas propuestos. De forma que la presente obra cuenta con dos vertientes sugerentes y complementarias, la realizada por la ponente en las conferencias y la contribución del grupo de enfermeras expertas, que desde distintos ámbitos y experiencias profesionales y de investigación aportan su visión sobre los temas elegidos. En los párrafos siguientes se destacan las líneas de fuerza de los artículos y se plantea a continuación la importancia y necesidad de conectar las preocupaciones que en ellos se expresan con seis puntos que parecen esenciales para

¹² Se trata de un grupo de 19 enfermeras expertas, con doctorados, másteres y trayectorias investigadoras y profesionales consolidadas, que la Comisión Deontológica del COIB convoca para trabajar específicamente sobre los temas tratados en las sesiones de 2016 del proyecto Ética y valores del cuidado, con vistas a su publicación.

avanzar en la aplicación de la ética del cuidado, en la comprensión de la complejidad del cuidado y en las orientaciones del cuidado hacia el futuro.

El planteamiento que realiza la Dra. Tronto en las dos conferencias es de alcance y ha nutrido la reflexión de los artículos que se incluyen en la presente obra, pero son además sugerentes de una más amplia reflexión que aborde matices y perspectivas que las conferencias apuntan y en las que es imprescindible seguir profundizando, y ya nos hemos emplazado para hacerlo en el futuro inmediato.¹³ Se trata ahora de que la reflexión sobre los textos que recoge la presente obra ayude a tener en cuenta temas fundamentales y algunos de los aspectos que por el momento se consideran esenciales en la reflexión acerca del cuidado desde la perspectiva teórica, en vistas a su aplicación práctica. Se trata de dar respuesta a las nuevas direcciones que las necesidades y riesgos plantean a la sociedad democrática, que precisa ser «cuidadora» y «cuidada». La riqueza de dimensiones a explorar es múltiple y el deseo es seguir profundizando en todo ello con voluntad de conocimiento, comprensión y transformación, para contribuir a realizar el mejor cuidado posible en sociedades democráticas y cuidadoras. En los párrafos siguientes se presentan las líneas de fuerza en cada uno de los temas tratados en el Seminario.

7.2. Lenguaje profesional

En el artículo sobre el lenguaje profesional se constata la importancia y la necesidad de un lenguaje enfermero como expresión de identidad. La consideración tradicional del cuidado y de quienes lo han realizado ha contribuido a invisibilizar ambos, a lo que se añade la «falta» de lenguaje, que está todavía en la actualidad poco presente, con modalidades de sistematización dispar, en su uso y evaluación en la práctica cotidiana habitual. El tema dista de ser sencillo. La nomenclatura enfermera se implanta en España con el Decreto 1993/2010, que regula los datos mínimos a incluir en la historia clínica, que en relación al cuidado enfermero adopta la propuesta de NANDA, NIC, NOC.¹⁴ El hecho de regular la información que debe constar en la historia clínica es positivo, aunque, en el caso de la práctica enfermera, su materialización es compleja y la sistematización incompleta. El actual proceso de informatización de la historia clínica ofrece amplias posibilidades. Sin embargo, no parece haber consenso en los posicionamientos de aceptación o de resistencia a la utilización de la nomenclatura enfermera propuesta, debido a que se considera que hay diferentes aspectos de la práctica enfermera que no quedan suficientemente reflejados. Todo ello plantea incluso un cierto conflicto de intereses entre las organizaciones y los profesionales que todavía no ha sido analizado en profundidad.

Los estudios sobre la comunicación enfermera son por el momento limitados en el entorno español. Alguno de los que se centran en el tema, al revisar las propuestas de nomenclatura enfermera, apuntan carencias en cuanto a la construcción de la competencia comunicativa (Sabater, 2016, 42). La situación podría resumirse en falta de consenso para hacer frente a la utilización de lenguaje, como aspecto esencial en la comunicación. Las autoras del artículo al que hace referencia el presente comentario —Rifá y Espinosa— se preguntan si «es ético no tener lenguaje». Argumentan la importancia del lenguaje

¹³ Mediante la organización de las segundas sesiones del Seminario Permanente de Investigación Enfermera, del COIB, el próximo mes de octubre de 2017.

¹⁴ Existen otras clasificaciones: del CIE, conocida en español como Proyecto CIPE, el Sistema Omaha, entre propuestas de otros grupos en España.

como eje que permite visibilizar y estructurar los nuevos desarrollos profesionales, garantizando la calidad asistencial. Si no se presta atención a los aspectos centrales del cuidado, lo que requiere palabras, términos, lenguaje pertinente, se contribuye a crear condiciones de cuidado precario y no reconocer lo que es realmente esencial (Woods, 2014,93). El artículo de Rifá y Espinosa concluye señalando en detalle las consecuencias negativas de la ausencia de lenguaje enfermero en la práctica cotidiana. Al hacerlo, las autoras ofrecen también la identificación de varios aspectos clave en los que centrar la atención. Esa identificación puede suponer un punto de partida de enfoques posibles a través del lenguaje para visualizar, hacer patente, utilizar, posibilitar el avance del saber y del conocimiento. También es la base para desarrollar estrategias que contribuyan a cambiar la situación de no visibilidad del cuidado y de quienes cuidan en las actuales sociedades democráticas y cuidadoras.

7.3. Invisibilidad del cuidado

El enfoque del siguiente artículo sobre invisibilidad del cuidado ofrece aspectos que enlazan con el del lenguaje y aporta claves para comprender la persistente no visibilidad del cuidado. Las autoras se cuestionan acerca de «cómo puede ser que una profesión que es capaz de adaptar los mensajes a cualquier público (niños, personas mayores, personas con dificultades idiomáticas, de diferentes niveles socioeconómicos...) tenga tantas dificultades para explicar lo que aporta; por qué es tan difícil concretar el beneficio social que supone la Enfermería». Las autoras argumentan sobre las ambivalencias y dificultades para lograr un reconocimiento de los cuidados invisibles, cómo medirlos, cómo medir su eficiencia, cómo determinar qué peso deben tener dentro del conjunto de la actividad asistencial. Las propuestas de intervención concretas que apuntan, evidencian la investigación ya realizada, así como el potencial existente que puede facilitar poner en práctica intervenciones concretas. El paso siguiente es la materialización de las estrategias que el artículo sugiere para favorecer la visibilidad del cuidado y de quienes cuidan. Las siete propuestas que incluye el artículo son todas ellas opciones factibles, fácilmente planificables como experiencias de aplicación en la práctica, y la evaluación de las mismas puede hacer avanzar «del silencio e invisibilidad enfermera a la presencia y la voz construida», imprescindible en la política sanitaria y en las políticas de salud.

7.4. Responsabilidad en el ejercicio profesional

En el artículo sobre responsabilidad se resume en primer lugar la posición de Tronto acerca de la responsabilidad individual y colectiva hacia el cuidado, está presente la importancia de asignar responsabilidades, las condiciones para el ejercicio de la misma y los límites. Se presta atención a los aspectos de la responsabilidad en los que se ha profundizado y difundido en la literatura profesional. Desde la perspectiva enfermera, confianza, poder y responsabilidad se plantean como elementos clave para el desarrollo de la responsabilidad del cuidado en la práctica profesional. Se pone énfasis en la ética de la responsabilidad, en las dificultades de poner en práctica la asignación de responsabilidades, derivadas precisamente del ejercicio de poder y de la ambigüedad que a menudo rodea algunas situaciones que requieren decisiones prioritarias. Se considera también la irresponsabilidad privilegiada. En la práctica

enfermera la primera idea de responsabilidad es la que cada profesional, como tal, asume según su experiencia, comprensión y desempeño de la profesión. En la respuesta ante cualquier situación de cuidado en la que interviene una enfermera o enfermero, como profesional asume su responsabilidad o no. La segunda idea está vinculada a la acción o intervención responsable, según se está o no en posesión de las competencias que requiere la acción en concreto a la que el profesional da respuesta. Mientras que la tercera idea se refiere a rendir cuentas de la acción, que se realiza localmente pero con perspectiva global. El artículo concluye con algunas reflexiones acerca de la utilidad de las propuestas de los códigos de ética como guía y la posibilidad de crear espacios deliberativos y de reflexión crítica como parte de la responsabilidad enfermera.

Los artículos a los que se hace referencia en los párrafos anteriores ilustran acerca de la complejidad del cuidado y de algunas características específicas en el caso de Cataluña, posiblemente extensibles al conjunto de España. Los temas tratados muestran también en cierta forma el camino a seguir: lenguaje, palabras y posición activa frente a la no visibilidad. La persistente referencia a la invisibilidad del cuidado evidencia la necesidad de posición activa frente a la misma, precisamente para facilitar opciones para reconocer el cuidado y hacer patente la presencia del mismo. En todos los artículos es patente el deseo y expectativas de avance en la comprensión del cuidado, en la aplicación de la ética del cuidado, así como en el progreso y desarrollo profesional al servicio de la población. Hasta aquí se han sintetizado las aportaciones de los grupos de trabajo materializadas en los artículos precedentes, y en los párrafos siguientes se plantean algunos conceptos clave en los que se apunta necesario profundizar en el Segundo Seminario.

7.5. Comprensión de la ética del cuidado: propuestas para un marco general

Desde la perspectiva de continuidad del proyecto del COIB Ética y valores del cuidado parece imprescindible enunciar algunos puntos esenciales que conviene tener en cuenta como marco general de reflexión para el segundo Seminario sobre *Significación del cuidado, más allá de la enfermedad y la hegemonía económica*, a celebrar en octubre de 2017. Este segundo Seminario centrará la atención en la comprensión de la ética del cuidado. Para abordar el tema se sintetizan los aspectos siguientes: (1) Qué se entiende por ética del cuidado; (2) Principios esenciales en la ética del cuidado; (3) Fases que se consideran necesarias para comprender y concretar las dimensiones del cuidado; (4) Características del cuidado desde la perspectiva del proveedor; (5) Factores que se consideran en el buen cuidado; (6) Formación por competencias: de enfermera principiante a experta. Se amplían a continuación algunas ideas sobre cada uno de ellos.

7.6. Qué se entiende por ética del cuidado

Para hablar de ética del cuidado es necesario partir de una definición del concepto cuidado con la que nos sintamos cómodos, que podamos compartir y defender. El cuidado incluye la propia experiencia, el proceso social, y las dimensiones de amor, cariño y trabajo. Define un tipo de relación social específica, que va más allá del servicio, de las emociones, la empatía y el afecto. Las aproximaciones a la definición del cuidado muestran los aspectos que se tienen en cuenta. Por ejemplo, Mayeroff (1971, 8) considera el cuidado como una forma de *ayudar a otro a crecer y actualizarse*, precisando que la práctica y la experiencia del cuidado incluye respeto por la otra persona, y supone apreciar a la persona a quien se cuida como ser independiente.

Las definiciones del cuidado ponen énfasis en distintos aspectos. Por ejemplo: «*Representa una variedad infinita de actividades, que parten de la interrogación de lo que cuenta para mantener, conservar y desarrollar la vida, en vistas a resolver los obstáculos, las dificultades que entorpecen ese desarrollo*» (Collière, 1982). «*Cuidar es el arte primero de la vida, que precede a todos los demás*» (Collière, 1996, 2002). La definición de Fisher y Tronto (1987) es ilustrativa de la centralidad individual y social de la noción de cuidado. Consideran el cuidado como «*actividad genérica que comprende todo lo que hacemos para mantener, perpetuar, reparar nuestro mundo de manera que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo comprende nuestro cuerpo, nosotros mismos, nuestro entorno y los elementos que buscamos enlazar en una red compleja de apoyo a la vida*» (Fisher y Tronto, 1990, 38). Esa definición incluye varias características: (1) No se limita a interacciones de seres humanos, se refiere a objetos y entorno. (2) No presume que es una relación dual o interindividual, que idealiza la relación. (3) Es en gran medida definida culturalmente y presenta variaciones según las culturas. (4) Considera el cuidado activo y puede caracterizar una actividad singular o un proceso. Es a la vez una práctica y una disposición. Tronto afirma que el ámbito del cuidado es inmenso y reconoce la dificultad para delimitar el campo, que se materializa en actividades concretas, orientadas al cuidado y autocuidado. Desde una perspectiva colectiva, la finalidad es la protección, las acciones del ejército o de la policía, por ejemplo. En el cuidado es decisivo tener en cuenta las necesidades del otro/otros para guiar la acción. El cuidado implica una forma de relación activa (Domínguez Alcón et al., 2013, 91 ss. y 157 ss.). La definición del cuidado de 1990 es la misma que plantea posteriormente en *Moral Boundaries* (Tronto, 1994) obra en la que esa autora realiza un análisis pionero, sugerente y relevante, señalando la dimensión política del cuidado. Proponiendo cuatro fases analíticas y los aspectos morales vinculados a cada una de ellas. Posteriormente en su obra *Caring Democracy* añade una quinta fase (Tronto, 2013).

El pensamiento feminista en los años ochenta del siglo XX establece nuevas perspectivas. Se introduce la noción que se refiere a la ética del cuidado (Gilligan, 1982). Esa aportación considera la moralidad femenina como fuente de intuiciones morales auténticas y valiosas. Supera la dicotomía entre justicia y cuidado y propone la complementariedad de ambas esferas. Los trabajos más recientes de Gilligan profundizan en la idea de «resistencia a la injusticia» (Gilligan, Hochschild, y Tronto, 2013, 35). Desde que Gilligan identificó las diferencias por razón de género en el razonamiento moral, la ética del cuidado se ha desarrollado y se aplica de diferentes formas. También se ha centrado la atención en sus características, que se han resumido en los siguientes rasgos: (a) añade un enfoque particularizado al enfoque abstracto y general de la ética de la justicia; (b) se encuentra en la implicación y el compromiso directo y casi personal con los otros; el amor, el cuidado, la empatía, la compasión, conectan con situaciones que piden ayuda; (c) nos dice que la racionalidad debe mezclarse con la emotividad; (d) no se limita a cumplir la ley, sino que se interesa por su aplicación situacional; (e) es una ética relacional, más que el deber lo que importa es la relación con las personas. Los principios están presentes, pero al servicio de las personas (Camps, 2010, 90). La ética del cuidado se define como un acercamiento a la vida

personal, social, moral y política que parte de la realidad de que todos los seres humanos necesitan y reciben cuidado y prestan cuidado a los demás. Las relaciones de cuidado entre los seres humanos son parte de lo que nos marca como seres humanos. Siempre somos seres interdependientes (Tronto, 2009). Según esa autora la ética del cuidado está en el centro de la esfera política y plantea el potencial transformador del cuidado como ideal político, y la práctica competente del cuidado como aprendizaje de la democracia (Domínguez Alcón, 2013, 2016).

7.7. Principios esenciales en la ética del cuidado

Los principios esenciales de la ética del cuidado son: atención, responsabilidad, competencia, capacidad de respuesta y confianza (Barnes y Brannelly, 2008, 384). Esas autoras precisan los rasgos a considerar en cada uno de ellos. En síntesis, son: la atención requiere escuchar y comprender las circunstancias de aquellos que buscan ayuda. La responsabilidad incluye asumir la responsabilidad de la acción en base a la atención y particularidades de las necesidades de las personas usuarias y de las personas cuidadoras, dedicando tiempo a construir confianza y comprensión. Son aspectos relevantes para la práctica competente. Tener en cuenta la capacidad de respuesta es esencial. Tronto destaca ese aspecto al referirse a la naturaleza de la relación entre quien provee el cuidado y quien es sujeto del mismo, reconociendo que es un proceso interactivo. En los siguientes apartados se evidencia que tales principios están vinculados a las fases que se establecen para comprender y concretar las dimensiones del cuidado (Tronto, 1990, 1994, 2013). Se relacionan también con las características del cuidado (Stone, 2000), y con los factores que se tienen en cuenta en el buen cuidado (Gastmans, 2012; Barnes y Brannelly, 2008). Los estudios realizados muestran cómo la ética del cuidado puede usarse como marco para analizar prácticas sociales y de cuidado, ya que los principios esenciales que se consideran pueden servir de guía en diferentes formas de práctica (Sevenhuisen, 2006, 81; Barnes y Brannelly, 2008, 384; Barnes et al., 2015; Domínguez Alcón, 2017a, 2017b).

7.8. Comprender y concretar las dimensiones del cuidado

Para comprender y concretar todas las dimensiones del cuidado, Tronto plantea considerarlo como un proceso social continuo. Propone cuatro fases analíticamente distintas: (1) *preocuparse de* («caring about»), (2) *asumir la responsabilidad* («caring for»), (3) *realizar la actividad* («care giving»), y (4) *recibir el cuidado/servicio/actividad* («care receiving») (Tronto, 2009, 147 ss.). Posteriormente añade una quinta fase: «caring with». (Tronto, 2013, 23). La explicación de cada una de las fases es sugerente de la complejidad y dimensiones que el cuidado supone. La primera fase, que denomina *preocuparse de* («caring about»), implica el reconocimiento de las necesidades y la evaluación de la posibilidad de aportar una respuesta. Es una preocupación matizada individual y culturalmente. Incluye el nivel social y político. La segunda fase, que corresponde a asumir la responsabilidad («caring for»), se asume en relación con la necesidad identificada, para determinar la naturaleza de la respuesta a aportar. Esa responsabilidad supone ir más allá de las necesidades. Se pueden tratar las necesidades no satisfechas, lo que en la visión de la autora implica cierta concepción de la acción. La tercera fase, realizar el cuidado («care giving»), es el

trabajo material, tomando contacto directo con el objeto/sujeto de cuidado. La cuarta fase, que señala *cómo recibir el cuidado/servicio/actividad* («care receiving»), se supone que el objeto/sujeto de solicitud responde al cuidado que recibe. La autora pone énfasis en la importancia de incluir y considerar la recepción del cuidado entre los elementos del proceso, así como las preferencias de quien recibe el cuidado. Se trata de ofrecer una respuesta *accesible, adaptada y aceptable* a la necesidad (Domínguez Alcón, 1996, 1997). Es esencial que la respuesta sea accesible, ya que la existencia de respuesta no siempre supone que quien la precisa pueda acceder a ella. La idea de *adaptabilidad* es relevante, ya que la existencia de respuesta implica que sea apropiada a la necesidad que se pretende cubrir. La inclusión de la *aceptabilidad* por parte de quien recibe el cuidado es primordial, ya que supone respetar a la otra persona como interlocutor, sujeto del cuidado, persona con dignidad, derechos y capacidad de decidir, lejos de la consideración de objeto receptor del cuidado, servicio o atención, sin capacidad de decisión ni participación. La fase final («caring with») requiere que las necesidades de cuidado y las formas de satisfacerlas sean compatibles con los compromisos democráticos de justicia, igualdad y libertad para todos (Tronto, 2013, 23).

Proporcionar y recibir cuidado es una parte importante de la vida de las personas, a pesar de la escasa atención prestada a profundizar en los aspectos teóricos y en las distintas dimensiones que implica, tal como evidencian los artículos reunidos en la presente obra. La aproximación de Tronto ilustra y coloca la ética del cuidado en un contexto moral y político, profundizando y ampliando la comprensión de sus dimensiones y entramado. Las fases que la autora identifica suponen un punto de partida para reflexionar sobre los elementos necesarios, en cuanto a aspectos morales y sociales vinculados a cada una de las fases que plantea. Así, a la primera fase, «preocuparse de», le corresponde el valor o virtud de la *atención*; a la segunda, «asumir la responsabilidad», le corresponde el valor *responsabilidad*; a la tercera fase, «realizar la actividad», le corresponde la *competencia*; y por último a la cuarta fase, «recibir el cuidado», le corresponde la *sensibilidad/capacidad de respuesta*. Tales elementos/componentes/ valores/virtudes citados son esenciales en relación con la intervención en políticas públicas, ya que pueden ser: (a) *ignorados*, con las implicaciones que la no consideración pueda suponer, (b) *institucionalizados* y posibilitar el avance hacia bases más permanentes y positivas en la consideración y provisión del cuidado, y (c) *dar lugar a estereotipos* que marquen negativamente la construcción del objeto de intervención (Sevenhuisen, 2006, 83). Al añadir una quinta fase, «caring with», Tronto apunta como cualidades necesarias: *pluralidad, comunicación, confianza, respeto y solidaridad*.

7.9. Características del cuidado desde la perspectiva del proveedor

El cuidado trata de actividades que incluyen: (1) escuchar y hablar, en lugar de llevar a cabo tareas sin palabras; (2) apego emocional en vez de desapego; (3) capacidad para conciliar los imperativos morales de tratar a todos los usuarios de servicios por igual, mientras que se responde a la unicidad de cada persona; (4) invertir tiempo creando confianza, en lugar de priorizar el cumplimiento del horario; (5) poder ir más allá de los límites de una relación profesional o laboral; (6) trabajar a través de relaciones más que de reglas, considerar la compañía y la amistad como una prioridad (Stone, 2000, citado por Barnes y Brannelly, 2008, 386). Otros autores se refieren a las actividades que incluye el cuidado como: (1) *trabajo emocional*: escucha y dedicación; (2) *compromiso moral*: ser digno de confianza y responsable; (3) *trabajo mental*: con gran cantidad de planificación; *trabajo físico*: corporal, masajes, levantar, acostar, alimentación, higiene; *trabajo cognitivo*: utilizar destrezas y saber. Es un conjunto multifacético

de tareas que involucran sentidos, mente y cuerpo en un conjunto de prácticas y procesos entrelazados (Lynch y Lyons, 2014).¹⁵

7.10. Factores que se consideran en el buen cuidado

Algunos autores ofrecen la perspectiva que considera que el objetivo final de la intervención profesional es proveer «buen cuidado». Se trata del enfoque de «hacer con» y «estar con» la persona sujeto del cuidado. Esa perspectiva supera el «hacer para» de períodos anteriores, que dejan al margen a la persona sujeto del cuidado, ya sea —el cuidado— realizado por otra persona, profesional, enfermera, cuidadora, entre otros actores, este cuidado se lleve a cabo mediante la ayuda de robots o de otros dispositivos técnicos facilitadores. El buen cuidado en la perspectiva que defiende Gastmans (2012) supone: (a) respetar a la persona, (b) obtener su consentimiento, (c) proteger la información confidencial, (d) cooperar con los demás profesionales, (e) mantener la competencia profesional, y (f) minimizar los riesgos. En la perspectiva de otras autoras, el buen cuidado requiere de una continua negociación entre quienes proveen el cuidado y quienes lo reciben (Barnes y Brannelly, 2008, 386).

Desarrollar prácticas basadas en los principios de la ética del cuidado tiene el potencial de permitir un diálogo que incluye las distintas perspectivas de los actores implicados en la situación de cuidado y proporciona un lenguaje común. Las nuevas direcciones del cuidado se relacionan con lo que es significativo para las personas en cada situación de vida que precisa cuidado. El contexto y las condiciones en que se desarrolla el cuidado muestran los elementos esenciales en los que la práctica enfermera centra la atención. Giran alrededor de acompañar, orientar, enseñar, facilitar, tomar decisiones, aplicar con competencia e inteligencia los complejos conocimientos propios de la disciplina y utilizar la tecnología para mejorar la calidad de vida y del cuidado. Tienen en cuenta las raíces culturales, las creencias, lo que es significativo para las personas implicadas en las situaciones de vida que precisan cuidado. El objetivo es el buen cuidado, aplicar con inteligencia los saberes y el conocimiento profesional, restaurar la fuerza, el deseo de vivir, acompañar y facilitar el bienestar en cualquier situación, con preocupación, solicitud, con respeto a la dignidad y autonomía de todas las personas.

7.11. Formación por competencias: de enfermera principiante a experta

Los conceptos tratados en los párrafos anteriores perfilan una figura profesional (enfermera/enfermero) que requiere de un proceso de aprendizaje progresivo. La adquisición de habilidades, hábitos y conocimientos, en la formación enfermera por competencias, es un proceso que se desarrolla en varias

¹⁵ Las aportaciones al análisis del cuidado se realizan desde diferentes perspectivas. He profundizado en todo ello en el capítulo 1 sobre «Sociología del cuidado», en Carmen Domínguez Alcón, *Evolución del cuidado y profesión enfermera*, Barcelona: Ediciones San Juan de Dios, 2016, 681 pp.

fases. En ellas se adquieren las competencias que constituyen la base para la excelencia profesional. De forma que, a partir de cambios en la conducta, en cada fase, se avanza de principiante a profesional experta. Patricia Benner (1987) analiza el proceso por el que la enfermera recién graduada se convierte en experta, adaptando la propuesta de niveles de formación del modelo Dreyfus. Las fases que Benner considera en ese proceso de práctica progresiva en Enfermería son: (1) principiante, (2) principiante avanzada, (3) competente, (4) eficiente, y (5) experta. Durante el proceso se adquieren habilidades que mejoran la práctica profesional. La propuesta de Benner es aplicable a diferentes situaciones según los supuestos que se consideran en la práctica profesional acerca de: la enfermería, la persona, la salud y el entorno (Carrillo et al., 2013, 346). La pericia y los conocimientos prácticos de las enfermeras clínicas con categoría de expertas constituyen un valioso patrimonio de conocimiento y sabiduría profesional que, según Benner (1987, 39), solo puede aumentar y expandirse en toda su plenitud si las profesionales registran sistemáticamente sus experiencias y el saber que adquieren en el ejercicio diario de la profesión. Indica además que la competencia clínica, en el marco de la práctica enfermera, no se ha destacado ni compensado adecuadamente. Por otra parte la demora en esa definición contribuye a retrasar el reconocimiento y gratificación profesional. Las afirmaciones de Benner siguen teniendo total validez después de cuatro décadas. Por otra parte, la aportación de Benner es significativa en el aprendizaje de la conducta apropiada para resolver los variados conflictos éticos del cuidado y asistencia sanitaria actual. Por ejemplo: en relación con la protección de la intimidad; la información de malas noticias; respeto por la autonomía y toma de decisiones de la persona, así como en las relaciones inter e intraprofesionales, entre otras (Dos Santos, 2015).

Los seis puntos resumidos en los párrafos precedentes pueden considerarse esenciales para avanzar en la aplicación de la ética del cuidado, y en la comprensión de la complejidad del cuidado. La reflexión sobre ellos desde una perspectiva teórica ayuda a tener en cuenta algunos de los temas que por el momento se consideran fundamentales en el desempeño de la práctica profesional, cuyo objetivo es dar respuesta a las nuevas direcciones de las necesidades y riesgos que el cuidado plantea en la actual sociedad democrática, que precisa ser «cuidadora».

7.12. Referencias

BARNES, MARIAN Y TULA BRANNELLY. (2008). «Achieving Care and Social Justice for People with Dementia» *Nursing Ethics*, 15 (3): 384-395.

BARNES M., TULA BRANNELLY, LIZZI WARD Y NICKY WARD. (2015). «Introduction: the critical significance of care» pp.3-19, en Marian Barnes, Tula Brannelly, Lizzi Ward y Nicky Ward *Ethics of Care* Bristol: Policy Press.

BENNER, PATRICA. (1987). *Práctica progresiva en enfermería*. Barcelona: Grijalbo.

CARRILLO ALGARRA, ANA JULIA, ET AL. (2013). «La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica» *Enfermería Global* (32): 346 360.

COLLIÈRE, M. FRANÇOISE. (1982). *Promouvoir la vie*. París: Interditions.

COLLIERE, M. FRANÇOISE. (1996). *Soigner le premier art de la vie*. París: Interditions.

CAMPS, VICTORIA. (2005). «Aportaciones al debate» pp. 90-91, en *La gestión del cuidado*. Barcelona: Cuadernos de la Fundació Grifols. n.º 12, 2010 3.ª ed., (1.ª en 2005).

DOMÍNGUEZ ALCÓN, CARMEN. (1997). «Familia, cuidados informales y políticas de vejez», pp. 464-479, en A. S. Staab y L.C. Hodges *Enfermería gerontológica*. México: McGraw Hill.

DOMÍNGUEZ ALCÓN, CARMEN, ET AL. (2013). *Qué políticas para qué igualdad*. Valencia: Tirant lo Blanc.

DOMÍNGUEZ ALCÓN, CARMEN. (2016). *Evolución del cuidado y profesión enfermera*. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios, 681 pp.

DOMÍNGUEZ ALCÓN, CARMEN. «Cuidados, tecnologías y robots». Presentación en el Proyecto *En mans de màquines. El futur de les tecnologies de la cura*, Sesiones del STS-B. Research Group Reflection Projects. Call 2016. Obra Social La Caixa, Barcelona Palau Macaya, 29 de marzo, 2017a.

DOMÍNGUEZ ALCÓN, CARMEN. (2017) «Ética del cuidado y robots». *Cultura de los cuidados*, 47(2017b):9-13.

DOS SANTOS, CARLOS. «No Ethics without Methaethics-For more Benner ans less Beauchamp». *Nursing Ethics*, 22(2):261-263.

FISHER BERENICE Y JOAN TRONTO. (1990). «Toward a Feminist Theory of Caring», pp. 35-61, en Emily Abel y Margaret Nelson *Circles of Care*. Nueva York: University of New York Press.

GASTMANS, CHRIS. (2012b). «Dignity-Enhancing Care for Persons with Dementia and its Application to Advance Euthanasia Directives», en Y. Denier, C. Gastmans, A. Vandeveld (eds.) *Justice, Luck & Responsibility. Philosophical Background and Ethical Implications for End-of-Life Care*. Dordrecht: Springer.

GILLIGAN, CAROL. (1982). *In a Different Voice*. Cambridge: Harvard University Press. Versión española, La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1985.

GILLIGAN, CAROL, ARLIE HOCHSCHILD Y JOAN TRONTO. (2013). *Contre l'indifférence des privilégiés: A quoi sert le care?* París: Payot.

LYNCH, KATHLEEN Y MAUREN LYONS. (2014). «Trabajo de amor: Racionalidad de apoyo e identidades relacionales», pp. 82 -108 en Kathleen Lynch, John Baker, y Mauren Lyons *Igualdad afectiva: amor, cuidado e injusticia*. Madrid Morata.

MAYEROFF, MILTON. (1972). *On Caring*, Harper & Row, Nueva York.

RIFÀ, R. Y I. PÉREZ. (2009). «El llenguatge infermer, un repte per a la infermeria del segle XXI». *Annals de medicina*, 92 (2009):126-8.

STONE D. (2000). «Caring by the book», en Harrington Meyer M (ed.) *Care work: gender labor and welfare state*. Nueva York: Rouledge, 2000, 89-111.

SEVENHUISEN, S. ET AL (2006). («South African Social Welfare Policy: An Analysis through the Ethic of Care», en Hamington M. y Miller D.C. *Socializing Care*. Oxford: Rowman, 2006, 83.

SABATER, PILAR. (2016) *Desafío y reforma del conocimiento en las profesiones de salud: Competencia relacional, comunicación y excelencia en el caso de Enfermería*. Tesis doctoral Universidad de Barcelona.

TRONTO, JOAN C. (1987). «Beyond Gender Difference to a Theory of Care». *Signs*, 12 (4): 1987, 644-663.

TRONTO, 1994, TRONTO, JOAN *Moral Boundaries*, Nueva York: Rouledge, 1994. Tronto, 2009.

TRONTO, JOAN. (2013) *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*. Nueva York: Nueva, York University Press.

WOODS, MARTIN. (2014) (2014). «Trontos's legacy: The socio-ethical practitioner in contemporary health care», pp. 93-111, en Gert Olthius et al. *Moral Boundaries Redrawn*. Leuven: Peeters.

Autores, colaboradores y coordinadores

Autoras

Carmen Domínguez Alcón

Doctora en Sociología por l'École des Hautes Études en Sciences Sociales en París y Diplomada en Enfermería. Profesora emérita del Departamento de Sociología de la Universidad de Barcelona. Sus intereses de investigación comprenden las necesidades de cuidado, de bienestar, calidad de vida y desigualdades de la mujer, el género, la familia, las personas mayores, y las profesiones.

Helen Kohlen

Profesora de Enfermería en el College Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar in Vallendar, Germany. Como científico social está especializada en el área de política del cuidado y enfermería comunitaria, el género y la migración y pone en primer plano en el ámbito internacional los conceptos y teorías de cuidado. Por su trabajo ha sido galardonada por el Instituto de Humanidad, Ética y Ciencia.

Joan Tronto

Profesora de Ciencias Políticas en la Universidad de Minnesota. USA. Sus intereses de investigación en teoría política incluyen la ética del cuidado y la teoría política poscolonial. Ha publicado más de 40 ensayos y sus dos libros principales son *Moral Boundaries: A political argument for an Ethic of Care* (1993) y *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice* (2013).

Coordinadoras

Montserrat Busquets Surribas

Enfermera y licenciada en Antropología social y cultural. Máster en bioética y derecho y profesora titular de ética y legislación profesional de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Es miembro de la Comisión Deontológica del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB), vocal del Comité de Bioética de Cataluña y del Patronato de la Fundación Víctor Grifols i Lucas.

Núria Cuxart Ainaud

Enfermera y licenciada en Humanidades. Máster en Gestión de Servicios de Enfermería por la Universidad de Barcelona. Es Directora de Programas del COIB, donde también es presidenta en funciones de la Comisión Deontológica. Desde 2015 es decana de Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, responsabilidades que compagina con la docencia.

Anna Ramió Jofre

Enfermera, licenciada en Antropología Social y Cultural y doctora en Sociología por la Universidad de Barcelona. Profesora titular de Fundamentos históricos, teóricos y metodológicos en la Escuela Universitaria de Enfermería San Juan de Dios. Coordina el grupo FEBE de Historia de la profesión enfermera de las universidades de Cataluña, Andorra y Baleares y es vocal de la junta de gobierno del COIB.

Colaboradoras

Pilar Delgado Hito

Enfermera y vicedecana de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona.

Carmen Espinosa Fresnedo

Enfermera y profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Ramon Llull.

Maria Jiménez Herrera

Enfermera PhD, RN, MB, profesora titular y directora del Departamento de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili.

Laura Martínez Rodríguez

Enfermera y profesora en la Escuela Universitaria de Enfermería San Juan de Dios.

Isabel Pera Fábregas

Enfermera y responsable de la asesoría profesional del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona.

Rosa Rifà Ros

Enfermera y directora del Grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna de la Universidad Ramon Llull.

Susana Santos Ruiz

Enfermera y profesora en la Escuela Superior de Ciencias de la Salud Tecnocampus (ESCST), centro adscrito a la Universidad Pompeu Fabra.

Mireia Vicente García

Enfermera y directora enfermera de la Fundación Sanitaria Hospital de Mollet.

Ángela Vila Vendrell

Enfermera y coordinadora de la Unidad Continuidad Asistencial en IAS Institut d'Assistència Sanitaria de Salt (Girona).

