

ÉTICA DEL CUIDADO EN LA ATENCIÓN MÉDICA:
UNA REVISIÓN DE ALCANCE Y ENFOQUE REFLEXIVO DESDE LA BIOÉTICA

MARÍA PAULA LLANO URREGO
ADOLFO LEÓN VÉLEZ AGUIRRE

TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGÍSTER EN BIOÉTICA

DIVISIÓN DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN BIOÉTICA COHORTE #8
UNIVERSIDAD CES
MEDELLÍN-2023

Contenido

Resumen	3
Introducción	5
Metodología	12
Resultados	13
Características de los estudios encontrados	14
Discusión	25
Conclusiones	36
Bibliografía	38

Resumen

La presente revisión bibliográfica es la materialización de una búsqueda exhaustiva y el análisis realizado desde la perspectiva bioética sobre la ética del cuidado en la atención en salud por parte de los profesionales médicos. Enfatiza en la relevancia que debe tener la ética del cuidado en todos los ámbitos del proceso de atención de la salud: macro (estado y entidades educativas), meso (instituciones prestadoras de servicios de salud y aseguradoras) y micro (profesionales de salud-pacientes) y particularmente en la relación médico-paciente; explora la información existente con respecto a la evolución del concepto del cuidado en la atención en salud a través de los años; revisa la importancia del cuidado en el proceso de atención en salud describiendo la fundamentación teórica y conceptual disponible alrededor de la ética del cuidado en la atención en salud. La revisión de la literatura disponible y sus resultados evidencian que existen suficientes elementos desde un marco axiológico para construir una ética del cuidado y que ésta se incluya en todos los estamentos que participan en la atención en salud (estado, aseguradores, prestadores, profesionales de la salud). También se resalta la importancia de una atención compasiva en el marco de la relación terapéutica y de cuidado, lo cual encuentra argumentos éticos y filosóficos importantes en el trabajo de Pedro Laín Entralgo, Joan Carles Melich y otros autores, por lo que se requiere de un trabajo interinstitucional e intersectorial para que la formación y la práctica médica se movilizan por una compasión que se materialice en cuidar.

Palabras Clave: ética, cuidado, salud, compasión, atención; humanización de la atención.

ABSTRACT

This bibliographic review is the materialization of an exhaustive search and analysis carried out from a bioethical perspective on the ethics of care in health care by medical professionals. It emphasizes the relevance that the ethics of care should have in all areas of the health care process: macro (state and educational entities), meso (health care provider institutions and insurers) and micro (health professionals-patients) and particularly in the doctor-patient relationship; it explores the existing information regarding the evolution of the concept of care in health care over the years; it reviews the importance of care in the health care process

describing the theoretical and conceptual foundation available around the ethics of care in health care. The review of available literature and its results show that there are sufficient elements from an axiological framework to build an ethics of care and that this should be included in all the levels involved in health care (state, insurers, providers, health professionals). It also highlights the importance of compassionate care in the framework of the therapeutic and care relationship, which finds important ethical and philosophical arguments in the work of Pedro Laín Entralgo, Joan Carles Melich and other authors. Therefore, interinstitutional and intersectorial work is required so that medical training and practice are moved by a compassion that materializes in caring.

Key words: ethics, care, health, compassion, attention; humanization of care.

Introducción

Así como el orador debe encontrar, por medio de una auténtica comprensión, la palabra adecuada para orientar al otro, el médico, si quiere ser un verdadero médico, también debe ver más allá de lo que constituye el objeto inmediato de su saber y de su habilidad. Por eso, su situación ocupa un punto intermedio entre un profesionalismo desligado de lo humano y una apuesta personal por lo humano.

Hans George Gadamer

El Estado Oculto de la salud. El arte de curar.

El cuidado descrito por Heidegger como *cure* o *Sorge* -en alemán-, significa «cuidar de» y «velar por», al cuidado de las cosas y al cuidado de otros. Así mismo, denota inquietud, preocupación, alarma y en el sentido más amplio, es un desvelo por «sí mismo», por asumir el destino como un interés existencial, no intelectual (1), entonces el cuidado supone una relación entre uno y los demás teniendo en cuenta el entorno en que se realiza, como diría Arias “El cuidado configura una construcción social, dinámica y contextual, que incluye razonamientos, sentimientos, tradiciones, prácticas, imaginarios y regulaciones valorativas, jurídicas y políticas” (2). El significado más básico de cuidado es preocuparse solícitamente por el bienestar del otro (3).

No basta solamente referirse al ser del cuidar, es decir, al cuidar tal y como se desarrolla en el mundo de la vida, sino que es necesario hacer referencia a su “deber ser”, en el sentido kantiano del deber moral, el cual incluye las siguientes virtudes: la compasión, la competencia, la confidencialidad, la confianza y la consciencia (4). Estas son las virtudes que todo ser humano, integrado a los sistemas de atención en salud, debe desarrollar, ya que, con estas virtudes, se busca que el paciente tenga autonomía en medio de su vulnerabilidad y conserve su dignidad a pesar de que sea otro quien le asista en medio de su dolor.

Para hablar de ética del cuidado es preciso citar a quien acuñó el término inicialmente, Carol Gilligan¹, quien presenta la ética del cuidado como el acto de ocuparse por y de los otros. Esta propuesta teórica es una reinterpretación de la teoría del desarrollo moral de Kohlberg donde la autora concibe e interpreta los problemas morales de una forma diferente: desde lo relacional y no desde lo normativo. De esta manera, la moralidad está intrínsecamente ligada a la preocupación y responsabilidad por los demás, tomando una posición activa en la situación, escuchando lo que dice la otra voz diferente. Es un razonamiento moral que privilegia el

¹ Aunque antes existían desarrollos sobre el concepto de cuidar, el término ética del cuidado es acuñado por Carol Gilligan.

vínculo con el otro, la compasión y la preocupación por los demás (5). Como lo afirma Noddings (6), la ética del cuidado se caracteriza por priorizar a las personas concretas sobre los principios abstractos, por dar un peso mayor al ámbito afectivo que al cognitivo, por entender los valores como respuestas a las necesidades humanas, y por educar moralmente a través de la creación de condiciones facilitadoras para el aprendizaje del cuidado.

La ética del cuidado es también una ética de la responsabilidad en la que lo esencial es el reconocimiento del otro y el responder de cada uno respecto a los demás (7). Es una ética de la virtud, porque analizando las actitudes y conductas que promueven el cuidado, se explican los fundamentos de las relaciones entre dos personas cuando una de ellas necesita ayuda para vivir (8,9). Y es a su vez, una ética de la justicia, porque va más allá de la relación diádica entre dos personas y se plantea como ética social y política que permite reorganizar la sociedad de acuerdo con sus necesidades (10,11).

Es importante resaltar que la ética del cuidado no tiene un sentido exclusivamente antropológico, sino como lo dice Cely citando a Potter, la opción preferencial por una “Ética de la vida”, Bios-Éthos, consiste en orientar, en perspectiva hermenéutica, toda acción humana en favor del cuidado de la vida en el planeta en todas sus manifestaciones: microbiana, vegetal, animal y humana (12), en otras palabras, es un cuidado pluridimensional, el que es constituyente de la moralidad.

Los seres humanos viven en una continua relación de cuidados: todos requieren, proporcionan y precisan cuidados. A lo largo de la existencia, el cuidado se convierte, no solo en un propósito de vida, sino en una necesidad de todas nuestras relaciones. El cuidado es un aspecto universal, esencial para el mantenimiento y la sostenibilidad de la vida y su reproducción social (13); implica respeto, confianza y conciencia acerca de nuestra vulnerabilidad como seres humanos. El cuidado ha sido parte de los procesos de hominización y hace parte de la humanización (características que nos conforman como humanos) (14).

Cuidar constituye, más que cualquier ideal ético y moral, un compromiso con la existencia del otro. La protección de la dignidad humana, la supervivencia de la especie y el amparo, no solo de la humanidad, sino también del planeta, son el desenlace sublime de la experiencia del cuidado. El cuidado se extiende más allá de una concepción especista y antropocéntrica, debido a que involucra también al entorno y a todo lo que nos permite mantener la vida (13).

Hay que mencionar que cuidar es una tarea humana tan antigua como la vida misma, pero como práctica profesional innata a la actividad médica, se podría tomar como punto de partida en la historia de la medicina, la actividad empírica y la magia, presentes en la terapéutica de la medicina de los pueblos primitivos (pretécnica) (15). La concepción mágica de la medicina no hace referencia únicamente a fenómenos naturales o sobrenaturales, a ritos y ceremonias instrumentales, sino también a la magia de las relaciones, al cómo se emplea la terapéutica sobre quien se emplea en el tiempo y lugar adecuados. Posteriormente, Hipócrates y Galeno realizaron un aporte en la transición hacia una medicina más técnica basada en los conceptos otrora fisiológicos que se conocían. Más adelante, la medicina del medioevo con un fundamento más cristiano y la definitiva tecnificación de la medicina medieval con una resuelta conversión en verdadera *ars médica*, en un “saber hacer según el qué y el por qué”, en una auténtica técnica médica, logra que lo que hasta entonces sólo había sido cuasitécnico (oficio de curar) apoyado en una ciencia del cosmos y el hombre, se transforme en una manifestación más científica con mayores fundamentos para el concepto del cuidado (15).

A mediados del siglo XX, posterior a la segunda guerra mundial y los crueles experimentos en humanos, se desarrolla en 1947 el código de Núremberg; esto catapultó una serie de desarrollos posteriores para configurar el proceso de consentimiento informado² y así darle el poder de la palabra manifiesta (sea escrita o verbal) al paciente, inicialmente en investigación, y posteriormente en todos los procesos de atención y cuidado, lo cual da un reconocimiento formal, voz y voto al paciente en la toma de decisiones de su proceso de salud y enfermedad, reconociéndolo, y por ende, dándole participación plena en su cuidado de acuerdo con sus valores e intereses. Una ética del cuidado no podría concebirse como tal sin el reconocimiento del otro, de su autonomía, su vulnerabilidad y sus deseos (16).

De acuerdo con la constitución política de Colombia de 1991 (17), se ha designado la tarea de brindar cuidado desde lo macro al estado social de derecho cuando está presente, específicamente en la prevención de la enfermedad y el cuidado de la salud a través de políticas de protección social; en lo meso, a las instituciones prestadoras de servicios de salud (públicas, privadas y mixtas) y a las instituciones de educación superior en salud; y desde lo micro, a los

² El consentimiento informado como proceso, es más que un documento formal, es un modelo de una virtuosa relación entre los profesionales de salud y los pacientes (y familiares). Trasciende el formalismo o la simple firma de un documento. Para ampliar sobre este asunto: Franco Aguilera R; Holguín Ríos R. Consentimiento informado como eximente de responsabilidad médica contractual. Tesis especialización en Derecho Administrativo. Universidad Militar Nueva Granada. 2014

individuos (profesionales médicos de áreas asistenciales y administrativas), estos últimos de gran importancia por su interacción en la relación médico-paciente. Los profesionales de la salud tienen una mayor responsabilidad en la función de los cuidados, un imperativo moral o deber de cuidar (18).

Un verdadero cuidado, tal como lo propone Watson (19), precisa de una relación transpersonal, que va más allá de las dimensiones corporales, del tiempo y del espacio. El cuidado surge del otro (20). Dicho de otra manera, la esencia del cuidado reposa en el actuar con el otro, un actuar compasivo y relacional que dignifica el ser en el hacer y el hacer en el deber. En el acto de cuidar se hace consciente y se entrelaza todo lo que realmente es humano. Después de la experiencia del cuidado, ninguno de los participantes en el proceso ni sus condiciones serán iguales. Sin alteridad no hay cuidado (21), el cuidado reconoce y acoge al otro en su otredad. La relación de palabra y de hecho que surge entre los que participan del proceso de cuidado, no es un aspecto accesorio de lo que sucede, sino, un factor determinante en el inicio del tratamiento y en los resultados para la salud del paciente (22), es un logos que cuida.

Cuidado podría ser sinónimo de tratamiento, tiene potencial terapéutico al impactar de forma decisiva en la percepción y resultados de la atención brindada, lo cual es en definitiva el propósito final y fundamental esperado, puesto que no necesariamente se limita a las intervenciones técnicas, farmacológicas o terapéuticas convencionales. El cuidado tiene el mismo nivel de importancia y trascendencia que tiene la terapéutica médica en el desenlace de la atención (23). El ejercicio de atención en salud tiene que asegurar una competencia clínica y una actitud cuidadora, lo cual garantizaría resultados adecuados, no solo en indicadores de calidad, sino, además, en la satisfacción del paciente, logrando un encuentro único y auténtico en el marco de un interés común: el bienestar a toda costa, por encima de los condicionantes del sistema, del sitio de atención, del recurso que se tenga, de la situación del que atiende, de la vulnerabilidad del atendido y demás factores externos que, desafortunadamente, en muchas ocasiones, determinan la conducta que se toma en la prestación del servicio (24,25).

La creciente dispatía en la atención médica no es un problema generalizado (26). Es necesario reconocer también el tiempo y dedicación de muchos profesionales de la salud que actúan y prestan sus servicios desde su área y convicción de su vocación. Pero el compromiso y vocación de algunos no es suficiente ante las actitudes crueles y déspotas de muchos otros profesionales que, por su falta de vocación, formación, servicio, sentido humano, compromiso ético-bioético, y por estar inmersos en el cumplimiento de las exigencias de un «sistema de salud», hacen de

la asistencia a los enfermos un momento difícil, triste, crítico, angustiante y aún más doloroso. No son nuevas las voces de crítica sobre la formación humana que recibe el personal de salud, que, sumada a diversos factores, originan un modelo asistencial distante y fragmentario (24).

En un estudio en el que fueron realizados grupos focales con pacientes, Planetree (27) identificó que estos referían de manera consistente tres brechas en sus interacciones con los equipos de atención en salud: 1) no sentirse escuchados 2) no experimentar compasión y 3) sentirse inseguros sobre lo que vendrá después. Por otra parte, según Montoya (28) las quejas más repetidas entre las comunidades de usuarios radican en la pérdida de cercanía con el terapeuta. Esto, aunado a la creciente tecnificación de la salud y de la vida misma a través de procesos de automatización y dispositivos tecnológicos, los cuales, pueden representar barreras para una atención cálida y compasiva (29). En este contexto, la posibilidad de un trato humanizado se desdibuja en medio de las presiones por la optimización de recursos que, paradójicamente, buscan garantizar la universalización de la atención en el marco de la justicia social. Es por ello que las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social, han motivado frecuentes discusiones en los países de América Latina y el Caribe (30).

De acuerdo con Hottois, la bioética como campo de saberes, discursos y prácticas tiene por objeto aclarar, y si es posible, responder ante preguntas de tipo ético en el marco de la medicina, la tecnología, la ciencia y la vida misma. Según este mismo autor “la evolución es más sensible en la medida en que la capacidad de la objetivación y operación de la ciencia involucra al hombre”(31), de ahí que, desde el punto de vista antropológico, la atención en salud se debe brindar sin discusión desde el ser, no desde el hacer, dándole a esta diada dinámica (relación médico-paciente) una mayor importancia, sin darle cuenta a la hegemonía que quiere imperar desde lo externo, desde un universo: el estado o incluso lo más cercano: lo institucional.

Una bioética aboga por los vulnerables, la equidad y la justicia social. En este caso, propende incluir y reivindicar al paciente y su familia en el marco de una relación médica con fuerte raigambre paternalista (32). Por ello algunos principios bioéticos como la justicia y respeto por la autonomía, aunados a una ética del cuidado, son una prerrogativa fundamental. Una ética del cuidado para la práctica médica implica que los procesos de salud, la reglamentación, las instituciones prestadoras de servicios y la relación médico paciente, no se enfoquen solo en curar enfermedades y obtener rentabilidad en ello, sino en sanar personas enfermas cuando es posible, y ante todo, cuidar perennemente al paciente y su familia (33). No es solo un tema de salud física, sino de bienestar y de la vida de las personas que en su estado vulnerable reclaman

el respeto por sus derechos, principios, cultura, y en general, por su dignidad y calidad de vida (24).

La bioética es fundamental en el marco de la atención médica y la ética del cuidado, en especial, porque permite a los profesionales de la medicina y de las ciencias de la salud, contar con recursos valorativos e interpretativos que ayudan a distinguir qué tipo de práctica se realiza y cuáles elementos fácticos favorecen una práctica humanizada, que haga parte de una cultura a favor de la vida (34). Mejorar la calidad de vida de las personas implica satisfacer y atender la salud en todas sus dimensiones; las dimensiones son como dice Brusco: la persona enferma y su entorno; los colaboradores y agentes asistenciales de la salud; y los aspectos organizativos, administrativos y estructurales (24).

La ética del cuidado en la atención en salud no se limitaría entonces a la mejor terapéutica médica posible, sino que debe incluir el manejo honesto y pulcro (24) del personal asistencial, administrativo y gerencial de instituciones prestadoras de servicios de salud y aseguradores en el quehacer de sus procesos y funciones específicas, incluyendo los aspectos locativos de las instalaciones de salud y los aspectos físicos, psíquicos y emocionales de los pacientes. Es aquí entonces, donde la ética del cuidado permite transformar la prestación de los servicios de salud en el ser y en el hacer asistencial-administrativo, lo cual consiste en una disposición a la escucha, al respeto y a la valoración del otro (24). En una atención profesional calificada se privilegia tanto el bienestar del paciente como del médico. En el marco de una ética del cuidado, la palabra del otro es fundamental en el establecimiento de una relación amable, sincera y con un poder de corresponsabilidad ineludible. Las palabras adecuadas de un profesional actúan como un bálsamo en cualquier situación de fragilidad en que se encuentre el enfermo; además, sirven como vehículo para una terapia real y de profundo respeto por quien la recibe. El cuidado genuino explota todo lo bueno en el ser humano, empezando por lo que nos une en forma inextricable, la palabra.

Por último, se han evidenciado diferentes interpretaciones de los conflictos éticos y de la percepción de las expectativas de cuidado por parte de pacientes, médicos y enfermeras al encontrarse en diferentes ángulos de la atención y cuidado de la salud, lo cual genera en ocasiones conflictos en el equipo de atención en salud y prácticas diferentes (35). Incluso, erróneamente ha surgido un cisma entre el cuidado y la curación (36), que trata de ignorar que el cuidado forma parte de la ocurrencia de la enfermedad, de la experiencia de sus tratamientos y, sobre todo, de la relación médico-paciente más allá del orden de los resultados que miden el

hecho de la curación (37), por lo que se pierde la esencia del que hacer médico en un enfoque reduccionista e instrumentalista (36).

Por las razones anteriormente expuestas, con la presente revisión, se pretende describir la fundamentación teórica y conceptual disponible alrededor de la ética del cuidado en la atención en salud, explorar la información existente con respecto a la evolución del concepto del cuidado en la atención en salud a través de los años, identificar la importancia del cuidado en el proceso de atención en salud y revisar la relación existente entre la bioética y la ética del cuidado; información que fortalezca líneas de investigación en bioética de la universidad CES convirtiéndose en una base de trabajo para bioeticistas y futuros bioeticistas.

Metodología

Se realizó una revisión de alcance o *scoping review* (38), con aplicación de búsquedas en tres bases de datos y revisión de referentes teóricos en el tema. El procedimiento de búsqueda se centró en la exploración de estudios clínicos, comparativos, multicéntricos, clínicos controlados y observacionales; reportes de caso, artículos históricos, narrativas personales y revisiones de integridad científica. En las bases de datos científicas PubMed, Scopus y Lilacs se consultaron los temas referentes a ética del cuidado, bioética y atención en salud.

Las palabras clave seleccionadas por el conocimiento previo de los temas y por conveniencia para la temática de interés se seleccionaron de acuerdo con la terminología DeCS /MeSH y fueron: «Bioética», «Ética», «Ética del cuidado», «Compasión», «Empatía» y «Atención en salud».

Inicialmente, se buscó el término y, una vez captados todos los registros, se utilizaron los términos booleanos AND y OR para refinar la búsqueda (Ética del cuidado en salud OR Ética biomédica OR Bioética OR Ética) AND (Cuidado OR Empatía OR Compasión) AND atención en salud. Se consultaron artículos en español, portugués e inglés, sin restricción por año.

La búsqueda fue realizada por los dos investigadores (VA y LLM) y la exclusión de textos se hizo por consenso. De igual forma, se consultaron referentes teóricos en el tema desde la bioética teniendo en consideración que estos incluyeran los términos de búsqueda previamente definidos. Adicionalmente se realiza una apuesta por un constructo teórico de la ética del cuidado en la atención médica con base en los postulados conceptuales de Martin Heidegger, Joan-Carles Mélich y Pedro Laín Entralgo, en un diálogo con la propuesta bioética de Gilbert Hottois y Miguel Kottow, entre otros.

Con lo revisado se construyeron bases de datos en Excel en las que se sintetizaron los apartados más importantes de cada estudio y las que los investigadores utilizaron para un análisis temático de los resultados a la luz de los referentes teóricos.

Resultados

En las bases de datos científicas se recuperaron 1083 artículos así: en PubMed, 481; en Scopus, 258 y en Lilacs 344. Al refinar por el abordaje temático específico con el retiro de duplicados y teniendo en cuenta los criterios descritos anteriormente, fueron seleccionados 99 artículos. A todos ellos se les realizó la revisión de los resúmenes e introducción para verificar si contenían elementos que orientaran el tema de cuidado en la atención en salud.

Finalmente, la revisión y análisis específico fue realizada con 28 artículos seleccionados.

El proceso de selección documental puede verse reflejado en la figura 1:

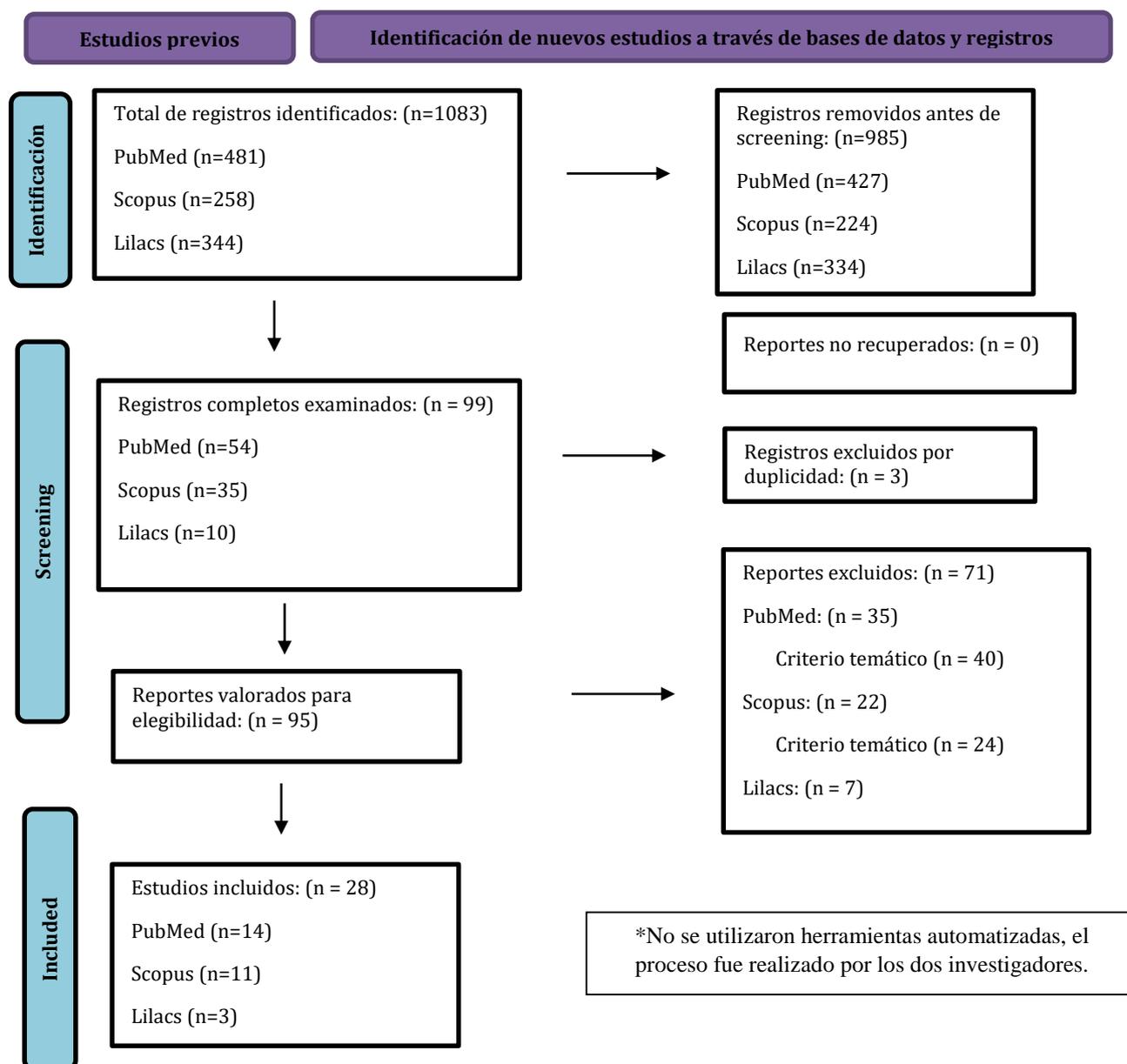


Figura 1. Proceso de identificación y selección de artículos, basada en la guía PRISMA para revisiones de alcance

Características de los estudios encontrados

Se incluyeron 21 revisiones narrativas, 2 estudios observacionales, 3 estudios cualitativos, 1 reporte de caso y 1 protocolo de revisión sistemática y metaanálisis.

Se realizó clasificación temática inductiva de cada uno de los artículos de acuerdo con la revisión conceptual preliminar y con base en la información encontrada, las cuales se describen a continuación: Ética del cuidado desde lo macro (sistemas de salud y educación), meso (Instituciones de salud) y micro (relación médico paciente).

El resumen o la síntesis de los estudios puede apreciarse en la tabla 1:

Autor y año	Tipo de estudio	Población (si aplica)	Categorías	Conclusiones
PUBMED				
Koch T. 2011	Revisión narrativa	N/A	Costos de la atención (racionalidad) Compasión	El costo no tiene que ver con la compasión y la atención adecuada. El efecto del costo como límite para la atención adecuada de los pacientes. Necesidad de la compasión médica independiente de la contención de costos.
Kvesić, A. et al. 2019	Revisión narrativa	N/A	Humanismo Valores humanos Sistema de Salud	El humanismo crea una estructura ética universal que se fundamenta en valores humanos como la fidelidad, la confianza, la benevolencia, la honestidad intelectual, la valentía, la compasión y la veracidad. Estos valores deben representar el estándar en torno al cual se organiza la atención médica.
Botes A. 2000	Revisión narrativa	N/A	Ética de la justicia Ética del cuidado Actitud del personal de salud	Se argumenta que la ética de la justicia y la ética del cuidado representan polos opuestos. Si los miembros del equipo de salud utilizaran solo una de estas dos perspectivas en la toma de decisiones éticas, es casi seguro que ciertos dilemas éticos quedarían sin resolver.
Yuguero O et al. 2017	Estudio observacional	100 profesionales de urgencias	Empatía Comunicación médico-paciente	La empatía de los profesionales de emergencias está asociada con el agotamiento. Reducir el desgaste profesional podría ayudar a mantener altos los niveles de empatía de los profesionales de emergencias, lo que a su vez garantizaría una mejor calidad de atención.
Smith-MacDonald L et al. 2019.	Estudio Cualitativo	117 personas (20 residentes, 16 familiares, 72 proveedores de atención médica y 9 gerentes)	Compasión Comunicación médico-paciente Virtudes Sistema de Salud	La compasión es una parte esencial de la atención y las relaciones dentro de la atención a largo plazo, aunque está determinada por los aspectos relacionales personales y profesionales de la atención y está limitada por problemas organizativos y sistémicos. La atención compasiva no puede basarse en los esfuerzos individuales de los profesionales de la salud, sino que debe promulgarse a nivel organizacional y de sistemas para que se mantenga y optimice.
Craxi L et al. 2017	Revisión narrativa	N/A	Humanismo Compasión Relación médico-paciente	Adoptado en la era de la medicina basada en la evidencia, el enfoque osleriano puede mejorar la relación con los pacientes y dar a los médicos un papel basado en la confianza y la autoridad en lugar de la autoridad. Su concepto completo de la profesión médica como dedicada a ayudar y cuidar al ser humano en su totalidad podría ayudar a los médicos a construir una medicina más humanizada.
Botes A. 2000	Revisión narrativa	N/A	Ética de la justicia Ética del cuidado Actitud del personal de salud	La inadecuación de la ética de la justicia y la ética del cuidado en forma aislada requiere que se apliquen ambas perspectivas. La aplicación de ambas perspectivas requiere nuevamente una racionalidad y un discurso extendidos y que los participantes en el discurso estén dotados de ciertas virtudes para poder respetar las reglas.
Walker, R M. 1991	Estudio Cualitativo de Entrevistas clínicas	Enfermeras/médicos	Atención centrada en la persona Comunicación médico-paciente	Existen interpretaciones diferentes entre los médicos y las enfermeras en cuanto a la percepción diferenciada de las expectativas en el cuidado de los pacientes, generando esto algunas veces conflictos en el equipo de atención en salud.
W T Reich. 2001	Revisión narrativa	N/A	Actitud del personal de salud	Las teorías del cuidado en salud han variado en el transcurso de la historia por una manipulación propia del sentido paternalista de atención lo cual ha tenido implicaciones éticas graves en el ejercicio profesional e impacto sin precedentes en el paciente.

Hitchens, E A. 1994	Revisión narrativa	Principios de cuidado desde la enfermería	Atención centrada en la persona Comunicación médico-paciente	Discurso acerca de todos los valores que deben ir implícitos en la atención y cuidado en salud y que debería ser aplicado a todas las profesiones que con ello tienen que ver.
John Lantos et al, 2011	Reporte de caso	Resalta la importancia de la ética del cuidado en el principio de autonomía del paciente	Atención centrada en la persona Comunicación médico-paciente	Cuidado del paciente y su autonomía como límite.
Quill T E. 1995	Revisión narrativa	No abandono	Atención centrada en la persona Comunicación médico-paciente	Importancia del acompañamiento médico como determinante para el cuidado del paciente en forma longitudinal.
Tatnell, R. 2001	Revisión narrativa	Integración de temas como la virtud en la atención en salud	Actitud del personal de salud	Simpatía, virtud moral como concepto en atención en salud.
Rhodes, R. 1995	Revisión narrativa	Discusión de justicia en el cuidado en salud	Valores Relación médico paciente Confianza	Revisión de la justicia como fundamento clave en la ética del cuidado

Autor y año	Tipo de estudio	Población (si aplica)	Categorías	Conclusiones
Scopus				
Kerasidou, A. 2021	Revisión narrativa	N/A	Sistema de salud Ética Barreras	El conjunto de habilidades requeridas por los profesionales de la salud para brindar una buena atención es una combinación de conocimiento científico, aptitud técnica y cualidades o virtudes afectivas como la compasión y la empatía.
Roberts, B.W. 2020	Protocolo de revisión sistemática y metanálisis	N/A	Sistema de salud Ética	La medida CARE es la evaluación de un paciente de la empatía de un médico, que incluye escuchar y comprender, mostrar cuidado y compasión, y estar interesado en el paciente como una persona completa.
Stewart W Mercer. 2005	Estudio observacional	3044 pacientes	Percepción Relación médico-paciente Empatía	CARE Measure es considerada por los médicos y pacientes por igual como de relevancia directa para las consultas diarias en la práctica general.
Chen, D. et al. 2019	Revisión narrativa	N/A	Sistema de salud Actitud del personal de salud	El cuidado de la salud requiere trabajo en equipo para promover la curación. Ser un buen jugador de equipo es ahora un imperativo moral porque hace una contribución esencial para la curación.
Sajja, A. et al. 2018	Revisión narrativa	N/A	Actitud del personal de salud Relación médico-paciente Espiritualidad	La espiritualidad se reconoce cada vez más como un elemento esencial de la atención y la salud del paciente. Es a menudo durante la enfermedad que los pacientes experimentan un profundo sufrimiento espiritual y existencial. Con el cuidado y la compasión de los médicos, los pacientes pueden encontrar consuelo y curación a través de sus creencias y valores espirituales.
Boyd, K. 2016	Revisión narrativa	N/A	Compasión Comunicación médico-paciente Empatía Barreras	La compasión y la empatía de los médicos están asociadas con mejores resultados clínicos.
Orr, R.D. 2015	Revisión narrativa	N/A	Espiritualidad Comunicación médico-paciente	Considerar la espiritualidad como parte de la identidad cultural de un paciente permitiría a los médicos brindar una atención holística centrada en el paciente.
Entwistle, V.A. et al. 2013	Revisión narrativa	N/A	Atención centrada en la persona Comunicación médico-paciente	Existen muchas interpretaciones de "atención centrada en la persona", algunas de las cuales parecen poco realistas para algunos pacientes o situaciones y oscurecen el valor intrínseco de las experiencias de atención médica de los pacientes. Atención que reconoce y cultiva las capacidades asociadas con el concepto de persona.
Dickert, N.W. et al. 2009	Estudio Cualitativo	18 sobrevivientes de mue	Empatía Autonomía Atención a las necesidades	Comprender las concepciones de los pacientes sobre el respeto y lo que significa ser respetado: reconocerlas como autónomas. Se sabe poco sobre lo que los pacientes consideran respeto.
Tauber, A. 2006	Revisión narrativa	N/A	Valores Relación médico paciente Confianza	Precepto de que la medicina es fundamentalmente ética. El respeto por la autonomía del paciente es más que el consentimiento informado y exige de nosotros un esfuerzo constante para preservar la dignidad del paciente. Atención empática y personalizada.
Cherry, C. 1997	Revisión narrativa	N/A	Empatía	Para ser moral, el buen médico no sólo debe ser justo en el trato con sus pacientes, también debe amarlos. La justicia es la perspectiva de la moral que, al menos para los humanos, requiere una base de Amistad amorosa para ser y producir comportamiento ético.

Autor y año	Tipo de estudio	Población (si aplica)	Categorías	Conclusiones
LILACS				
Vargas, I. 2020	Revisión narrativa	N/A	Relación médico paciente Confianza	Resalta la importancia de la confianza y los desenlaces en el cuidado del paciente
Oliveira, E. 2018	Revisión narrativa	N/A	Sistema de salud Ética Barreras	Revisión de otra perspectiva o enfoque de la atención en salud
Elio-Calvo, Daniel. 2016	Revisión narrativa	N/A	Sistema de salud Ética Barreras	Revisión crítica sobre la deshumanización de la atención y del cuidado en salud

Tabla 1. Síntesis de los estudios encontrados.

Ética del cuidado desde lo macro: sistemas de salud, barreras de acceso, costos de la atención, educación.

Concebir el cuidado desde lo macro implica abordar este concepto desde una dimensión relacional más amplia, donde se involucre el sistema y políticas de salud, así como la educación de los profesionales en medicina.

Algunos autores (39) han descrito que en la salud los recursos disponibles son limitados, por lo que los análisis de costo efectividad son necesarios para asegurar la viabilidad de los sistemas de salud y garantizar acceso a servicios con cuidado integral (continuidad, seguridad, calidad, etc.). Sin embargo, de acuerdo con Koch (40), los costos de la atención no pueden ser condicionantes para la dinámica de la relación médico paciente y la compasión debe ser una de las premisas de esta.

En una sociedad dataísta, los sistemas de salud y los profesionales sanitarios no se hacen ajenos a ello, en un mundo en que los datos y el flujo de información son el objeto de mayor valor, el cuidado, las personas y las relaciones de cuidado se reducen a datos: obtener datos para cuidar datos; por lo que la evidencia científica, las pantallas de monitores, las aplicaciones móviles y los software de IA se sobreponen y dejan de lado a los contenedores de otros datos, erróneamente clasificados como inservibles al estar enmarcados en la subjetividad del otro. Se hace necesario entonces darle toda la relevancia al cuidado como acción humanista por encima de la técnica y no limitarse a tecnificar lo que claramente es una acción humana: el cuidado (41).

Por otro lado, la atención compasiva, como valor multidimensional, no puede limitarse a los esfuerzos individuales de profesionales de la medicina, sino que debe estar inmersa en las políticas del sistema y en la formación profesional tal como la mencionan el estudio de Smith et al (42). Cultivar las virtudes personales fundamentales y distintivas de una atención compasiva, es un reto inherente de la educación en salud y no debería delegarse exclusivamente

a la formación en valores desde la familia. En este sentido, es fundamental la capacitación específica que busca fomentar la empatía y compasión en los profesionales de la salud, así como la intención de desarrollar la implementación y evaluación de políticas de promoción de la empatía en todas las fases de la atención sanitaria buscando sistemas sanitarios empáticos (43). La medicina no es sólo una ciencia, sino un arte terapéutico que implica un profundo interés y preocupación por el hombre en todos sus aspectos, por lo que su enseñanza desde el sentido más profundo de las humanidades debe ser parte integral de la formación profesional del médico (44). Así mismo, como elemento fundamental de la educación en atención compasiva se debería involucrar el concepto de espiritualidad, dado que es una dimensión ontológicamente humana, por lo tanto, no es ajena al proceso salud-enfermedad e incluso de acuerdo con Sajja (45) debería incluirse en la definición de salud de la OMS.

Ética del cuidado desde lo meso: atención centrada en el paciente, barreras de acceso, costos de la atención.

De acuerdo con Tatnell (46), el ambiente ofrecido en la atención del paciente (en cualquier centro de atención en salud donde la interacción médica sea por un profesional o por un equipo médico), debe ser basado en la beneficencia y la no maleficencia, puesto que dependiendo de las condiciones que se brinden, se contagiará no solo al espacio sino a la dinámica de la atención de la virtud de la simpatía, la cual reúne las siguientes características: compasión, honradez, discernimiento (buen juicio), integridad y escrupulosidad (motivación para hacer lo que es correcto); esto genera una disposición en todo el personal que participa (sea médico o no) y del entorno a prestar una adecuada atención en salud (acción) con una intención virtuosa embebida en un marco de valores que incluyen la cortesía, la amabilidad y la empatía.

Por lo anterior, hay una condición que debe ir implícita en la conducta relacional y terapéutica hacia el paciente en todo ambiente institucional de la atención en salud: el principio de la dignidad; independiente de las adversidades externas presentadas en el acto médico, entre otras la falta de tiempo, presiones administrativas, largos tiempos de espera del paciente por saturación en los servicios de atención, etc., debe primar el principio de la dignidad para evitar dañar a una persona vulnerable, demostrando que la confrontación de sentimientos inherentes al paciente como son el miedo y el dolor (o sufrimiento en muchos casos) son abordados de una forma humana, comprensiva y coherente con el cuidado que se le brinda. En cualquier institución de salud el mínimo moral de un profesional de salud es la obligación de tratar de lograr la mayor cantidad de bien mientras minimiza el daño (46), ayudando a combatir la

antipatía y la indiferencia que se presenta en incontables ocasiones en los servicios de atención en salud.

Adicionalmente, la actitud y la disposición del buen médico en prestar un cuidado con un marco de valores que solo oriente al bienestar del paciente, tiene un fuerte raigambre histórico en la misma práctica médica, los modelos e instituciones de educación médica, en la estructuración de instituciones de salud y en el diseño y funcionamiento de un sistema nacional para la prestación de atención médica (47).

El reflejo de esa disposición médica al cuidado y bienestar marca estándares en la atención prestada en los servicios de salud. Por ello y como lo menciona Rhodes (47):

“Las instituciones médicas que no son solidarias en su organización y la prestación de servicios a los pacientes, no cumplen con los estándares que han sido y deben ser aceptados por la profesión. Las instituciones ambulatorias que entregan clínicamente tratamiento médico aceptable, pero por diseño, regularmente hacen que los pacientes esperen por horas para citas en un espacio abarrotado e incómodo, muestran una falta de cuidado. Hospitales que no respetan la confidencialidad o brindan privacidad y comodidad mientras administran el tratamiento médico adecuado muestran una falta de cuidado”.

De acuerdo con Rhodes (47), las instituciones de atención en salud que toleran el comportamiento indiferente, antipático e insensible del personal profesional o auxiliar, muestran una falta de interés por el cuidado y una atención integral. De manera indirecta, se promueve una cultura organizacional apática, debido a que el comportamiento insensible se contagia entre los equipos de trabajo y esto conlleva a que las personas quieran mantenerse alejadas, tales fallas de comportamiento indiferente conducen al fracaso en la satisfacción de las necesidades de salud de los pacientes y sus familias.

En el sistema de atención médica moderno, diversos grupos de profesionales deben trabajar juntos para brindar una atención segura y eficaz. El trabajo en equipo es un imperativo moral. Los sistemas de salud y los aseguradores producen una fragmentación en la atención en salud que segrega, la muy necesaria atención integral que se debe prestar y genera mayores dificultades en la función de cuidado que se requiere desde los prestadores y aseguradores para facilitar la curación. Por lo tanto, para brindar atención compasiva, técnicamente adecuada, prevenir errores y fomentar un pertinente trabajo en equipo, es necesario reconocer el aporte científico y ético de cada integrante de los equipos de atención en salud, incluso de los

profesionales en formación (48) . Reconocer las limitaciones propias, así como la necesidad de trabajar con otros profesionales, favorece la integralidad necesaria para cuidar a los pacientes y sus familias (49).

Ética del cuidado desde lo micro: empatía, compasión, relación médico-paciente, comunicación, barreras, humanismo, valores y virtudes, actitud del personal de salud, confianza, espiritualidad.

La medicina es la más científica de las humanidades y la más humana de las ciencias (50). De acuerdo con Kvesić (51), el humanismo crea una estructura ética universal basada en virtudes personales que representan el estándar sobre el cual se debe basar la atención en salud. Virtudes como la fidelidad, la confianza, la benevolencia, la honestidad intelectual, el coraje, la compasión y la veracidad, así como la conciencia de los principios humanos, son requisitos indispensables para la atención y cuidado de los pacientes. El conjunto de habilidades requeridas por los profesionales de la salud para brindar una buena atención es una combinación de conocimiento científico, aptitud técnica y cualidades o virtudes afectivas como la compasión y la empatía (43).

La compasión, por ejemplo, es una parte esencial de la atención, es uno de los valores centrales y componentes clave del cuidado. Se encuentra determinada por aspectos personales, es multidimensional y depende de una combinación de virtudes, habilidades relacionales y acciones deliberadas intencionales por parte del profesional médico. Los resultados sugieren que ésta es un elemento esencial poco reconocido para cumplir con la promesa y premisa de la atención centrada en la persona y que depende más de esas características del profesional de la salud, que de las características propias o comportamientos de los pacientes. Si bien la empatía y la simpatía pueden considerarse parte de las condiciones para el cuidado, la compasión impulsa y empodera a las personas, no solo a reconocer, sino también a actuar. De igual forma, de acuerdo con Smith (42) los pacientes y los miembros de la familia identifican constantemente aspectos de la compasión como indicadores de atención de calidad. La atención centrada en la persona tiene un valor intrínseco independiente del resultado de la atención médica en la enfermedad como tal, o de los indicadores de resultado del proceso (52).

En el estudio de Van der Cingel, (53) se identifican siete dimensiones de la compasión en el marco de la atención en salud : atención, escucha, confrontación, implicación, ayuda, presencia y comprensión. La compasión es, en esta visión, un proceso con dimensiones afectivas,

cognitivas, conductuales y morales, que se desencadena principalmente ante el sufrimiento de los demás. Adicionalmente, esta misma autora afirma que para sentir compasión es necesaria la imaginación y la identificación de que el sufrimiento de la otra persona es una cosa terrible, es una emocionalidad racional que impulsa a actuar desde una perspectiva altruista. En escenarios de atención en salud, las faltas o ausencia de compasión, tienden a agregar sufrimiento al sufrimiento existente, al no reconocer o negar el sufrimiento (53).

Algunos autores como Quill TE (54), afirman que el acompañamiento del médico es determinante y crítico para el cuidado del paciente. La profundidad del compromiso del profesional de la salud con el cuidado y no abandono del paciente puede variar según los valores, personalidad y experiencias compartidas del médico. El compromiso solidario, abierto y a largo plazo del médico con la resolución de problemas del paciente es fundamental. No es lo mismo enfrentar el futuro incierto que implica la enfermedad en soledad, que enfrentarlo con un compañero comprometido, afectuoso y bien informado. El buen médico no sólo debe ser justo en el trato, sino que también debe amar a sus pacientes. La justicia es la perspectiva de la moral que, al menos para los humanos, requiere una base de amistad amorosa para ser y producir un comportamiento ético (55).

La empatía del profesional de la salud es determinante en el resultado de la calidad de la atención médica. Factores propios o particulares del profesional médico influyen de forma positiva o negativa en el resultado de la atención: por ejemplo, niveles de empatía se encuentran asociados con el nivel de Burnout o desgaste del médico tratante, niveles más altos de empatía se asocian con niveles más bajos de Burnout (56) y viceversa. Las disparidades en la empatía clínica tendrían importantes implicaciones para la salud pública, ya que la empatía del médico es vital para una atención médica de alta calidad: la base de la relación entre los médicos y sus pacientes es una confianza especial e inviolable (57).

De acuerdo con Kvesić et al. (51), las relaciones interpersonales positivas son fundamentales y valiosas para el resultado final del tratamiento médico y la creación a su vez de una atmósfera inspiradora en el entorno del trabajo médico, la cual puede influir en la calidad de la atención y el bienestar de los pacientes. Las percepciones de empatía relacional de los pacientes son determinantes y valoradas como relevantes y significativas después de la experiencia de la atención en salud (58). Estudios han demostrado incluso impacto biológico en el resultado clínico de la atención de los pacientes, en la calidad de vida y control de la enfermedad, cuando en la terapéutica se asegura incluir una atención plena y compasiva (59).

Además, la comunicación médico paciente efectiva y el diálogo abierto, pueden acercar la prestación del servicio a una atención competente, con mejor satisfacción del paciente, mejor comprensión y adherencia al tratamiento instaurado. Brindar un entorno seguro donde el paciente se sienta comprendido, respetado y en confianza, considerando su espiritualidad como aspecto de la identidad, es garantía de una mejor atención clínica centrada en el paciente (60). El encuentro moral se produce en la intimidad de la relación médico-paciente (61). La percepción de los pacientes después del ejercicio médico y de la relación médico paciente demuestra que el concepto de respeto incorpora elementos como empatía, cuidado, autonomía, provisión de información, reconocimiento de la individualidad, dignidad y atención a las necesidades (62,63).

La confianza por otra parte, es una variable de la relación médico-paciente que juega un rol estratégico en los procesos terapéuticos. Es fundamental considerarla una parte de la atención en salud y especialmente una instancia y estrategia de colaboración y compromiso del paciente con su salud (64).

Por último, los profesionales de la salud y equipos de salud en general, deben asegurar un equilibrio en la toma de decisiones y dilemas éticos que se presentan permanentemente en el ejercicio de la medicina: debe conservarse una aplicación integrada de la ética de la justicia con la ética del cuidado. Es necesario considerar el trato justo y equitativo de todas las personas y la toma de decisiones racionales y objetivas basadas en principios universales que implica la ética de la justicia, como lo holístico, contextual y centrado en las necesidades del cuidado y el mantenimiento de relaciones armoniosas con el paciente que considera la ética del cuidado (65,66). Ni el consentimiento informado ni las regulaciones pueden sustituir la confianza y el respeto por el paciente. La ética médica no se debe convertir en una subespecialidad más, sino que debe florecer como un componente integral de la formación de todo médico. La medicina es fundamentalmente ética y exige un esfuerzo constante para preservar la dignidad del paciente: atención empática y personalizada (61).

Una apuesta por la ética del cuidado en la relación médico paciente.

Para complementar los hallazgos encontrados en la búsqueda sistemática sobre la ética del cuidado y sus temas relacionados, se proponen como complemento interpretativo, algunos apartados de Pedro Laín Entralgo en sus libros *Marañón y el enfermo e Historia de la medicina*.

El médico tiene una ingente cantidad de saberes técnicos, pero ¿está consciente de la experiencia fundamental del encuentro con el paciente? Es así como Pedro Laín Entralgo da introducción a una tensión entre el conocimiento del médico y la esencia propia de la atención médica; expone que, en el encuentro médico-paciente, existe una inmanente condición entre dos personas, una que busca atención (cuidado inherente a la acción) por una aflicción y otra que presta cuidados (atención selectiva sobre ello) a través de su saber técnico (práctica médica *per se*). Para comprender esa compleja dinámica de la atención médica, Laín Entralgo (67) divide en varios momentos, de por sí críticos, el acontecimiento relacional, primero potencial y luego fáctico, del encuentro médico paciente: el amor pre técnico, el diagnóstico, el tratamiento, y el amor pos técnico.

Antes de mencionar esos momentos, Laín Entralgo resalta que la práctica de la medicina es *técnicamente pura* si se realiza de forma exclusiva con fines humanos, dándole sentido al acto médico; el “saber hacer” una cosa es solo una acción secundaria para lo que se busca en la atención médica, que es la atención orientada solo al paciente; ahora bien, cuando aparece el primer momento, el amor pre técnico, precisa los motivos por los cuales brinda atención el médico, a saber: los primeros dos denominados “nobles”, consistentes en “...el amor de misericordia a un hombre que sufre y la pasión por el conocimiento y el gobierno de la naturaleza”, y otros dos reprochables, “la sed de lucro y de prestigio social y —a veces— un secreto apetito de seducción sobre la persona del enfermo” (67).

Además de lo anterior Laín Entralgo recurre al constructo elaborado por el famoso patólogo español Marañón, el cual elaboró categorías según la *motivación* del médico en la atención prestada: en primer lugar, en término negativo si lo que se hace en el acto médico es por intención de lucro, recalcando que el médico que suscite su lucro a través del acto médico, no solo es un práctico inmoral, sino un mal médico; en segundo lugar, otro término negativo denominado la pura pasión por el conocimiento y el gobierno de la naturaleza (cientificismo puro), y en tercer lugar, el único término positivo, citamos textualmente: “el verdadero fundamento de la relación entre el médico y el enfermo es —y por lo tanto, en un orden ético, debe ser— el amor de misericordia del médico al hombre de carne y hueso a quien el menester y el dolor han puesto en el trance de pedir ayuda técnica”. Todo lo anterior fundamenta genéricamente el objetivo humano real de la relación médico-paciente, que antes de la “tecnificación de la ayuda”, es el **amor pre técnico**, el que motiva e impulsa al médico en su actuación.

En el momento del **diagnóstico** se evidencia la “donación de amor cognoscitiva” del médico al paciente, enmarcada por una relación **cuasi – diádica**, esto es, el compartir específico de información que solo nace a partir de esa relación social espontánea, única e intransferible, una “conjunción entre la mente del médico... y una realidad, la del enfermo”; lo anterior afirma la exclusiva interacción del encuentro médico-paciente y la exposición libre de este último, de su “individualidad” sobre *su* enfermedad. En pocas palabras, el **diagnóstico** no se ciñe a una actividad noética pura, sino a la entrega de un amor exclusivo en un momento difícil y de soledad para el enfermo.

En tercer lugar, el momento del **tratamiento**, es el tiempo operativo donde el **amor pre técnico** se convierte en ayuda técnica del terapeuta al paciente. Cualquier actitud por el médico tendrá repercusión en el paciente; de ahí que, desde el momento del encuentro, el solo dar la mano o una bienvenida cálida tiene *efecto terapéutico*. Se retoma la relación cuasi – diádica: el paciente (enfermo) es un colaborador en el proceso del tratamiento, donde la prescripción (fármacos, cirugías, etc.) son el acto final de entrega cognoscitiva y del amor del médico. Sin embargo, esto no queda aquí, y durante el tratamiento Laín Entralgo menciona unas características que deben acompañar el momento en forma ineludible: **ciencia y técnica** (conocimiento claro por parte del médico), **sugestión bilateral** (conciliación entre médico y paciente del tratamiento, no impuesto ni por presión unilateral), **crítica científica** (tener todo el tiempo la duda del quehacer científico y buscar la mejor respuesta terapéutica - individual – para el paciente), y finalmente, la **consideración** (adaptarse siempre, en la medida de lo posible, a los *gustos* y las *peculiaridades* del paciente, puesto que ciertas situaciones requieren el tacto pertinente de mencionar o hacer lo que es humano sin afectar la ya implícita vulnerabilidad en el afligido).

Todo lo anterior solo es factible si se *considera* que en la *colaboración terapéutica* que se presenta en la relación médico-paciente están imbricados estos dos elementos: *deseo de curación*, comprendido como el afán *impaciente* que tiene el paciente por encontrar una solución a su aflicción, y, por otro lado, la *confianza sugestiva*, entendida como una relación basada en la confiabilidad conciliada, veraz y leal para encontrar una tranquilidad en el proceso de atención, no solo del paciente, sino también en el médico.

Para cerrar la exposición magistral de la relación médico-paciente de Pedro Laín Entralgo, su apuesta por una atención que tenga como condición *sine qua non* la ética del cuidado, está el amor pos técnico. De acuerdo con este autor, la relación entre el médico y el enfermo podría

terminar por causa del alta, el desahucio o el certificado de defunción. ¿Pero acaso debe el médico ser mero técnico, simple ejecutor de los expedientes y recursos para diagnosticar y tratar la enfermedad? Ante este interrogante múltiples reflexiones podrían brotar, pero en palabras del Dr. Marañón: “Sólo se es dignamente médico con la idea, clavada en el corazón, de que trabajamos con instrumentos imperfectos y con remedios de utilidad insegura; pero con la conciencia cierta de que hasta donde no pueda llegar el saber, llega siempre el amor”. La relación médico-paciente, no se limita entonces a la aplicación de la técnica en el paciente, sino al trascender de las “fronteras de la técnica”, esto es, al acompañamiento amoroso y comprensivo del paciente en su dolor (sufrimiento).

La etapa del amor pos técnico no es el final de una relación médico-enfermo, es el culmen del establecimiento de una singular relación entre una persona que tiene como objetivo obtener una respuesta ante un problema de salud, así solo se pueda ofrecer desde lo compasivo en términos de solidaridad, comprensión y acompañamiento, y de la persona que fomenta el encuentro ético impulsada por una necesidad biológica pero conformada al mismo tiempo de un reconocimiento de su espiritualidad – identidad. El amor pos técnico tiene una condición relacional sempiterna desde el punto de vista humanístico y terapéutico.

Para terminar este apartado que construye una apuesta a la atención en salud desde una ética del cuidado, es importante resaltar la disrupción a través de la historia del desarrollo equívoco del arte de cuidar que aun a hoy se experimenta en los diferentes ámbitos de la atención en salud: el cuidar se concibió como un producto cultural donde predominaron los componentes históricos femeninos en términos de poder doméstico, con una posterior transición desde un paradigma mágico – religioso al científico, con un grave cisma en la designación del cuidado a enfermería y el curar al saber médico (68).

Discusión

Para iniciar, la ética del cuidado tiene un inexorable argumento biológico intrínseco en la misma evolución, principalmente en los seres humanos, en lo que somos, en lo que se desarrolló a través de millones de años y que se ha investigado por medio de la bio-arqueología del cuidado (69), con un interesante aporte de la paleoantropología, paleo neurología y neuropsiquiatría; se ha encontrado que la cooperación altruista entre homínidos ha favorecido la supervivencia de la especie humana y otras líneas paralelas que se dieron, la aparición y evolución de habilidades cognitivas con una orientación a la cooperación y la satisfacción de necesidades de los demás, dando paso a un proceso biológico de encefalización y socialización, esto último sustentado en que el ser humano es vulnerable desde siempre, incluso desde su propia concepción, por lo cual se requirieron al parecer actitudes de compasión dadas por la presión de supervivencia que condiciona el entorno; los seres humanos desde pequeños tenemos implícita la impronta de finitud, puesto que las crías inmaduras son susceptibles a cualquier daño o a la muerte, y por ende, desde ahí se creó una potenciación de los lazos, aumentó la socialización y la atención por los cuidados (69). Conociendo de antemano esa base biológica del cuidado, una ética del cuidado en salud abarca según lo encontrado en la búsqueda, tres aspectos esenciales y a la vez transversales de la relación médico-paciente: somos seres **finitos, compasivos, y vulnerables**.

La vida, que se conozca desde el punto de vista biológico, no es infinita. Esa condición es determinante en la relación médico-paciente, dado que debe haber siempre una conciencia cuando se presta la atención en salud de que el ser humano y todo tipo de vida requiere un cuidado, un cuidado en vida, *hit et nunc*. Todo lo anterior enmarca la finitud, como el *trayecto*³ que se tiene en vida, antes de la muerte (21); al ser esta última el final del proceso de un vivir, resalta la importancia de la palabra, de la comunicación, de la relación entre seres humanos, y vuelve la palabra ética, solícita de un acuerdo íntegro y confiable, en vida. La finitud también trae una situación en tensión, la cual debe ser clara en cualquier proceso de atención en salud: el ser humano a priori ya es precario, es provisional, es indigente, y sumado a una condición de enfermedad se torna vulnerable. El riesgo de daño que se puede presentar al estarlo es mayor,

³ En la filosofía de la finitud Mélich desarrolla el concepto de trayecto, que es el transcurso de la vida con su contingencia, con sus dificultades, y llega hasta el momento último de la muerte y ahí culmina.

incluso con la más inocente actitud en la relación médico-paciente. El reconocimiento de la vulnerabilidad debe ser un punto de partida del momento en el encuentro entre médico y paciente. Tanto la claridad sobre la dimensión de la finitud como de la vulnerabilidad le dan fundamento a la compasión, a la **atención compasiva** que se debe prestar en atención en salud.

Es más que necesario entender a qué se refiere la compasión en la relación médico-paciente, y para ello se debe dar todo el peso requerido desde la etimología, para hacer diferencia de otros conceptos que se tienen de la misma: la compasión está compuesta por el prefijo **con** (convergencia – reunión), **patior** (sufrir – padecer), y el sufijo **ción** (acción y efecto) (70); por lo cual corresponde en forma narrativa a una situación de respuesta y por lo tanto acompañamiento implícito, a quien sufre y padece una enfermedad. No se relaciona de ninguna manera con la piedad (una posición de autoridad sobre el que sufre y solicita ayuda), no se puede homologar o reemplazar por otros términos como la simpatía o la empatía (encontrada en muchos artículos revisados en la búsqueda), y que se refieren más a imaginarse o experimentar lo que está viviendo el otro, de entrada rompiendo la misma condición de alteridad que está presente en una relación de dos, reduciendo al propio pensar y sufrir del que acude a mi propio pensar y sufrir, lo cual no es cierto en términos de física ni metafísica.

La palabra atención por otra parte, viene del latín *attentio*, que significa tener en cuenta o extenderse hacia algo o alguien (70), en español se usa para referirse a ayudar, mientras en inglés a estar presente; por lo que podría interpretarse que la atención médica implica una extensión del yo para acoger al otro en un movimiento extático que trasciende los límites de la piel, toda vez que hace presencia, acompaña y ayuda a otro. De otro lado, de acuerdo con Ferrater Mora denota:

“capacidad de la mente fundada en procesos orgánicos, o cuando menos relacionada con ellos— para canalizar los procesos psíquicos, y en particular el pensamiento, dentro de ciertas vías. De modo muy general puede definirse como concentración de energías psíquicas materializadas. Desde concepciones existencialistas, estar en el mundo y la atención a él son condiciones primarias de la existencia del hombre, y la atención cobra con ello sentido existencial (71)”.

Al vincular la atención con la compasión se configura el verdadero sentido al que está sometida una interacción médico-paciente, y es prestar toda la atención y acompañar al que está sufriendo o padeciendo una enfermedad. Conforme lo expone Mélich en su ética de la compasión y Laín Entralgo en *Marañón y el enfermo*, convoca a que una forma de atención en salud es una respuesta ética (provisional, no normativa) ante una situación de demanda de quien

el médico sabe es finito y vulnerable, siendo el heraldo y el co - artífice de un *kairos*⁴, componentes sine qua non para una ética del cuidado.

Por otra parte, la expresión cuidado desde un sentido ontológico, reúne elementos que incluyen la inquietud, la preocupación, la alarma y el desvelo en la relación con el otro y con uno mismo, en un encuentro donde no solo se incluye el ser sino el habitar en un mismo espacio de reunión. Desde la misma interacción médico-paciente entonces existe un habitar, un concordar, un poder de correspondencia entre dos seres, pero donde prima el reconocimiento del otro desde su manifestación física en el espacio ante quien potencialmente le brindará una acogida (compasión) desde el habitar, es un acontecimiento de dos seres vivos, ontológicamente modificado por la necesidad, la vulnerabilidad.

A la par con la **atención compasiva** y con los artículos revisados, es claro que debe existir en toda relación médico-paciente un marco de valores como sustento sólido en su única interacción: la justicia, el respeto por la autonomía, sensibilidad, confianza, reconocimiento de la espiritualidad. En primer lugar, la justicia se hace más que necesaria en la relación médico-paciente, dados los variados precedentes de situaciones injustas en el marco de la atención en salud como son las adversidades, peripecias, vericuetos que dilatan y condicionan al paciente, esperando tal vez la única, oportuna y esperada reunión para ser escuchado e interpretado en su llamado; esto aunado al muy mencionado y exigido respeto por la autonomía del paciente (pero no llevado a cabo en el sentido magnánime y absoluto que se debería hacer) abriendo camino a los poderosos y **terapéuticos** valores subsecuentes y progresivamente conformados de la sensibilidad y confianza, esta última determinante para que florezca en forma contundente, transparente, espontánea e inquebrantable, la condición de **cuidado**.

No se puede en última instancia y no se debe dejar de mencionar, ni siquiera utilizando categorización por jerarquía, un valor que se encontró en la búsqueda sobre la ética del cuidado y los valores con nexo ineludible a ella: el reconocimiento de la espiritualidad, término que no solo reúne muchos elementos de la genuina alteridad, sino también que aumenta el tono afectivo de comprender en todas sus dimensiones quién es el otro, el por qué busca ayuda y como el proceso particular de vulnerabilidad que enfrenta lo atraviesa de manera temporal, espacial y trascendente; hay enfermedades que marcan un antes y un después; pero hay

⁴ Kairós es entendido desde la antigua Grecia como el momento oportuno para que suceda una situación idealizada.

cuidados que son indelebles cuando se enmarcan en una atención compasiva en todo su esplendor; hablar, ser escuchado y acompañado es terapéutico y memorable (72).

Se ha podido identificar en esta revisión que existen tensiones entre perspectivas filosóficas sobre la ética del cuidado en la atención médica; cabe mencionarlas de forma somera: el materialismo mecanicista está día a día inmerso en la relación médico-paciente, se manifiesta de diversas formas, una de ellas, al reducir la corporeidad e individualidad a partes, al limitar la resolución de la enfermedad a “tratar” un órgano sin tener en cuenta al ser que sufre; por otro lado, un materialismo holístico que considera necesario analizar las partes, así como las relaciones de las partes entre sí y con su ambiente para formar un todo (73). Esta última postura puede estar un poco más cercana a una ética del cuidado, en la medida que considera una visión integral y sistemática de los problemas de salud de las personas. No obstante, puede quedarse corta ante situaciones contingentes, azarosas o difícilmente cuantificables.

Otras dos corrientes filosóficas para tener en cuenta para una ética del cuidado en la interacción médico-paciente son en primer lugar la corriente feminista, que trata de reivindicar las emociones, el reconocimiento pleno a la vulnerabilidad, la corporeidad, lo privado y lo íntimo como condiciones para transformar las relaciones sociales. Sin embargo, estos postulados han tenido mayor acogida y desarrollo en el área de atención por enfermería y no tanto en la práctica de la medicina; probablemente relacionado con el conflicto conceptual, cultural, disciplinar y de género (74), referente a la separación curar-cuidar, con denotaciones peligrosamente univocas designando el cuidado como exclusivo de enfermería y la cura a medicina, tergiversando, por lo demás, aquel momento clave (Kairós) entre médico y paciente. En segundo lugar, es necesario reconocer los aportes del humanismo existencialista, desde propuestas fenomenológicas (75) y hermenéuticas(76) aplicadas a la práctica médica, como formas de concebir la realidad y métodos para su comprensión e interpretación (23). Estas posturas enaltecen el poder de la mirada extasiada, palabras cálidas y oídos receptivos, vitales para un entendimiento compasivo del sufrimiento del otro, su cosmovisión, deseos y temores, inherentes a la condición humana de finitud y carencia (21). De manera que se hace tangible y posible una relación íntima que no absorbe ni somete, sino que solidifica para cuidar en un amor que trasciende lo técnico.

En consecuencia, no hay un sincretismo establecido que concentre todo lo que debería ser la ética del cuidado en la práctica médica, porque no es una norma, no puede ser moral (77), no puede ser enseñada, pero si debe ser dialogada, expuesta, elevada a nivel de pertinencia y con

una fuerza concitadora que inicie desde el estado y todas sus políticas de protección en salud y cuidado; al fin y al cabo es el fin a cumplir, es el objetivo conspicuo a establecer; cada decisión en salud a nivel estatal con políticas articuladas en una ética del cuidado evitarán las infamias e irracionalidades presentadas en los sistemas de salud, invadidos con la mercantilización del quehacer médico (78) y el descuido de la atención compasiva, que conlleva al olvido del ser y al arcaísmo del ser persona, a la inoperancia de cohabitar el mundo (ciudadano), de su interacción obligatoria por necesidad biológica (enfermo), de la condición inherente a tener un daño potencial (vulnerable), la enajenación de las relaciones e interacciones necesarias para vivir, a dogmatismos que promulgan la inmortalidad y con ello el fin de la vulnerabilidad, así como al cese de la búsqueda de cuidados ante las quejas propias de la contingencia.

Si bien se convocan principios bioéticos de justicia y respeto por la autonomía en la elaboración de las políticas de estado sobre la atención en salud, poco o nada está reflejado y sugerido en y para los sistemas de atención en salud (79). Ejemplo de ello, son las directrices cambiantes sobre las formas de atención a la población enferma, iniciando desde la compartimentalización en paquetes de prestación de servicios según ingresos, hasta la medición de solicitud de cuotas moderadoras en poblaciones de por sí ya vulnerables en un país profundamente desigual. ¿Acaso el estado contribuye a que cada ciudadano sea visto como un objetivo de cobertura a cualquier costo, pero no visualizado como alguien que requiere una atención compasiva taxativa? Por todo lo que se presenta en los diferentes sistemas de salud no cabe duda. Es como si un pasotismo rampante fuera ocultado en términos de cuidado, y se les diera todo el peso a los costos, la financiación de recursos en salud y a la sostenibilidad del sistema, en perjuicio de su calidad. Se debería partir de una premisa ligada a la ética del cuidado, la salud no tiene precio, y la frase universal “recursos finitos para situaciones infinitas en salud” no son ni siquiera una asíntota en términos de confluir realidades económicas, propósitos humanísticos y compasivos de la atención en salud.

Una barrera existente desde lo macro y que va en contra de una ética del cuidado, tiene que ver con las políticas de salud, las cuales enmarcan las líneas entre las que se asegura la gestión del riesgo y la prestación de servicios de salud de una población, y que están generalmente en manos de profesionales no asistenciales, a veces incluso no relacionados con las áreas de la salud, quienes asumen funciones de vigilancia, definición y asignación de recursos económicos y técnicos, estrategias, acciones y políticas que determinan la salud de individuos, familias, comunidades y entorno. Para ejercer este rol, tener a cargo la salud y calidad de vida de tantos seres humanos, desafortunadamente, no es condicionante ni está asegurada la presencia de

vocación, carisma y sentidos necesarios para contribuir con un adecuado ejercicio de la medicina. La ética del cuidado que incluye la compasión, la solidaridad, la generosidad, el acogimiento y la proximidad en términos relacionales, queda limitada exclusivamente para aquellos quehaceres de la práctica asistencial de la salud, como atributos propios del acto médico en términos clínicos, y además voluntarios o condicionados a la decisión del profesional a cargo de la atención, sin que estén incluidos en los marcos reglamentarios y formativos que aseguren un mayor impacto.

Humanizar una institución de salud (80) implica una serie de compromisos operativos que afectan al poder, las relaciones interpersonales, la comunicación, la información, la vida afectiva y emocional, teniendo como punto central o de referencia al paciente, que es la razón de ser. Mucho de esto, está en manos del personal no asistencial, responsable de dar los lineamientos, políticas, guías, herramientas, instrumentos y la creación y socialización de cultura organizacional. La prestación de servicios de salud con altos criterios de calidad, que apunten a mejores resultados en salud, están hoy asociados a prácticas de “humanización” de los servicios, las cuales no se reducen simplemente al buen tratamiento, buenas actitudes y relaciones respetuosas que debe recibir un paciente en una institución, sino que trascienden, integrando administradores y sus decisiones en el ámbito económico, en la gerencia del talento humano y todo el personal que está involucrado en la atención directa o indirecta del paciente. De igual forma, es perentorio abogar por un mejor reconocimiento social, moral y económico de los integrantes de los equipos de salud, la práctica médica no puede ser humana bajo condiciones inhumanas y esto implica también mejores condiciones laborales, jornadas más cortas, hospitales y lugares de trabajo más amenos, entre otros.

Una forma de ofrecer falsas expectativas por parte de las instituciones de salud a una población de entrada vulnerable por la necesidad de escucha y atención compasiva, es la inocente, o quizás intencional forma de ofrecer servicios de atención en salud mediante publicidad, frases y slogans que expresan esperanza, comprensión y, una tal vez, compasión disfrazada con supuestos propósitos de una atención integral y centrada en la persona, respaldados por profesionales con aptitudes técnicas impecables y conformes a lo que se demanda; sin embargo, es evidente que esto no es así, por el contrario, se experimentan situaciones del lado cruel de la moral, donde prima la atención sometida a las rígidas guías de atención, protocolos y muy mencionadas prácticas basadas en la evidencia en medicina que desvían el aspecto humanístico y de la ética del cuidado que debería estar presente como un componente crítico de las políticas de atención institucionales a todo nivel (20). La desilusión irrumpe entonces en el paciente

enfermo y permanece en cada momento, desde el inicio hasta el final de una atención en salud construida y ejecutada bajo condiciones moralistas (en donde se deben cumplir indicadores de calidad), mas no hay una respuesta ética contingente a la real demanda exigida por quien no solo espera atención ideal, sino además un acompañamiento oportuno en su proceso de enfermedad y una práctica manifiesta desde una ética del cuidado.

La calidad del ser y hacer de las instituciones prestadoras de servicios de salud, la cual está en buena parte a cargo de la alta gerencia y personal administrativo o no asistencial, está directamente relacionada con la disposición a la escucha, el respeto y la valoración del otro. Es no solo tratar la enfermedad, sino satisfacer y mejorar la salud de las personas enfermas en todas sus necesidades y aspiraciones profundas, dando paso así a la calidad de vida de las personas, fin último de la prestación de los servicios de salud.

No se puede dejar de lado otra condición que ha modificado el Kairós (81) (encuentro entre médico y paciente) marginando todavía más, y peor aún, soslayando con mayor impacto una ética del cuidado, y es lo referente a la virtualización de ese momento, la irrupción de la técnica de los sistemas de comunicación, con el supuesto poder e ilusión de optimización de la atención en salud, donde las pantallas y el audio intentan demostrar una cercanía ilusoria, pero producen una lejanía devastadora del muy necesario contacto físico (así sea por la mirada en espacio real y si es posible el tacto y con – tacto) que demanda una situación que siempre lo amerita, conforme hay una vulnerabilidad implícita del llamado de una persona finita con quejas que alteran su existencia vital, esta última intervenida de lejos con la esencia práctica y acogedora que por regla debe participar en el encuentro médico-paciente, y que son los «sentidos humanos» reemplazados por artificios fantásticos de presencias fantasmagóricas mediante sistemas electrónicos sin ningún «sentido humano». Esto también contribuye a una deshumanización sensorial que rechaza una ética del cuidado auténtica.

“La relación que tenemos con el dolor revela el tipo de sociedad en que vivimos” (82). La forma en que las instituciones, los profesionales, los aseguradores del sistema de salud, los pacientes e incluso el estado se encarga del manejo de la enfermedad, contiene la clave para entender la sociedad. Toda crítica social tiene que desarrollar su propia hermenéutica del dolor, se nos escaparía el carácter de signo en clave que tiene el dolor y la enfermedad si dejamos que solo la medicina se ocupe de él. El dolor y la enfermedad son una «experiencia íntima, personal, que escapa a toda medida, a toda tentativa de aislarlo o describirlo, a toda voluntad de informar a otro sobre su intensidad y su naturaleza (83). Si pretendemos que solo la terapéutica se

encargue de la vulnerabilidad de los momentos de la vida en que la enfermedad y el dolor llegan, dejaríamos desatendida una parte importante del manejo de éste y perderíamos posibilidades de recuperación o mejoría. Se necesitan políticas gerenciales que permitan, guíen y “normalicen” el caminar del personal asistencial.

La institución de salud debe estructurarse adecuadamente desde la dirección general con el fin de garantizar la adecuada atención al enfermo; la claridad de las funciones y roles, la transparencia del ejercicio administrativo, la formación del personal, el esquema de procesos operativos y concretos, la infraestructura adecuada, y en general, todos aquellos aspectos que se salen del ejercicio de la asistencia, y que son fundamentales en el resultado del proceso de atención en salud.

Tiene entonces la administración de salud y sus áreas afines, un rol determinante en la prestación de los servicios de salud, y no tan solo al nivel micro del escenario de la atención individual de un paciente, sino que tiene la posibilidad de impactar desde lo macro, en la atención de una comunidad y una sociedad, en la definición de políticas y modelos de prestación de servicios de salud, en la creación de culturas organizacionales sensibles y que trasciendan la terapéutica médica, en la administración de instituciones con principios universales de compromiso y responsabilidad, en la resolución consciente de los diversos paradigmas éticos que han aparecido en la historia de la salud. Es desde ese nivel administrativo donde se debe y puede iniciar con la construcción de una institución verdaderamente compasiva y a partir de ella modelar un sistema más allá del cumplimiento de indicadores y atributos de la calidad, impactando en la sociedad específica en que se manifiesta y trascendiendo más allá del parámetro de atención terapéutica farmacológica que es actualmente el determinante técnico para muchas conductas condicionadas por la *lex artis* médica.

Como se pudo constatar son importantes los resultados encontrados en lo que concierne a una ética del cuidado evaluada desde el espacio - temporal micro, es decir, los aspectos que deben estar presentes en la dinámica suscitada en el momento del encuentro entre médico y paciente; esa reunión específicamente humana que debería significar una forma anhelada por ambos participantes, tiene una miríada de condicionantes que alteran la atención compasiva en ese *Kairós*, desde todo lo precedido como es la conformación fisiológica de comportamientos y personalidad del potencial o ya certificado profesional en salud, pasando por exposición o no a virtudes y principios indiscutibles para una concepción y práctica de la ética del cuidado, hasta los condicionantes culturales propios, sean regionales o nacionales, que anteceden y

construyen una cosmovisión del enfermo. No obstante, en contraste con el aporte realizado hace décadas por el citado Laín Entralgo, donde se resalta la importancia del compromiso y no abandono (virtud fundamental del amor pos técnico) cuando se inicia una relación médico-paciente, está en el presente totalmente agrietada por las desorganizadas, mal sincronizadas y en forma paradójica no sistemáticas funciones del sistema de atención en salud, donde un paciente enfermo tiene contacto sin tacto la mayoría de las veces con diferentes profesionales de la salud, sin existir un seguimiento y acompañamiento real que demanda una ética del cuidado, relegado a cumplimientos más de indicadores de salud, más no orientados a una atención centrada en el paciente, agregando a la vulnerabilidad ya conocida en el paciente enfermo prácticas médicas de índole negativo: el abandono y la falta de compromiso. Si ya existe un ausente o debilitado constructo de las virtudes (compasión, confianza, sensibilidad, respeto por la autonomía, justicia y reconocimiento de la espiritualidad) en el profesional de salud, no es infrecuente que se presenten todas las situaciones paradójicas que se dan en una relación médico-paciente y que se viven en forma generalizada en el día a día en la prestación de la atención: no hay saludo cordial, solo cuestiones inquisidoras y grotescas como ¿a qué vino?, ¿para qué lo enviaron a consultar?, y muchas otras más, convirtiendo el momento en una situación incómoda para el paciente, sembrando bases inestables y peligrosamente conflictivas de desconfianza, sensación de irrespeto, injusticia, y manifiesta falta de compasión. Se puede adicionar a todo lo anterior que la simple receta médica o prescripción como dirían otros, ya sea de fármacos o procedimientos terapéuticos, tengan solo una respuesta parcial en el impacto que debería darse por ausencia de una práctica inherente de la ética del cuidado en los procesos de salud enfermedad.

La propuesta olvidada y poco conocida de Laín Entralgo y construida con base en las premisas de Gregorio Marañón, sumada a la contribución creciente de experiencias y contenido prometedor de la literatura actual con respecto a la ética del cuidado, requiere una puesta una marcha con mayor contundencia, difusión y respaldo.

Fuera de las muchas situaciones expuestas que confirman una falta de ética del cuidado en la formación de todos los profesionales en salud, como en la misma práctica médica, se evidencia la dificultad interpretativa ausente en los mismos por la deficiente formación e inconstante exposición a los conceptos y principios bioéticos, abre bocas inevitables de una inquietud que estimule el adecuado y humano quehacer médico.

Es común percibir en el personal actitudes que no reconocen al enfermo, que se alejan del paciente y las dolencias particulares que aquejan a quien acude en búsqueda de servicios de salud, la ausencia de una acción solidaria y misericordiosa que se vitaliza con un acompañamiento particular y donde la relación médico-paciente supera las patologías y la terapéutica farmacológica. El personal, en ocasiones, en una falsa percepción de no depender de la relación médico-paciente para el desempeño de sus funciones, puede desplazar a segundos y terceros lugares los beneficios de la compasión y desconocer su influencia en el éxito de los resultados de la salud de los individuos y comunidades. No reconocen que el papel que desempeñan, independiente de la relación directa que sostengan con el doliente y sus familiares, es fundamental y puede hacer la diferencia e impactar el desarrollo del proceso de la enfermedad. Personal no consciente de esto, origina modelos de atención distantes y fragmentados, en permanente riesgo de olvidar que quien enferma es una persona, lo cual se proyecta y transmite en forma bidireccional desde los niveles gerenciales hasta los asistenciales y de apoyo, y que llega finalmente, al paciente.

Para finalizar, es claro que una ética del cuidado debe estar completamente reseñada en cada nivel de donde pueda surgir una idea para la atención en salud, tratando de incluir y promulgar siempre todos sus componentes esenciales (virtudes, principios), propendiendo que la respuesta ética sea la más cercana a la demanda solícita presentada por cada persona (atención centrada en el individuo), pero con un objetivo principal por encima de toda construcción para que ella se presente en forma natural y técnicamente humana: **la atención compasiva.**

A continuación, y a modo de síntesis, se describe un mapa categorial construido con base en la revisión y análisis realizados en el marco de la ética del cuidado en la práctica médica. Se pueden apreciar tres categorías clave: valores, corrientes filosóficas en tensión y condiciones de posibilidad desde el Estado, las Instituciones y los individuos. Todo ello podría observarse, integrarse y aplicarse con base en el gran legado de Pedro Laín Entralgo, especialmente en este caso, a través de su texto *Marañón y el enfermo*.

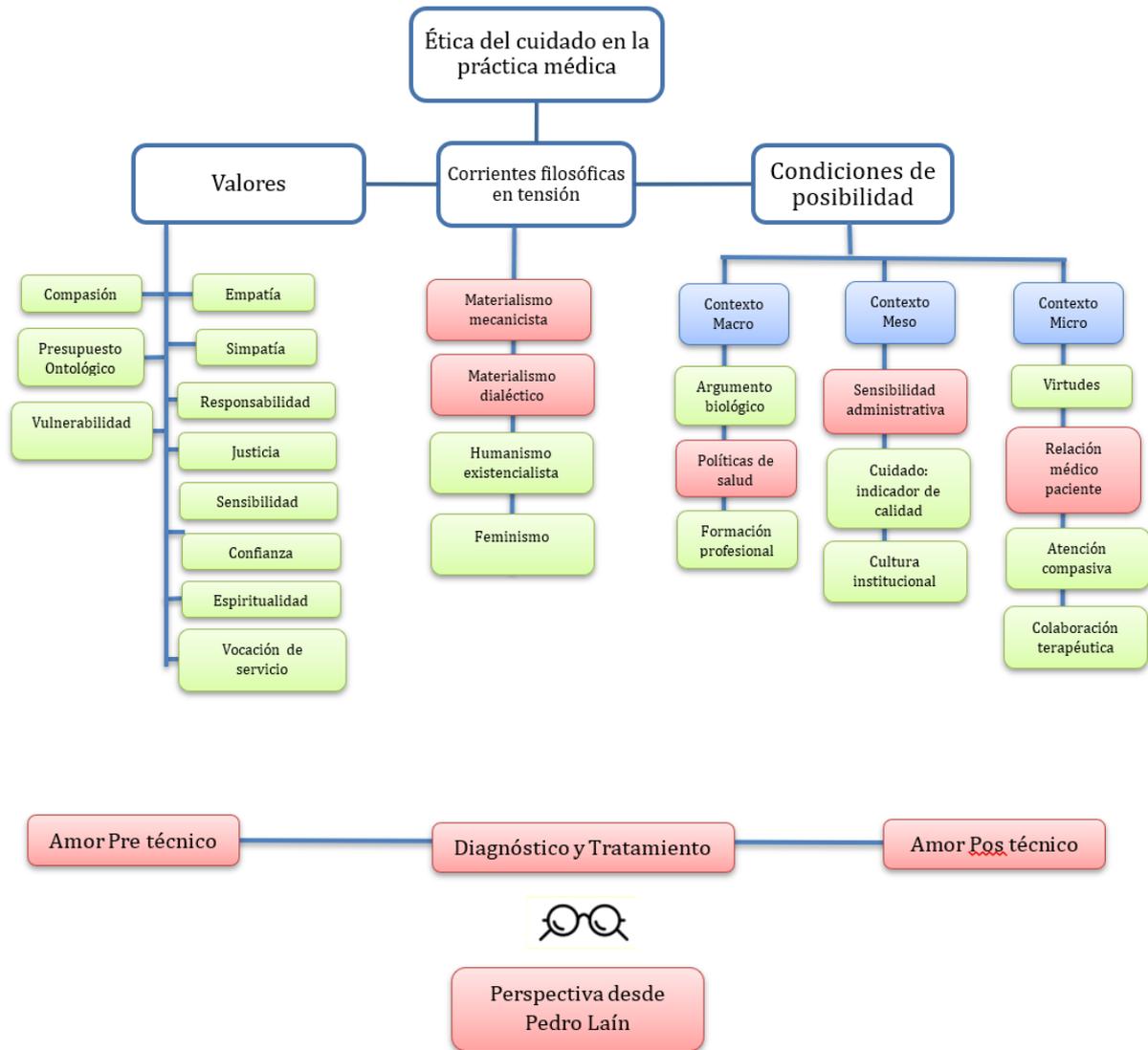


Figura 2. Mapa categorial sobre la Ética del cuidado en la práctica médica a la luz de la revisión realizada y la propuesta de Pedro Laín Entralgo

Conclusiones

- La revisión de la literatura realizada evidencia que existen suficientes elementos desde un marco axiológico para construir una ética del cuidado y que ésta se incluya en todos los estamentos que involucran la atención en salud (estado, formadores, aseguradores, prestadores, profesionales de la salud).
- El cuidado, además de una interpretación epistemológica, tiene un mayor poder ontológico, ya que reconoce la presencia de sí mismo y del otro en una existencia y relación consciente.
- La atención y el cuidado compasivo se establecen en valores humanos fundamentales como la confianza, el respeto por la autonomía, la compasión y la espiritualidad-identidad. Estos valores deben representar el estándar en torno al cual se defina y realice la atención médica.
- Si bien existen diferentes corrientes filosóficas que tratan de brindar una solución al problema complejo del cuidado, es necesario no someterlas a confrontaciones, que lejos de dar solución o respuestas, amplían la brecha y el conflicto existente y por lo tanto no permiten obtener y aprovechar las herramientas éticas disponibles para la construcción de una ética del cuidado con un panorama integral.
- Se identifica una inadecuada exégesis con raíces históricas mágico-religiosas, que han desvinculado el cuidar del curar y han definido unos roles indebidos a cargo de cada uno de estos actos de la atención en salud.
- Se constata que existen propuestas elaboradas otrora muy importantes relacionadas con la relación médico-paciente compasiva (por ejemplo, Laín Entralgo), y que en la actualidad no son incluidas ni en los procesos de formación universitarios ni en los procesos de atención en salud, y que serían indispensables para un Kairós que trascienda lo técnico.
- Una ética del cuidado debe estar presente en los procesos educativos de formación universitaria para todos los profesionales de la salud, como temática obligatoria a la par con cada código deontológico específico de la profesión.
- La ética del cuidado debe ser promovida como una apuesta a una atención compasiva, no solo desde un marco integral de constitución, sino de participación inherente de todas las partes involucradas para su crecimiento en forma y contenido noético.
- La ética del cuidado impacta los resultados del proceso de atención en salud de forma determinante, ya que no solo incide en los resultados clínicos parametrizados, sino que

reconoce la alteridad y, por ende, la identidad de quien demanda una respuesta ética contingente.

- La ética del cuidado es parte fundamental de una ética global, y su articulación con la bioética no sólo es acuciante, sino que lastra todas estas variaciones de la ética, tanto antropocéntricas como de la vida en general.

En el ámbito universitario y con respecto a la formación de profesionales en salud, es pertinente y preciso alzar la voz por los que interpelan por una atención fundamentada en la ética del cuidado de la atención en salud. ¿No es acaso necesaria una propedéutica reflexiva para sembrar los elementos de deliberación básicos de la ética del cuidado en todos los profesionales de atención en salud?

Bibliografía

1. Ramírez-Pérez M, Cárdenas-Jiménez M, Rodríguez-Jiménez S. El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. *Enferm Univ.* julio de 2015;12(3):144-51.
2. Campos RLA. Aportes de una lectura en relación con la ética del cuidado y los derechos humanos para la intervención social en el siglo XXI. 2007;12.
3. Reich WT. The Care-Based Ethic of Nazi Medicine and the Moral Importance of What We Care About. *Am J Bioeth.* 1 de enero de 2001;1(1):64-74.
4. Montero Delgado F, Morlans Molina M. Para deliberar en los comités de ética. S.l.: Fundació Doctor Robert; 2009.
5. Gilligan C. *In a different voice: psychological theory and women's development.* 38. print. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press; 2003. 184 p.
6. Noddings N. *Caring: a feminine approach to ethics & moral education.* 2nd ed. Berkeley: University of California Press; 2003. 220 p.
7. Walker MU. *Moral understandings: a feminist study in ethics.* 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2007. 306 p. (Studies in feminist philosophy).
8. Mayeroff M. *On caring.* HarperPerennial paperback ed., [Nachdr.]. New York: HarperPerennial; 2013. 123 p.
9. Davis AJ. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. :26.
10. Alonso RA, Valero JF. LA ÉTICA DE LA JUSTICIA Y LA ÉTICA DE LOS CUIDADOS1 JUSTICE ETHICS AND CARE ETHICS. :15.
11. Barnes M. *Care in everyday life: an ethic of care in practice.* Bristol: Policy Press; 2012.
12. Cely Galindo G, Potter VR. *Bioética global: homenaje a Van Rensselaer Potter.* Segunda edición. Bogotá, D.C.: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2009.
13. Collière MF. *Promover la vida.* Madrid: McGraw-Hill; 1997.
14. Carbonell E, Hortolá P. Hominización y humanización, dos conceptos clave para entender nuestra especie. *Rev Atlántica-Mediterránea Prehist Arqueol Soc.* 2013;15:07-11.
15. Entralgo PL. *Historia de la medicina.* Salvat Editores. 1978;758.
16. Armando Ortiz P, Patricio Burdiles P. Consentimiento informado. *Rev Médica Clínica Las Condes.* julio de 2010;21(4):644-52.
17. Colombia, editor. *Constitución política de Colombia.* Reimpresión de la 11. ed. Bogotá, Colombia: Editorial Temis; 2008. 317 p. (Códigos de bolsillo Temis «Jorge Ortega Torres»).
18. Davies CE, Shaul RZ. Physicians' legal duty of care and legal right to refuse to work during a pandemic. *Can Med Assoc J.* 9 de febrero de 2010;182(2):167-70.

19. Watson J, Watson J. Human caring science: a theory of nursing. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2012. 122 p.
20. Garcia Uribe JC. Cuidar del cuidado: Ética de la compasión, más allá de la protocolización del cuidado de enfermería. *Cult Los Cuid.* 3 de septiembre de 2020;24(57):52.
21. Mèlich JC. Filosofía de la finitud. 2a edición, revisada y ampliada. Barcelona: Herder; 2012. 150 p.
22. The Curriculum of Caring: Fostering Compassionate, Person-Centered Health Care. *AMA J Ethics.* 1 de abril de 2016;18(4):384-92.
23. Gadamer HG, Machain N, Gadamer HG. El estado oculto de la salud. Barcelona: Editorial Gedisa; 2001. 190 p. (Serie Cla De Ma).
24. Andino Acosta CA. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Rev Colomb Bioét.* 22 de octubre de 2015;10(1):38.
25. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *Patient - Patient-Centered Outcomes Res.* octubre de 2019;12(5):461-74.
26. Borrell i Carrió F. Compromiso con el sufrimiento, empatía y dispatía. *Med Clínica.* enero de 2003;121(20):785-6.
27. PLANETREE. Mejorando la comunicación clínica Cuatro pilares para cada conversación con pacientes [Internet]. 2018. Disponible en: <https://planetreeamericalatina.org/wp-content/uploads/2020/10/MEJORANDO-LA-COMUNICACION-CLINICA-4-pilares-para-la-conversacion-con-los-pacientes.pdf>
28. Montoya M, Jaime G. LA ÉTICA DEL CUIDADO EN EL CONTEXTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. *Acta Bioethica.* noviembre de 2007;13(2):168-75.
29. Rodríguez LAJ, Gamboa-Suárez R, Márquez M. Deshumanización en la atención de la salud ¿son las TIC's el problema o la solución? 2019;
30. Medellín DAP. LA DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO: UNA MIRADA DESDE LA BIOÉTICA. :29.
31. Hottois G. ¿QUÉ ES LA BIOÉTICA? Segunda edición. Bogotá: Universidad El Bosque; 2020.
32. Vasconcelos C, Garrafa V. Reflexões ético-legais sobre os desafios ao dever médico na assistência ao paciente vulnerável social. *Rev Latinoam Bioét.* 22 de mayo de 2017;17(33-2):42-50.
33. Rodríguez Jiménez S, Cárdenas Jiménez M, Pacheco Arce A, Ferro Rivera N, Alvarado Valle E. El cuidado, imperativo moral en el arte del cuidado. *Rev Enfermeria Hered.* 16 de julio de 2018;10(2):131.
34. Gamboa-Bernal GA. Enfoques divergentes de la medicina: una reflexión bioética. *Cuad Bioét [Internet].* 2021 [citado 22 de octubre de 2022];(32(104)). Disponible en: <https://doi.org/10.30444/CB.84>

35. Walker RM, Miles SH, Stocking CB, Siegler M. Physicians' and nurses' perceptions of ethics problems on general medical services. *J Gen Intern Med.* septiembre de 1991;6(5):424-9.
36. Geary PA, Hawkins JW. To Cure, To Cure, or To Heal. *Nurs Forum (Auckl).* julio de 1991;26(3):5-13.
37. Peretó R. Conocimiento y curación de sí. Teseopress.com.
38. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2 de octubre de 2018;169(7):467-73.
39. Pear R. The Nation: The «R» Word; Justice Souter Takes on a Health Care Taboo. *The New York Times* [Internet]. 18 de junio de 2000 [citado 22 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://www.nytimes.com/2000/06/18/weekinreview/the-nation-the-r-word-justice-souter-takes-on-a-health-care-taboo.html>
40. Koch T. Care, Compassion, or Cost: Redefining the Basis of Treatment in Ethics and Law. *J Law Med Ethics.* 2011;39(2):130-9.
41. García Uribe JC. Cuidar en la era tecnocientífica: de la finitud al superhombre. *Cult Los Cuid* [Internet]. 2021 [citado 16 de enero de 2023];(59). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/114463>
42. Smith-MacDonald L, Venturato L, Hunter P, Kaasalainen S, Sussman T, McCleary L, et al. Perspectives and experiences of compassion in long-term care facilities within Canada: a qualitative study of patients, family members and health care providers. *BMC Geriatr.* diciembre de 2019;19(1):128.
43. Kerasidou A, Bærøe K, Berger Z, Caruso Brown AE. The need for empathetic healthcare systems. *J Med Ethics.* diciembre de 2021;47(12):e27-e27.
44. Craxì L, Giardina S, Spagnolo AG. A return to humane medicine: Osler's legacy. :6.
45. Sajja A, Puchalski C. *MEDICINE AND SOCIETY.* 2018;9.
46. Tatnell R, Malpas PJ. The morality of care: case study and review. *J Med Ethics.* diciembre de 2012;38(12):763-4.
47. Rhodes R. Love Thy Patient: Justice, Caring, and the Doctor–Patient Relationship. *Camb Q Healthc Ethics.* 1995;4(4):434-47.
48. Chen D, Shepherd L, Muse E, Johnston A. What Medical Students Teach: The Healing Skill of Being a Team Player. *Hastings Cent Rep.* septiembre de 2019;49(5):38-47.
49. Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol.* mayo de 2018;73(4):433-50.
50. Pellegrino ED. *The Philosophy of Medicine Reborn: A Pellegrino Reader (Notre Dame Studies in Medical Ethics and Bioethics).* 1 Edición. University of Notre Dame Press; 2008. (Notre Dame Studies in Medical Ethics and Bioethics).

51. Kvesić A, Galić K, Vukojević M. Humanism influencing the organization of the health care system and the ethics of medical relations in the society of Bosnia-Herzegovina. *Philos Ethics Humanit Med.* diciembre de 2019;14(1):12.
52. Entwistle VA, Watt IS. Treating Patients as Persons: A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care. *Am J Bioeth.* agosto de 2013;13(8):29-39.
53. van der Cingel M. Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. *Nurs Ethics.* septiembre de 2011;18(5):672-85.
54. Quill TE. Nonabandonment: A Central Obligation for Physicians. *Ann Intern Med.* 1 de marzo de 1995;122(5):368.
55. Cherry C. Health care, human worth and the limits of the particular. *J Med Ethics.* 1 de octubre de 1997;23(5):310-4.
56. Yuguero O, Forné C, Esquerda M, Pifarré J, Abadías MJ, Viñas J. Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore).* septiembre de 2017;96(37):e8030.
57. Roberts BW, Trzeciak CJ, Puri NK, Mazzarelli AJ, Trzeciak S. Racial and socioeconomic disparities in patient experience of clinician empathy: a protocol for systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* junio de 2020;10(6):e034247.
58. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Fam Pract.* 1 de junio de 2005;22(3):328-34.
59. Kirby JN. Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychol Psychother Theory Res Pract.* septiembre de 2017;90(3):432-55.
60. Isaac KS, Hay JL, Lubetkin EI. Incorporating Spirituality in Primary Care. *J Relig Health.* junio de 2016;55(3):1065-77.
61. Tauber AI. The Moral Domain of the Medical Record: The Routine Ethics Evaluation. *Am J Bioeth.* agosto de 2006;6(4):W1-16.
62. Dickert NW, Kass NE. Understanding respect: learning from patients. *J Med Ethics.* 1 de julio de 2009;35(7):419-23.
63. Lantos J, Matlock AM, Wendler D. Clinician Integrity and Limits to Patient Autonomy. *JAMA.* 2 de febrero de 2011;305(5):495.
64. Celis IV. La confianza en la relación profesional de la salud y paciente. *Rev Cuba Salud Pública.* :46.
65. Botes A. A comparison between the ethics of justice and the ethics of care. *J Adv Nurs.* noviembre de 2000;32(5):1071-5.
66. Botes A. An integrated approach to ethical decision-making in the health team. *J Adv Nurs.* noviembre de 2000;32(5):1076-82.
67. Entralgo PL. Marañón y el enfermo. *Rev Occidente.* 1962;144.

68. Rossi MJ dos S. O curar e o cuidar: a historia de uma relação (um ensaio). *Rev Bras Enferm.* marzo de 1991;44(1):16-21.
69. Sáez R. Evolución humana: Prehistoria y origen de la compasión. Primera edición: octubre de 2019. Córdoba: Almuzara; 2019.
70. Corominas J, Pascual JA. Diccionario critico etimológico castellano e hispánico. 1: A - Ca. 1. ed., 5. reimpr. Madrid: Ed. Gredos; 2006. 938 p. (Biblioteca románica hispánica V, Diccionarios).
71. Mora, Jos Ferrater. Diccionario de filosofía de bolsillo. Alianza Editorial Sa; 2014.
72. García Uribe JC, Zapata Muriel FA. Covid-19, cuidar entre mascarillas, pantallas y un espacio-tiempo peligrosamente contagioso: una lectura fenomenológica. *Cult Los Cuid* [Internet]. 2022 [citado 23 de enero de 2023];(64). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/130227>
73. Allen GE. La ciencia de la vida en el siglo XX. 1a ed., 1a reimp. México: Fondo de Cultura Económica; 2018.
74. Garcia J. Burnout as a social pathology in nursing professionals: an analysis based on the theory of recognition. *Rev Bras Med Trab.* 2022;20(3):8.
75. Estrada DA. Hacia una fenomenología de la enfermedad. 2012;25.
76. Saldarriaga RP. Hermeneutics and medicine. 2009;
77. Melich JC. Lógica de la crueldad. Barcelona: Herder; 2014.
78. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. septiembre de 2008 [citado 23 de enero de 2023];24(3). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000900008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
79. Ministerio de Salud y Protección Social. Calidad y humanización de la atención [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>
80. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuid.* 5 de enero de 2016;7(1):1227.
81. Solé C, Fabra C, Bonet C. El Kairos griego: como y cuando decirle a los pacientes o los padres los que sospechamos. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2018;20:261-7.
82. Han BC. La sociedad paliativa: el dolor hoy. Barcelona: Herder; 2021. 90 p. (Pensamiento Herder).
83. Katz I, Ingo C. Clínica del cuidado: extranjería, extranjero y extrañamiento. *Caliban.* 2020;18.