

El cuidado como expresión de lo humano

Reflexiones sobre el concepto de cuidado de A. Macintyre y su relación con la ética de las profesiones sanitarias

Paulina Morales Aguilera*
paulinamail@hotmail.com

Care as Expression of Humanity Reflections on the Concept of Care in A. MacIntyre and its Relationship to Health Professions

RESUMEN: El presente artículo brinda una reflexión sobre la noción de «cuidado», desde la filosofía, para luego abordar su despliegue en relación con la ética de las profesiones sanitarias, tanto respecto del desarrollo de ciertas prácticas cotidianas como de la reflexión y configuración teórica que a ellas subyace, especialmente desde el ámbito de la bioética. Lo anterior se afirma en la consideración inicial en torno a la estrecha vinculación entre el concepto de «cuidado» y la ética de las profesiones sanitarias. Ahora bien, en cuanto a la dimensión filosófica del término en cuestión, ello se visualizará desde la perspectiva de un autor contemporáneo de relevancia: Alasdair MacIntyre, de cuyos planteamientos es posible extraer nutritivos elementos para un análisis respecto de las posibilidades y también de ciertas limitaciones en cuanto a la reflexión propuesta.

ABSTRACT: This article provides a reflection about the concept of «care», from philosophy, for it to develop in relation with the ethics of the sanitary professions, as in relation with the development of certain practices as with the reflection and theoretical configuration that is in the basis, especially from the field of the bioethics. With regard to the philosophical dimension of the concept in question, this will be seen from the perspective of a notable contemporary author: Alasdair MacIntyre, whose approaches allow a nutritional analysis about the possibilities and certain restrictions in relation with the reflection proposed.

PALABRAS-CLAVE: cuidado, ética, profesiones sanitarias, bioética, MacIntyre

KEYWORDS: care, ethics, sanitary professions, bioethics, MacIntyre

1. Introducción

En su texto *Fundamentos de bioética*, Diego Gracia dedica un primer y extenso apartado al tema de la historia de la bioética, la cual divide en tres partes que responden, a su vez, a diferentes tradiciones. En primer término, refiere a una tradición médica guiada por el criterio del bien del enfermo y signada por el paternalismo médico como cariz identitario. Ello se traduce en que las reflexiones, decisiones y acciones en relación con la salud del paciente no son comunicadas ni

* Chilena. Trabajadora Social. Magíster en Filosofía, mención Axiología y Filosofía Política por la Universidad de Chile. Actualmente cursando Doctorado en Ética y Democracia en la Universidad de Valencia, España. Becaria de la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología de Chile (CONICYT).



Received: 04-04-2012
Accepted: 10-05-2012

menos puestas en discusión ni con éste ni con su familia. Lo que prima aquí es la opinión y conocimientos del profesional médico como palabra irrefutable, en virtud de que históricamente "el médico se ha visto a sí mismo como un pequeño patriarca que ejercía dominio sobre sus pacientes y exigía de éstos obediencia y sumisión." (Gracia, 2007, 24).

En segundo lugar, remite a una tradición jurídica orientada según el criterio de autonomía, en donde el acento está puesto en los derechos del enfermo. A este respecto, se reconoce la dificultad y lentitud en el proceso de asentamiento del principio de autonomía en el contexto del quehacer sanitario; su nacimiento se signa, en efecto, con el advenimiento de la Modernidad, en tanto parte de los rasgos característicos de dicho proceso. Lo que cambia radicalmente en esta etapa es la concepción misma del ser humano, que ya no es visualizado unido a la noción de naturaleza, sino que dotado de un cariz moral como rasgo definitorio de su existencia, de forma tal que se asume que "[l]as morales naturalistas [...] son «heterónomas»; sólo una moral auténticamente «autónoma» es en realidad humana." (Gracia, 2007, 123)¹. Le cabe, por tanto, al ejercicio médico, promover la autonomía

En tercer lugar, identifica Gracia una tradición política cuyo criterio rector es la justicia, perspectiva que se orienta a procurar el bien de terceros. Desde este último prisma, entonces, ya no sólo se entiende la relación médico-enfermo como constituida por dos partes, sino que se reconoce la 'presencia' de terceros en el proceso de salud-enfermedad. ¿Quién encarna ese tercer actor que convierte esta díada en tríada? En términos globales, el autor utiliza el concepto «sociedad», la cual puede asumir caras más específicas, tales como la familia², las instituciones sanitarias o el Estado. Será la sociedad propiamente tal quien encarne el principio de justicia, partiendo del reconocimiento de que las entidades que engloba "están incrustadas de tal modo en la realidad «constitutiva» del ser humano, que no pueden ser consideradas meros medios, sino estructuras con entidad propia." (Gracia, 2007, 202). Luego, como reafirmando su convicción, agregará –en relación con el principio de justicia– que "[s]u importancia es tan grande, que sin él no hay vida moral posible." (Gracia, 2007, 202).

Como se observa, cada una de las tradiciones identificadas por Gracia es un correlato de lo que actualmente se conoce como los principios de la bioética, a saber, beneficencia, autonomía y justicia.

Ciertamente, el ámbito de la bioética es en la actualidad un vasto campo de reflexión y de ocupación desde distintas esferas. Entre ellas, la filosofía ocupa un lugar insustituible, especialmente desde sus vertientes ética y política, dado el tenor de las temáticas y/o problemáticas que desde la bioética se aborda. Asimismo, en virtud del aporte que representa el desarrollo de análisis filosóficos que se transforman en esquemas interpretativos plenos de sentido y de utilidad para el abordaje de tales cuestiones.

En dicho contexto, específicamente en el cruce entre los ámbitos de la *bios* y del *ethos*, el tema del cuidado aparece como un tópico transversal, dadas sus implicancias tanto en los procesos asociados al quehacer sanitario como en relación con la reflexión que se abre en cuanto a sus formas de despliegue, concepciones subyacentes, entre otros.

Desde la filosofía, el tema del cuidado ha concitado el interés de distintos autores, y se a priori asociado a la esfera bio-sanitaria como campo de actividad humana o en relación con aspectos más íntimamente ligados a las dimensiones ontológica y óptica del ser humano³. En esta dirección, el presente trabajo aborda algunas reflexiones sobre el cuidado desde la perspectiva de Alasdair MacIntyre, destacado filósofo contemporáneo, respecto del cual el acento estará puesto en su obra *Animales racionales y dependientes ¿Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes?*⁴ en donde desarrolla interesantes reflexiones sobre el tema.

Finalmente, el presente artículo se articula en base a dos grandes apartados. Primero, ciertas consideraciones transversales en torno al pensamiento del autor, seguidas de su conceptualización de cuidado. Segundo, el cruce de estas ideas con algunos planteamientos en torno a la ética de las profesiones sanitarias. A la luz de esto último se abordará lo relativo a algunas posibilidades y limitaciones de los planteamientos macIntyreianos que resulta posible visualizar. Un breve epílogo cierra la reflexión.

2. La perspectiva de Alasdair MacIntyre

2.1. *Cuestiones preliminares*

Como se observa, el foco de la reflexión macIntyreiana estará puesto en las cuestiones relativas a moral y biología y el nexo posible entre ellas. En virtud de esto, intentará develar el sentido de la acción humana en el campo genético partiendo de la consideración de la dependencia como rasgo identitario de la especie humana, a partir de lo cual llega a interrogarse acerca de "¿[q]ué consecuencias tendría para la filosofía moral considerar el hecho de la vulnerabilidad y la aflicción, y el hecho de la dependencia como rasgos fundamentales de la condición humana?" (MacIntyre, 2001, 18). Por cierto, a la base de dicha pregunta se encuentra la constatación que efectúa el autor en torno a la resistencia a incorporar la dimensión de la corporalidad de la existencia, lo que se muestra por medio de fenómenos como la discapacidad o la dependencia. Tal vez, hipotetiza, por la asociación entre humanidad y animalidad a que ello remite de manera inexorable.

Sin embargo, y haciéndose cargo justamente de esta vinculación, sostendrá como punto de partida el reconocimiento de la condición animal del ser humano para, desde allí, iniciar su camino de desarrollo basado en las virtudes, pero no en cualquier clase de éstas, sino en aquellas propias de los animales racionales y dependientes. Serán, entonces, tales virtudes, las que permitan enfrentar la vulnerabilidad, la discapacidad y la dependencia misma con miras a la constitución de un ser humano racional e independiente, "cuyos rasgos de dependencia, racionalidad y animalidad deben ser entendidos en sus relaciones recíprocas." (MacIntyre, 2001, 19). Dicho énfasis se entiende más cabalmente frente a la sentencia macIntyreiana en torno a que "el ser humano no simplemente tiene un cuerpo, sino que es su cuerpo." (MacIntyre, 2001, 20).

Frente a ello, el discurso moderno aparece como opuesto en el sentido de la primacía de la autonomía como rasgo particularísimo y enaltecido de lo humano. ¿Cómo entender, entonces, un planteamiento en torno a

la dependencia generada a partir de condiciones de vulnerabilidad y/o aflicción? MacIntyre sostendrá que al discurso sobre las elecciones libres e independientes del ser humano, en tanto muestra de su virtuosismo, le es inherente un correlato conformado por aquellas virtudes propias del reconocimiento de la dependencia, requisito indispensable para una comprensión cabal del despliegue de lo humano como dotado de racionalidad. En cualquiera de los casos, bien se trate de virtudes de la independencia o de la dependencia, será necesario contar con un sustrato cuyo contenido esté dado por cierto tipo de relaciones sociales y una determinada concepción del bien que posibilite la coexistencia y articulación de ambos. Acto seguido, sostendrá el autor que ni el Estado-nación moderno ni la familia pueden cumplir dicha función de soporte.

Ciertamente, es visible la preocupación del autor por la argumentación en torno a todos aquellos cuestionamientos que estas temáticas suscitan, como –asimismo– en relación con la fundamentación de ciertas decisiones o preferencias. En este sentido, y aludiendo a la condición de superioridad del ser humano en términos de su racionalidad, MacIntyre señala que cuando éste “es capaz de reflexionar sobre sus razones mediante el uso del lenguaje, no sólo el tener razones resulta causalmente eficaz para orientar la conducta, sino el tener razones para suponer que un conjunto de consideraciones y no otro ofrece realmente razones en una situación particular.” (MacIntyre, 2001, 78).

2.2. Cuidado en MacIntyre: configuración de una noción

Ciertamente, la noción de cuidado aparece en MacIntyre de manera mucho más nítida que en otros autores, fundamentalmente asociada a la idea de ayuda, ya sea en condiciones de enfermedad o de discapacidad; en este caso, el cuidado se dirige a evitar llegar a padecer una situación de discapacidad o bien para que cuando ésta ya se encuentra presente se cuente con la colaboración necesaria para vivir. En este contexto, un elemento llamativo de esta configuración es la afirmación macIntyreiana en torno a que todos –de una u otra forma– poseemos cierta discapacidad,

pero las diferencias radican tanto en el grado como en la duración de aquélla. Frente a esto, bien sea que se trate de enfermedad o de discapacidad, el cuidado desarrollado a su respecto deberá siempre cautelar la expresión de los seres humanos como razonadores prácticos independientes que se vinculan intersubjetivamente desde dicha condición, la cual son capaces de reconocer también en los otros, produciéndose una interacción signada por la reciprocidad. Desde esta óptica, entonces, la discapacidad o la enfermedad no deben traducirse nunca en factores de discriminación o de trato irrespetuoso a la condición humana. En virtud de esto último, este razonador práctico independiente es capaz de imaginar «futuros posibles» tal como el resto de sus pares, siendo relevante que esta capacidad pueda verdaderamente desplegarse en sociedad y no se vea coartada por la dependencia producto de la discapacidad o la enfermedad. Por el contrario, el autor pondrá énfasis en la forma en que la sociedad enfrenta dicha situación y cómo cautela ese derecho a proyectar la propia vida. Por ello es que se reconoce que “[e]l significado real de la discapacidad no sólo depende de la persona discapacitada, sino también de los grupos sociales a los que pertenece.” (MacIntyre, 2001, 93).

Asimismo, cabe destacar que –como buen aristotélico que es– MacIntyre pondrá acento en la necesidad de fomentar las virtudes y llegará a hablar incluso de «virtudes del cuidado» específicamente, como aquel conjunto de disposiciones que deberá ir aparejado al desarrollo de las virtudes en tanto razonadores prácticos independientes. De esta forma, un razonador de dicho tipo requiere, para llegar a ser tal, el desarrollo de una cierta clase de vida en que las virtudes del cuidado y la enseñanza le han sido prodigadas de manera que han desembocado en que alcance dicho estadal de autonomía, lo que en palabras de MacIntyre refiere a un «florecer» o «florecimiento» humano⁵. La pregunta girará, entonces, en torno al tipo de relaciones sociales que deben servir de sustento al florecimiento de los hombres, a los rasgos de dichos entornos vinculantes. De esta forma, cuando “se dice que un individuo o un grupo florecen se dice algo más, y no sólo que poseen dichas características, aunque florecer supone siempre florecer en virtud de que se posee cierto conjunto de

características.” (MacIntyre, 2001, 83). Con miras a la constitución de razonadores prácticos independientes, será necesario que sus relaciones de cuidado, especialmente en la infancia, hayan tenido presentes virtudes tales como la audacia y la paciencia del valor, la justicia en el reparto de tareas y alabanzas, la templanza requerida para la disciplina, la inteligencia viva de un carácter afable, entre otras. Asimismo, que dichas virtudes se expresen en un entramado de relaciones en donde su aprendizaje esté dado por medio de la necesidad, por parte de los sujetos de cuidado, del apoyo en el logro de ciertas capacidades, a saber: a) “evaluar, modificar o rechazar sus propios juicios prácticos”; b) “preguntar si lo que considera que son buenas razones para actuar son realmente buenas razones”; c) “desarrollar la capacidad de imaginar con realismo futuros alternativos posibles, de modo que pueda elegir racionalmente entre ellos”; d) “distanciarse de sus deseos, para poder indagar racionalmente lo que es necesario para buscar su propio bien aquí y ahora y orientar sus deseos y, en caso de ser necesario, reeducarlos para alcanzar el bien” (MacIntyre, 2001, 101). Todo ello se traducirá, en definitiva, en la realización de determinadas acciones por parte de los razonadores prácticos independientes, con pertinencia en relación con el contexto en que aquéllas se desplieguen y con un lente crítico para visualizarlas como tales.

Ligado a ello, otro elemento interesante en esta configuración de la noción de cuidado es el carácter recíproco inherente a ella, expresado a través de la díada «cuidar» y «ser cuidado» como inseparables, asumiendo que, al ser el cuidado una dimensión propia de lo humano, resulta relevante fomentar las virtudes morales propias de este quehacer a fin de que los individuos sean capaces de desarrollar de la mejor manera posible la tarea de cuidar a otros, llegando con ello a un comportamiento virtuoso que va más allá del mero cumplimiento de normas. En efecto, por medio de las relaciones que se establecen entre los seres humanos, muchas de ellas signadas por el cuidado, tanto quien cuida como quien es cuidado –especialmente si se trata de la etapa de infancia- va también desarrollando un proceso de autonocimiento que es indispensable para llegar a ser un razonador práctico independiente,

por lo que emerge como una virtud en sí misma. En concordancia con esto, el proceso de conocimiento de sí nunca se da de manera atomizada o monológica, sino que siempre en relación y diálogo con otros que contribuyen a la conformación de la propia identidad, a veces corrigiendo, otras reforzando ciertos elementos constitutivos de ella. En consecuencia, "cuando una persona llega a conocerse bien a sí misma, siempre es un logro compartido." (MacIntyre, 2001, 114).

En este sentido, un aspecto relevante en torno a la diáda antes mencionada, dice relación con el hecho de que en gran parte el desarrollo de las virtudes morales es fruto de la relación de dependencia que se ha establecido en algunos períodos de la vida de los seres humanos, por ejemplo, en la infancia. ¿Quiere decir esto que siendo adultos o razonadores prácticos independientes se termina ya con la dependencia? La respuesta de MacIntyre es clara: del alguna forma, siempre estarán presentes ciertos grados de dependencia, no sólo en términos de requerir cuidados de otros, sino también en la forma de necesitar a los demás para razonar en términos prácticos.

Ahora bien, si se reconoce que la dependencia es una condición propia de lo humano, será también relevante desarrollar respecto de ellas ciertas «virtudes del reconocimiento de la dependencia», las cuales suponen un equilibrio entre generosidad y justicia. A este respecto, el autor dibujará un conjunto de rasgos principales en torno al orden político y social en tanto entramado capaz de sostener y fomentar estas virtudes propias de la dependencia, para lo cual se debe cumplir con tres condiciones fundamentales, a saber:

- i) Ser expresión de las decisiones políticas de razonadores independientes que deliberan racionalmente sobre asuntos de relevancia para la comunidad política
- ii) Contar con normas de justicia coherentes con el despliegue de la justa generosidad como una de sus virtudes fundamentales
- iii) Que en las deliberaciones haya espacio no sólo para los razonadores prácticos independientes, sino también para quienes no han podido concretar dicha condición. En este caso, que puedan contar con representantes al momento de la deliberación.

2.3. ¿La representación como una forma de cuidado? Posibilidades de extensión del concepto

Ciertamente, como se mencionaba líneas arriba, el desarrollo del concepto de cuidado en MacIntyre es explícito, a diferencia de lo que ocurre con otros filósofos. Al respecto es posible plantearse algunas interrogantes con miras a la extensión de su conceptualización sobre el cuidado como fenómeno y característica inherente a la condición humana, junto con su capacidad razonadora. A fin de buscar posibles caminos de respuesta, en este acápite se abordará como alternativa posible un término utilizado por el propio autor, a saber, la «representación», en relación con los intereses de quienes no pueden tomar parte en las deliberaciones comunitarias.

En la senda aristotélica, la reflexión macIntyreiana otorga un espacio central a la idea de bien, primeramente en relación con la posibilidad de llegar a ser razonadores prácticos independientes cuyo actuar está guiado por la consecución de algún bien inherente no sólo a su quehacer, sino, por sobre todo, ligado a un específico "modo de atribuir bondad, mediante el que se juzga incondicionalmente lo que es mejor ser, hacer o tener para un individuo o un grupo, no sólo *qua* agentes que participan en una u otra actividades en uno u otro rol o roles, sino también *qua* seres humanos. Estos son juicios sobre el florecimiento humano." (MacIntyre, 2001, 85). En este sentido, se advierte que la noción de bien no sólo se halla anclada en el ámbito del desenvolvimiento aislado de individuos interesados en su propio bien, sino que se extiende al plano del bien común, esto es, de lo que concierne a todos los seres humanos y respecto de lo cual cada uno debe hacer su contribución. Entendiendo el bien común como parte del horizonte al cual aspirar por parte de una comunidad, MacIntyre delinea su idea de un orden social y político en que los razonadores prácticos independientes puedan encontrar espacio de desarrollo, en cuyo contexto es indispensable brindar espacio, en el plano de las deliberaciones, no sólo a los razonadores prácticos independientes, sino también a representantes de quienes no cuenten con las capacidades de razonamiento –parcial o totalmente- para estar allí en igualdad de condiciones junto a otros razonadores.

Este último requisito constituye parte sustancial de las propuestas que el autor expone en esta obra, en este caso, en torno a dotar de voz a quienes no pueden hacerlo por sus propios medios, en el contexto de las deliberaciones acerca de los requerimientos de las normas de justicia. Este razonamiento se basa en lo planteado en los acápites anteriores en relación con el reconocimiento de la condición de dependencia como inherente a la vida humana, a lo que se suma –en algunos casos- la condición de discapacidad. En virtud de esto, entonces, resulta preciso que las necesidades que las personas dependientes y/o discapacitadas encuentren también cauces de expresión en el concierto público, asumiendo que no se trata “de un interés particular, no es el interés de un grupo particular de individuos concretos y no de otros, sino que es el interés de la sociedad política entera y esencial en su concepto del bien común.” (MacIntyre, 2001, 154).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, estas líneas proponen la consideración de dicho quehacer representativo como una forma cuidada, intentando extender así el sentido que MacIntyre ha dado al concepto en la obra en cuestión. Como argumentos a favor de esta propuesta, se encuentran:

- i) La posibilidad de nutrir la noción de cuidado al trascender a su cariz marcadamente centrado en el ámbito bio-sanitario, en virtud de su vinculación con situaciones de dependencia y/o discapacidad producto de condiciones tales como enfermedades y otros similares. En este sentido, el autor enfatiza, por ejemplo, la importancia del cuidado en la etapa infantil con miras a la constitución de razonadores prácticos independientes. Sin embargo, también reconoce que “la infancia es un tema al que se presta poca atención y de manera circunstancial.” (MacIntyre, 2001, 101). Considerando la vasta gama de estudios y publicaciones que desde diversas disciplinas, especialmente la psicología y la sociología, son por todos conocidas, se entienden dichas palabras en relación con la escasa preocupación que –en el sentido expresado- cobra la infancia en el ámbito de la filosofía propiamente tal.⁶
- ii) La posibilidad de extender los márgenes del cuidado hacia el ámbito de lo público, que es por esencia el espacio de las deliberaciones

compartidas. Esto contribuiría a visibilizar al cuidado como un quehacer cuya responsabilidad y alcance no sólo se juega entre las paredes del hogar familiar, sino que también puede ser extensible a la comunidad en su conjunto.

- iii) Unido a ello, la propuesta significa también una mirada en sentido inverso en relación con el quehacer del cuidado. ¿En qué dirección? Básicamente a romper con la linealidad de asumir como preocupaciones dotadas de mayor interés e incluso de estimativa ético-política a las cuestiones de índole público eminentemente. Así, lo que se busca es re-dirigir la mirada, desde la esfera pública, hacia el ámbito de lo privado en relación con el cuidado y sus implicancias para el despliegue y aporte de los seres humanos hacia el mundo público, pero en base a una vida privada altamente satisfactoria, humanizada y lograda.

Vinculado a ello, el autor reconoce que respecto de la reflexión sobre el bien común “[n]i la filosofía política ni tampoco la filosofía social de los últimos años contribuyen en general a dilucidar este aspecto, debido a que los trabajos que se han llevado a cabo, con algunas raras excepciones, no abordan el problema de los bienes comunes relativos a las asociaciones y las relaciones intermedias entre el Estado-nación y el individuo o la familia nuclear.” (MacIntyre, 2001, 155).

3. La ética de las profesiones sanitarias y la noción de «cuidado»

3.1. Cuestiones transversales

En un primer acercamiento, muchas son las cuestiones que podrían abordarse en relación con la reflexión ética en el campo de las profesiones sanitarias. No obstante, en virtud de los lineamientos y limitaciones del presente artículo, en este apartado se hará referencia a tres aspectos fundamentales: i) la noción de práctica inherente al quehacer profesional en salud; ii) la relación asistencial que se genera a su amparo, y; iii) ciertas metas e indicadores en relación con tal ejercicio. Respecto de lo primero, es posible advertir que cuando se hace referencia a profesionales

sanitarios se está aludiendo a un conjunto de personas que comparten una cierta práctica desde sus respectivas disciplinas, las que a su vez coinciden –en este caso– en tener a la sanidad como campo prioritario de su despliegue. Pero, ¿qué significa la noción de «práctica»? En términos amplios, y siguiendo a MacIntyre, dicho concepto remite a una “actividad humana cooperativa, establecida socialmente, mediante la cual se realizan los bienes inherentes a la misma” (MacIntyre, 1987, 233), bienes que la dotan de sentido, configuran una racionalidad a la base y, al mismo tiempo, le otorgan legitimidad. ¿Cuál sería, entonces, el bien interno de un ámbito como la sanidad? En palabras de Cortina, “el bien del paciente” (Cortina, 1998, 32). No obstante, como ya desde el ámbito de la bioética se ha evidenciado a través de la discusión sobre sus principios constitutivos, la definición sobre el contenido de dicho bien no es algo sencillo de dilucidar ni menos aún de consensuar. Requerirá, por tanto, de la puesta en juego de argumentaciones sobre el particular, en un contexto dialógico en que todos los actores intervinientes tienen algo que decir.

Será esta última afirmación la que abra paso a la segunda cuestión anunciada, dado que si se sostiene que el bien del paciente –en tanto bien interno del quehacer profesional en salud– debe ser determinado con el aporte de distintas miradas, se está aludiendo explícitamente la presencia de un vínculo entre, al menos, dos grandes actores: los profesionales, de un lado, y los pacientes, de otro⁷. En efecto, se trata de un contexto en donde la expresión de la intersubjetividad es una exigencia ética y epistémica indiscutible. Se requiere del reconocimiento mutuo de las partes en tanto sujetos plenos de derechos y de deberes en el contexto de una relación asistencial marcada por la necesidad de mejoría de unos y la puesta al servicio de dicho fin por parte de otros que poseen los conocimientos y las habilidades para ello. Indudablemente, la presencia de enfermedades y/o malestares de distinta índole configura una condición de vulnerabilidad para quienes los padecen, con el consiguiente riesgo de establecer relaciones de dependencia que no promuevan la autonomía, especialmente por parte de los pacientes.

Frente a ello, es precisa una articulación entre independencia, interdependencia y autonomía responsable que permita la asunción

de responsabilidades, por parte de los pacientes, respecto de todas aquellas decisiones atinentes a su salud en las cuales puedan participar activamente, especialmente en cuanto al autocuidado que deben llevar adelante. Asimismo, se requiere que los profesionales sanitarios abran espacio a dicha participación en el desarrollo de su quehacer. No significa ello desdibujar las fronteras de los roles de unos y otros, sino sólo reafirmar el valor de la autonomía como un principio irrenunciable. Por tanto, "esto no implica que el enfermo se prescriba el tratamiento a sí mismo, sino que escoja entre las opciones que le parecen más razonables a la luz de un diálogo con la profesional." (Casado, 2008, 183).

La referencia a la noción de diálogo en el contexto de la relación asistencial no es casual, dado que esta última puede ser vista como "una acción comunicativa de cuyo éxito son responsables, epistémica y éticamente, los sujetos participantes." (Seoane, en: Casado: 2008: 16). En efecto, al amparo de dicho vínculo se despliega una configuración de interacciones que deberá estar siempre marcada por la presencia del componente dialógico como indispensable para llevar adelante el proceso de mejoramiento de la salud de las personas. Ello, no obstante, no desde un plano jerárquico ni objetivante, sino que abriendo espacio a la intersubjetividad en un proceso dinámico y recíproco de acogida al otro.

En relación con el tercer punto anunciado, resulta pertinente visualizar una propuesta en torno a ciertos fines a los que debe abocarse el quehacer sanitario, a partir de una formulación en relación con las metas de la medicina según The Hastings Center⁸, las que son extensibles a "la actividad sanitaria en su conjunto" (Cortina, 1998, 33). Tales propósitos son los siguientes:

- 1) La prevención de la enfermedad y las lesiones y la promoción y el mantenimiento de la salud.
- 2) Aliviar el dolor y el sufrimiento causados por la enfermedad.
- 3) La asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados⁹.
- 4) Evitar la muerte prematura y velar por la muerte en paz.

Ligado a ello, es posible advertir que, como «actividad humana cooperativa» socialmente generada, las prácticas de los profesionales –en este caso los sanitarios- oscilan entre los planos de lo que son y de lo que se espera que ellas sean. En relación con esto último, Siurana aporta a la discusión un conjunto de indicadores para evaluar éticamente la sanidad, contribuyendo así a los avances en materia de concreción de las metas antes enunciadas. En relación con los profesionales, específicamente, es posible advertir los siguientes desafíos, según niveles de despliegue de la ética en general, a saber (Siurana, 2009, 115):

- I. Nivel de la autocomprensión
 - 1) Siguen las metas que dan legitimación y sentido a la actividad sanitaria.¹⁰
 - 2) Reflexionan sobre la relación entre el personal sanitario y sus pacientes, sobre las expectativas de éstos y los valores y actitudes que deben orientar esta relación.
- II. Nivel de la fundamentación
 - 1) Antes de una intervención relevante solicitan la autorización del paciente, explicándole la naturaleza de la enfermedad, el objeto de la intervención, sus riesgos y alternativas.
 - 2) Evalúan los principios éticos implicados antes de tomar una decisión en un caso concreto (al menos autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia) y desarrollan virtudes éticamente adecuadas.
- III. Nivel de la aplicación
 - 1) Guardan confidencialidad de la información obtenida del paciente, y manejan su historia clínica con la precaución necesaria. Incluyen la dimensión ética en sus protocolos clínicos.
 - 2) Generan en las organizaciones sanitarias los instrumentos necesarios para el desarrollo de la ética (formación en bioética, comités de ética, etc.).

3.2. Reflexiones específicas sobre la noción de «cuidado» en MacIntyre y la ética de las profesiones sanitarias

En las líneas que siguen se presentará un conjunto de ideas que surgen al momento de intentar un cruce reflexivo y crítico entre las temáticas que orientan el presente artículo. Lo que se pretende es visualizar ciertos elementos que se transforman en fortalezas desde el punto de vista de los aportes que puede representar el pensamiento macIntyreiano en torno al cuidado y su vinculación con la ética de las profesiones sanitarias. Asimismo, se hará referencia a ciertas debilidades y/o limitaciones sobre el particular.

En primer término, resulta indiscutible la presencia del cuidado en la relación asistencial, definida justamente por Seoane como “una práctica social institucionalizada dedicada al cuidado de la salud de las personas.” (Seoane, en: Casado, 2008, 13). Dicho cuidado puede ser entendido, asimismo, “como capacidad y funcionamiento seguro y garantizado como derecho.” (Seoane, en: Casado, 2008, 13). De esta forma, el cuidado aparece como el *telos* de la relación asistencial, cuyo trasfondo es un «mundo de la vida» que permite su comprensión cabal, a la vez que acentúa el cariz indefectiblemente colectivo de dicha práctica. Así lo entiende también MacIntyre, para quien el cuidado emerge como una relación de ayuda entre quien(es) necesita(n) de ciertos cuidados y quien(es) debe(n) proveerlos. Este carácter compartido queda reforzado cuando el autor plantea que no sólo se trata de situaciones específicas de enfermedad, sino que todos poseemos, aunque en diferente forma y grado, algún tipo de discapacidad que nos hace necesitar del cuidado de otros. El cuidado será, por tanto, parte inherente del despliegue humano en el mundo, tal como se alude en el título de este texto.

En segundo lugar, se visualiza una bidimensionalidad en la noción misma de cuidado, dado que se trata ya no sólo del cuidado de la salud en términos restringidos, sino que es posible hablar de «cuidado sanitario» y también de «cuidado social», en virtud de lo cual “la relación asistencial ha de ser una relación sociosanitaria, en la que intervienen profesionales de muy diverso signo.” (Seoane, en: Casado, 2008, 14). En esta misma dirección se plantea Casado cuando sostiene que “[e]l cuidado no se reduce a aliviar el dolor y otros males físicos, sino que incluye también al sufrimiento, la anticipación o el recuerdo de un mal que acecha a la integridad personal.” (Casado, 2008, 189), perspectiva concordante con la mirada macIntyreiana sobre el particular. Frente a ello, la propuesta de estas líneas en torno a considerar la representación como parte del concepto de cuidado, podría ser visto como específicamente referido al plano del «cuidado social». Ello, pues de lo que se trata es de dar voz a quienes no cuentan con capacidad de razonamiento ya sea por enfermedad y/o por discapacidad, lo cual merma la integridad personal en términos de las posibilidades de situarse como razonadores prácticos

independientes, como es la aspiración del autor. De esta forma, el cuidado social contribuiría a la sociedad política en su conjunto, mediante la incorporación de nuevas voces o perspectivas que puedan estar silenciadas por falta de representación. Esto se afirma en la consideración macIntyreiana en torno a que en casos como estos no se trataría de la defensa de intereses particulares, sino siempre compartidos.

En tercer lugar, se recoge de lo expuesto la configuración de una imagen de sujeto hacia quien va dirigido el cuidado como un ser activo, contrariamente a su tradicional consideración como paciente/pasivo. En este sentido, "la ética asistencial justifica y promueve el derecho de toda persona adulta a planificar sus cuidados" (Casado, 2008, 188). A ello pueden contribuir, entre otros, acciones específicas como los llamados testamentos vitales, el consentimiento informado o las voluntades anticipadas. Ciertamente, en los planteamientos de MacIntyre es visible la conformación de una figura de sujeto que va en la dirección aludida, por medio del énfasis en la configuración de «razonadores prácticos independientes» capacitados para la deliberación. No obstante, al calor de los planteamientos macIntyreianos no es posible hablar de un sujeto de derechos propiamente tal. Pese a ello, la temática de los derechos aflora con fuerza, especialmente hoy en día en relación con la sanidad y las consiguientes obligaciones que a su respecto tiene el Estado para con sus ciudadanos. Desde un prisma normativo, la sanidad aparece como un derecho que debe ser tanto reconocido como protegido por los distintos ordenamientos jurídicos en consideración con la valía que encarna. Dentro de ello, en consecuencia, el cuidado emerge como dotado de ese carácter de prerrogativa irrenunciable, aunque no es precisamente este el modo en que MacIntyre lo visualiza. Conocida es la postura crítica del autor respecto de la Modernidad y el ideario ilustrado, en cuyo seno los derechos humanos son un elemento fundamental. Como es sabido, MacIntyre sostiene al respecto que "[l]a mejor razón para afirmar de un modo tan tajante que no existen tales derechos, es precisamente del mismo tipo que la mejor que tenemos para afirmar que no hay brujas, o la mejor razón que poseemos para afirmar que no hay unicornios: el fracaso de todos los intentos de dar buenas razones

para creer que tales derechos existan.” (MacIntyre, 1987, 95-96), por tanto, dicha configuración. Ciertamente es que no se trata de una falta de sensibilidad respecto de lo humano por parte del autor, prueba de ello es la reflexión desplegada a lo largo de *Animales racionales...* No se opone a la idea de derechos humanos con afán de desmerecer a éstos, sino que apoyado en una concepción del mundo y de la sociedad diferente al prisma liberal en que se enmarcan tales derechos; una concepción que pone en el centro la idea de bien común y el desarrollo de las virtudes. Será, para MacIntyre, un comportamiento virtuoso el que llevaría a concretar una práctica como el cuidado. Lo que está en juego son dos visiones contrapuestas respecto de conceptos como lo bueno o lo justo; los derechos humanos se adscriben, como se sabe, a este segundo ámbito, dejando el primero al arbitrio de personas privadas interesadas en llevar adelante sus propios proyectos de vida buena o de realización.

Unido a ello, en cuarto lugar, la imposibilidad de ubicar el discurso de los derechos humanos en el contexto macIntyreiano lleva a visualizar otra limitación añadida, a saber, la que dice relación con el despliegue de una perspectiva de género en torno a la temática del cuidado, algo que actualmente resulta imposible eludir. Ciertamente, la actividad de cuidar ha estado tradicionalmente asociada a lo femenino y específicamente a las mujeres como dispensadoras de cuidado para otros/as. Desde la filosofía, tanto en sus vertientes ética como política, se ha reflexionado sobre el particular y buen ejemplo de ello es la contraposición entre el enfoque de las denominadas «éticas de la responsabilidad» versus las «éticas del cuidado»¹¹. En la esfera de la sanidad, en tanto, es aún mayormente patente esta diferenciación entre lo masculino y lo femenino en relación con el cuidado. ¿Qué ocurre con MacIntyre a este respecto? Pues que no sólo invisibiliza casi por completo el tema, sino que además las pocas menciones que es posible encontrar a lo largo de su obra se dirigen a reproducir el orden patriarcal en términos de la asociación entre lo femenino y una cierta naturaleza cuidadora. En el caso de la infancia, refuerza el rol de la madre como cuidadora sin alusión alguna al rol paterno ni menos a la idea de responsabilidades compartidas y llega a hablar incluso de un «cuidado sin condiciones».

En quinto término, cabe una breve reflexión en torno al concepto de cuidado y los principios de la bioética. Como se reconoce, en el contexto de una sociedad ética la sanidad hace suyos los planteamientos de la bioética (Siurana, 2009), por tanto son también ellos puntos de reflexión para los profesionales que en dicho ámbito se desempeñan. Ciertamente, las nociones de autonomía beneficencia, justicia y no maleficencia han tenido un desarrollo propio que se advierte signado por la necesidad de adecuación a los contextos espacio-temporales en que se despliegan. En virtud de esto, la práctica misma del cuidado se encuentra hoy en día cruzada por un conjunto de interrogantes y de nuevos desafíos en relación con la concreción de los principios aludidos, en el marco de una relación asistencial que tiene al cuidado como centro de su quehacer. En dicho escenario, los principios de autonomía y de justicia parecen requerir especial atención, dada la multiplicidad de miradas que en torno a ellos es posible desarrollar.

Así, en relación con la autonomía, resulta del todo provechosa la reflexión de Cortina en torno a la tensión visible entre la noción kantiana de autonomía y la encarnada en la práctica médico-asistencial y recogida en el ya ampliamente conocido *Belmont Report*¹². En efecto, no es posible advertir en Kant una preocupación específica por el vínculo dialógico entre médico y paciente, sino que se recoge la preocupación por “una conducta racional en lo que respecta al propio cuerpo, con lo cual se evitan enfermedades” (Cortina, 2001, 237). Desde la perspectiva del informe aludido, en tanto, la preocupación no está centrada en el logro de leyes morales universales, sino que en decisiones concretas en contextos específicos y acotados. Así, mientras que, “[l]as normas y las leyes pretenden valer para regular acciones semejantes [...] la decisión que ha de tomar el paciente corresponde a *su* caso concreto, depende de su biografía, de su *pathos* actual, de su relación con el entorno, de su jerarquía de valores, de su noción de lo que para él es el bien, y es, por la concurrencia de estos y otros factores, única.” (Cortina, 2001, 237)¹³.

En relación con el principio de justicia, en tanto, se está en presencia de un precepto de gran magnitud, que se despliega no sólo en relación con el abordaje de casos particulares, sino también como sustento

orientador del quehacer sanitario. En efecto, como bien se reconoce, un elemento aglutinador de la práctica de los profesionales sanitarios dice relación con el contexto que engloba su quehacer, el cual, a juicio de Gracia, está regido por el criterio de justicia general en tanto "marco de referencia de todo juicio ético concreto" (Gracia, 1998, 15) en virtud del cual cabe determinar deberes de justicia en relación con el cuidado de la salud por parte de los actores involucrados, incluido el Estado. Como se reconoce, "[c]uidar es una práctica íntimamente ligada a las «virtudes del reconocimiento de la dependencia» que orientan la ética asistencial" (Casado, 2008, 173). Esto es, que el cuidado emerge como una tarea capaz de conciliar las nociones de generosidad y de justicia para trascender así a la mera buena voluntad y situarse también en el plano de las demandas a la sociedad en su conjunto. De esta forma, ya sea por medio de decisiones políticas, de normas de justicia y de apertura no sólo a quienes tienen posibilidades de expresarse en el contexto deliberativo, sino también a sus representantes, es posible visualizar la práctica del cuidado en un sentido más extenso. A la luz de MacIntyre, entonces, la justicia no remite sólo a problemas de distribución de bienes y/o recursos, con la consiguiente pretensión de simetría e imparcialidad, sino que muestra sus exigencias tanto en las relaciones cara a cara como en el ámbito público.

En sexto lugar, se releva, en concordancia con lo expuesto, una ampliación y a la vez un enriquecimiento de la noción de salud propiamente tal. Ciertamente, los valiosos elementos que se desprenden de los planteamientos de MacIntyre, sumados a aquellos provenientes de la bioética, contribuyen a la conformación de una noción ampliada de salud que trasciende a su "pobre" consideración como ausencia de enfermedad, pero también a aquélla "utopía" del completo estado de bienestar físico, mental y social, ambas, configuraciones provenientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en distintas épocas. Como se reconoce, "[I] a salud de hoy [...] es la denominada salud sostenible: un bienestar razonable y prudente que haga posible desarrollar una vida social valiosa. Es la salud como capacidad humana básica, como oportunidad o posibilidad de vida que permita perseguir nuestros objetivos vitales

e interactuar en el marco social.” (Seoane, en: Casado, 2008, 14). En consecuencia, se trataría de un concepto de salud que, incorporando la noción de cuidado como inherente a ella, posibilite el despliegue de los seres humanos como razonadores prácticos independientes capaces de imaginar futuros posibles, siguiendo formulación de MacIntyre.

Aún más radical en este sentido es Gracia, para quien la salud no es ya un valor absoluto, sino que forma parte de las capacidades para llevar adelante determinados proyectos de vida, para lo cual es preciso, justamente, desarrollar “la capacidad de apropiarse el propio cuerpo” (Gracia, 1998, 15) con miras a la consecución de tales proyectos vitales. A ello contribuye la idea macIntyreiana en torno a que el ser humano no sólo tiene un cuerpo, sino que es su propio cuerpo. Haciendo una lectura de esta idea a la luz de Gracia, entonces, apropiarse del cuerpo de uno es tomar posesión de la propia vida, hacerse cargo de la propia vida reconociendo que los padecimientos corporales son, ante todo, un sufrimiento del ser humano en su integralidad, no sólo algo externo o meramente físico.

Finalmente, otro nutritivo elemento de análisis dice relación con la articulación entre ética y tecnología en el campo de la salud, junto con los consiguientes desafíos que ello representa para los profesionales sanitarios. Como es posible observar, históricamente dichas esferas se han visto como escindidas, tanto en sus prácticas como también en relación con las reflexiones teóricas que a ellas subyacen, especialmente en cuanto a los dos tipos de racionalidad que operan a la base en cada caso y que moldean dos versiones de la razón, a saber, una de tipo moral y otra de corte técnico, cuyos acentos particulares estarían, por una parte, en los valores de justicia y solidaridad, mientras que, por otra, en los objetivos de eficacia y eficiencia. Sin embargo, ¿es posible seguir sosteniendo tal dicotomía actualmente? Claramente, la complejidad de la sociedad de hoy, a la vez que demanda esfuerzos de especialización cada vez más exhaustivos, evidencia también la necesidad de articulación de saberes diversos. Esto que pudiera parecer una visión contrapuesta entre facticidad y prisma normativo se difumina, no obstante, cuando se incorpora a la reflexión la dimensión ética del quehacer profesional, en

donde resultan patentes, a la vez que infructuosas, ciertas limitaciones autoimpuestas como supuestos "sellos" de calidad o desempeño óptimo. Ello, dado que "tan inhumana es una ética que no se percata de que la eficacia y la eficiencia son valiosas para la vida, como es inhumana una tecnología que no se da cuenta de que está al servicio de una vida verdaderamente humana." (Cortina, 1998, 25).

4. Epílogo

Para cerrar lo expuesto en las líneas precedentes, unos breves apuntes finales. Primero, es posible advertir que a los planteamientos del autor subyace una reflexión sobre la desigualdad entre los seres humanos que está plena de sentido en el escenario actual. Sus palabras responden a una constatación basal: cuando se habla de seres humanos no necesariamente se está en presencia de agentes racionales formados, con capacidades, dispuestos a la deliberación, son que -por el contrario- se evidencia la distancia con el horizonte de los razonadores prácticos independientes. Hablar de desigualdades es, ciertamente, siempre valioso y necesario. Empero, de lo expuesto se recoge una visión un tanto abstracta de desigualdad, en términos de las omisiones respecto de situaciones que afectan de manera diferenciada a los seres humanos, dependiendo de ciertos rasgos como la edad, el sexo, la procedencia étnica o el nivel socioeconómico, entre otros.

Segundo, se releva también el valor de la solidaridad, porque ésta es parte de la configuración de cuidado abordada en estas líneas. Se trata de una solidaridad que nace de la mutua dependencia que aflora en el despliegue intersubjetivo de los seres humanos.

Tercero, ciertamente la incorporación activa de la perspectiva de los diferentes actores en el proceso de cuidado, y ello especialmente en el ámbito de la sanidad, puede servir de elemento legitimador de la práctica de las profesiones sanitarias. Esto implicaría que la legitimidad de un determinado quehacer no sólo radica en el cúmulo de conocimientos con que se cuenta para ello ni menos en el prestigio social de ciertas

actividades, sino que se afirma también en la forma en que se lleva a la práctica, respetando la condición de razonadores prácticos e independientes de todos los involucrados.

Finalmente, es posible señalar que MacIntyre brinda elementos enriquecedores para una lectura de las prácticas profesionales en el ámbito sanitario, aún teniendo en cuenta sus limitaciones. Su abordaje hace surgir nuevas ideas y también nuevas interrogantes para continuar la reflexión, algo que siempre ha de agradecerse.

Bibliografía

- Casado, Antonio (2008): *Bioética para legos. Una introducción a la ética asistencial*. Madrid, Plaza y Valdés.
- Cortina, Adela (2001): *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid, Tecnos.
- _____ (1998): Ética, tecnología y salud. En: *Ética y salud*. María del Mar García Calvente. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, pp. 25-38.
- Gafo, Javier (1997): *10 palabras claves en bioética*. Navarra, Verbo Divino, Estella.
- Gracia, Diego (2007): *Fundamentos de bioética*. Madrid, Triacastela.
- _____ (2004): *Como arqueros al blanco*. Madrid, Triacastela.
- _____ (1998), Ética, salud y servicios sanitarios. En: *Ética y salud*. María del Mar García Calvente. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, pp. 11-24.
- Heidegger, Martin (2002): *Ser y tiempo*. Santiago, Universitaria.
- MacIntyre, Alasdair (2001): *Animales racionales y dependientes: por qué los seres humanos necesitamos las virtudes*. Barcelona, Paidós.
- _____ (1987): *Tras la virtud*. Barcelona, Crítica.
- Siurana, Juan Carlos (2009): *La sociedad ética. Indicadores para evaluar éticamente una sociedad*. España, Proteus.
- Stein, Edith (1997) *Obras completas*. Burgos, Monte Carmelo.

Notas

1. Énfasis del autor.
2. Para mayor precisión, posteriormente Gracia fundamentará su posición en torno a la relevancia del papel de la familia en el proceso de mejoramiento de la salud de un enfermo, razón por la cual concluye que no se ubica en el tercer lugar tras este

último y el médico, sino que al lado del enfermo mismo, especialmente en aquellos casos en que deben asumir la defensa de la autonomía de aquél cuando no está en condiciones de hacerlo por sí mismo.

3. Una referencia ineludible a este respecto lo representa Heidegger y su perspectiva del cuidado de sí y del cuidado del otro como característica inherente al *Dasein*. En este sentido, el cuidado de sí o de los otros adopta la forma de la solicitud, pues en relación con el *Dasein* "no es posible "ocuparse" sino que es objeto de solicitud (*Fürsorge*).". Esta solicitud puede desplegarse de dos maneras. Una, en la que "en vez de ocupar el lugar del otro, *se anticipa* a su poder-ser existencial, no para quitarle el "cuidado", sino que precisamente para devolvérselo como tal. [Esta solicitud...] que esencialmente atañe al cuidado en sentido propio, es decir, a la existencia del otro, y no a *una cosa* de la que él se ocupe, ayuda al otro a hacerse transparente *en su cuidado y libre para él*". La segunda forma de despliegue del cuidado apunta, por el contrario, a reemplazar al otro en dicha tarea. En este caso, la solicitud "asume por el otro aquello de que hay que ocuparse. El otro es arrojado de su sitio; retrocede, para hacerse luego cargo, como de cosa terminada y disponible, de lo que constituía el objeto de su ocupación, o bien para desentenderse por completo de ello." Desde esta óptica, "en este tipo de solicitud, el otro puede hacerse dependiente y dominado, aun cuando este dominio sea tácito y le quede oculto a él mismo. (Heidegger, 2002, 146, 147).
4. Obra aparecida originalmente en inglés en 1999. Ver datos editoriales en bibliografía al final del texto.
5. Cabe precisar que el florecimiento no estaría restringido a la especie humana, sino que puede extenderse a otras de tipo animal o vegetal, aunque de manera distinta en cada caso, pues "no florece igual el delfín que el gorila y el ser humano, pero el concepto de florecimiento que se aplica a las distintas especies animales y vegetales es exactamente el mismo; de la misma manera que se aplica el mismo concepto de necesidad. Lo que necesita una planta o un animal es lo que necesita para florecer *qua* miembro de su especie, y lo que necesita para florecer es desarrollar las facultades características que posee *qua* miembro de esa especie." (MacIntyre, 2001: 82).
6. A este respecto, y también en nota a pie de página, MacIntyre menciona las que son a su juicio dos excepciones. Por una parte, el *Emilio* de Rousseau. Por otra, la obra *The Philosophy of Childhood*, de Garreth B. Matthews, editada en 1994 por Harvard University Press.
7. Cabe mencionar que a juicio de Diego Gracia, desde el prisma de la historia de la bioética, y específicamente en relación con la tradición política desarrollada a su amparo, ya no sólo es posible entender la relación médico-enfermo como constituida por dos partes, sino que se reconoce la 'presencia' de terceros en el proceso de salud-enfermedad. ¿Quién encarna ese tercer actor que convierte esta tríada en tríada? En términos globales, el autor utiliza el concepto «sociedad», la cual puede asumir caras más específicas, tales como la familia, las instituciones sanitarias o el Estado.
8. The Hastings Center Report, nov-dic, 1996. *The goals of medicine: setting new priorities*.
9. Remite esto a "la clásica distinción entre *curar* y *cuidar* [...] mostrando que la sanidad debe intentar cuidar, pero no por eso no tiene nada que hacer con quien no puede ser curado." (Cortina, 1998, 34). Cursivas de la autora.

10. Con esto alude el autor a las metas propuestas por The Hastings Center recién expuestas.
11. Sobre el cuidado como actividad femenina, desde la reflexión filosófica, se encuentran interesantes y gráficos planteamientos en la filósofa y religiosa cristiana Edith Stein, nacida en Breslavia en 1891 (en ese entonces territorio alemán). Fue discípula de E. Husserl, de ahí su orientación fenomenológica. En sus *Obras completas* se refiere a la vocación especial de la mujer para servir a otros de manera privilegiada, dada su "capacidad de empatía hacia el otro y sus necesidades" (Stein, 1997, 92).
12. Con ello se alude al informe elaborado en Estados Unidos en 1978 por la Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de Experimentación Biomédica, el cual "respondía a la urgente necesidad de dar una respuesta ética a los múltiples problemas que se estaban suscitando como consecuencia de los grandes avances biomédicos." (Gafo, 1997: 23).
13. Énfasis de la autora.