

**CÁTEDRA  
DE BIOÉTICA**



# DEJARSE CUIDAR

---

Un imperativo ético en la profesión sanitaria

Autora: Belén Marina Gómez Valcárcel

Directora: Prof<sup>a</sup>. Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> del Carmen Massé García

Madrid

Agosto 2022





CÁTEDRA DE BIOÉTICA

## DEJARSE CUIDAR

---

Un imperativo ético en la profesión sanitaria

Por

Belén Marina Gómez Valcárcel

Visto Bueno de la Directora

Prof<sup>a</sup>. Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> del Carmen Massé García

Fdo.

Madrid – Agosto 2022



## SUMARIO

SUMARIO	<b>V</b>
SIGLAS Y ABREVIATURAS	<b>VII</b>
INTRODUCCIÓN	<b>11</b>
1. EL PROFESIONAL SANITARIO COMO SUJETO VULNERABLE Y VULNERADO	<b>15</b>
2. LA ÉTICA DEL CUIDADO: EL PROFESIONAL SANITARIO COMO OBJETO DEL CUIDADO	<b>51</b>
3. ALGUNAS PROPUESTAS ÉTICAS DEL CUIDADO DEL PROFESIONAL SANITARIO	<b>77</b>
CONCLUSIONES	<b>95</b>
BIBLIOGRAFÍA	<b>103</b>
ÍNDICE GENERAL	

---

---

---

## SIGLAS Y ABREVIATURAS

Apdo.	Apartado
A. T.	Antiguo Testamento
CEA	Comité de Ética Asistencial
CoP	Comunidades de Práctica
DDB	Desclée De Brouwer
Dir.	Director
Ed.	Editor
Ibíd.	Ibídem
Id.	Idem
OCM	Organización Médica Colegial
ss.	Siguientes
UPComillas	Universidad Pontificia Comillas de Madrid





“Peregrino del mundo,  
sí miras con todos los ojos,  
amarás con todos los corazones”  
(R. M. del Valle-Inclán)

*In memoriam  
de mis hermanos  
Guillermo y Gonzalo,  
quienes asumieron en sus personas  
un deficitario cuidado por  
parte de profesionales sanitarios.  
Hoy, desde donde están, nos cuidan.*

Mi agradecimiento a mis padres, a mis tres hermanos y tres hermanas, algunos ya en el cielo, otros transitando esta vida; con los que he aprendido el valor del cuidado y quienes sé que están pendientes de mí persona.

A mi comunidad Servidores del Evangelio de la Misericordia con quienes he vivido precariedad, intemperie, pobreza, amor fraterno, experiencia de providencia y cuidado unos de otros en medio de esas realidades. Quienes me han facilitado tiempo para poder bucear y aprender los entresijos bioéticos actuales.

A mis compañeros y profesores del Máster de Bioética por la inyección de esperanza que han sido en cada encuentro, reflexión conjunta y búsquedas por poner en el centro a los más vulnerables. Por sostener el deseo de apostar y creer en un mundo más ético.

A mi tutora del TFM y profesora la Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> del Carmen Massé por su dedicación, paciencia, inquietud, buen hacer y deseo de formar en nosotros biotecnistas del mañana. Por la mirada tan positiva y el ánimo que me ha transmitido en el transcurso del curso.

Agradezco también, desde lo profundo de mi ser, a tantos profesionales sanitarios con los que he coincidido en países desarrollados y en países en vías de desarrollo. Sus nombres, rostros, lágrimas, risas, luchas, venturas y desventuras compartidas están grabadas en mi corazón para siempre. Agradezco su confianza cuando en momentos de límite se han derrumbado ante mí y han mostrado su vulnerabilidad a la intemperie. También cuando han acogido mi fragilidad. Ellos son la razón que me ha llevado a profundizar en la vulnerabilidad y la ética del cuidado. No escribo sus nombres, son muchos, pero espero que si algún día cae en sus manos este trabajo puedan sentirse aludidos, ellos y tantos otros que hoy siguen dando lo mejor de sí mismos y que hacen que siga creyendo en la humanidad.



## INTRODUCCIÓN

La mañana del 6 de marzo de 2020 llegaba a España desde Filipinas. Había tenido suerte al conseguir un vuelo más o menos barato con una escala en Abu Dabi, en la mañana del 5 de marzo. El vuelo iba bastante lleno, todos con mascarillas FFP2. Consiguieron localizarme desde España por un mensaje de teléfono que recibió otra misionera la noche de Filipinas del 4 de marzo, mi hermano estaba ingresado en un hospital en Madrid.

Guillermo, mi hermano, creía que tenía gripe e intentaba controlarlo con ibuprofeno y paracetamol. Hablé con él por última vez el 27 de febrero, y me dijo que los síntomas que tenía eran: mucho cansancio, fiebre, dolor de cabeza y tos. Cuando me consiguieron localizar él estaba ya ingresado en la UCI, intubado, en coma inducido desde el día 2 de marzo. Parecía ser que la COVID-19 estaba haciendo estragos en sus pulmones y los intensivistas no sabían cómo iba a evolucionar. Hablé con mi madre quien estaba convencida de que era el virus de China. Mi cuñada no sabía qué estaba pasando, ni a ella ni a sus hijos les dejaban ir a la visita que había dos veces al día pues tenían síntomas. Tampoco a mis padres les dejaban acudir por ser personas de riesgo. Ese mismo 6 de marzo por la tarde me acerqué al hospital con una de las mascarillas FFP2 que las misioneras de Corea del Sur nos habían dejado después de la misión asiática que habíamos tenido.

Todavía recuerdo las miradas desconcertadas de los intensivistas, “ah, ¿vienes de Filipinas?, ¿eres médico? Miradas de miedo, de incertidumbre, de falta de control, de no saber qué decir. Silencio, en medio de una cierta angustia. Sin protocolos para el tratamiento. En algunos había frialdad, palabras cortantes y sospecha. En otros encontré superficialidad, falta de empatía, respuestas rápidas e imprecisas y en algunos de ellos deseo de salir corriendo. En los seis días que me dejaron ir, pues a partir del 12 de marzo no me dejaron volver, me informaron de la situación de mi hermano seis médicos distintos.

Uno de los últimos días, el jefe de servicio trató de informarme sobre la situación clínica de mi hermano y me dijo que no tenían epis para entrar en cada habitación, que la UCI ya estaba colapsada y que las familias de otros pacientes protestaban pues había llegado a sus oídos que había pacientes COVID-19 en esa UCI. Me miró muy serio, desesperado, estuvo mucho tiempo en silencio, con cara de preocupación y me dijo que no iba bien, nada más. Yo miraba desde el cristal a mi hermano y lo único que podía hacer era rezar por él, por sus

hijos, por las familias, por cada profesional sanitario que estaba allí, por los que entraban a cada habitación. Estaba la media hora que nos dejaban y me iba a informar de lo que podía y/o intuía a mi familia. A partir del 12 de marzo fueron informando a mi cuñada por teléfono cada día, hasta que la llamarón, un 22 de marzo, para decirle que mi hermano tenía fallo multiorgánico y que le iban a desconectar el respirador. A mi cuñada la dejaron ir para estar los últimos momentos. Guillermo, mi queridísimo hermano, con cincuenta años, padre de cinco hijos, el más pequeño de seis años, falleció a las 15 horas del 22 de marzo del 2020.

Ésta es una de las últimas experiencias en las que me he encontrado frente a la vulnerabilidad expuesta, manifestada de diferentes maneras, de los profesionales de la salud. Ha habido muchos contextos a lo largo de mi vida donde he tenido experiencia en carne propia y en carne de otros de esa vulnerabilidad. Me resuena desde hace tiempo algo que me dijo una amiga como un susurro: “y, ¿quién cuida del cuidador?, ¿quién se preocupa por ti?”

He tenido experiencia como médico de impotencia, fragilidad, vulnerabilidad, de sin sentido, agotamiento emocional, fracaso, incertidumbre, etc. Uno de mis primeros pacientes, cuyo nombre todavía llevo en el corazón y ya han pasado 27 años, día tras día me pedía que le matase, mientras yo intentaba mejorar su calidad de vida. Un infarto durante la noche, en silencio, sin testigos, cumplió con ese deseo. Recordaré toda mi vida ese momento de dolor cuando no tienes herramientas para mitigar el dolor existencial de otro. Esa experiencia me hizo crecer, madurar y reflexionar mucho.

En carne de otros sanitarios he recogido y abrazado frustración, miedo, sin sentido, impotencia, culpabilidad, agotamiento físico y emocional, experiencia o síndrome de impostor, muchas lágrimas en silencio, descontento, distrés emocional, *burnout*, estrés, abandono de la profesión, y un gran etc. La vulnerabilidad me ha visitado en muchos contextos: en terreno o países en vías de desarrollo, pero también en países que se dicen o nombran desarrollados.

Recuerdo a un gran amigo otorrinolaringólogo que en una guardia de un hospital importante de Madrid atendía a una misionera colombiana de mi comunidad. Nos daba las gracias por estar ahí cuando se desahogaba con nosotras después de una jornada de 24 horas, agotado e impactado al haber presenciado y tenido que atender un durísimo y grave *delirium tremens*.

En un hospital rural de Etiopía, en otro contexto totalmente distinto, viví con otras compañeras médicos, a diario, situaciones límite con muy pocos medios. Un día, que tampoco olvidaré, tuve que abrazar a una valiosísima pediatra llorando a mares, derrumbada, pues se cuestionaba su buen hacer tras la muerte de una pequeña de un año por malaria, no le

avisaron. Quince minutos antes había estado estable con el tratamiento que ella le había pautado.

Hace poco me contaba la hija de una amiga, auxiliar de clínica, que dejaba el trabajo y que no sabía si iba a volver. Una chica joven, feliz por poder ayudar y cuidar, pero que recientemente había sufrido en su cuerpo golpes y maltrato por parte de residentes demenciados y ahora mismo no era capaz de retomar el trabajo en ningún sitio.

Así podría seguir enumerando a tantos y tantas que dando lo mejor de sí mismos experimentan existencialmente que aquello que tanto aman, a lo que han dedicado lo mejor de sí mismos y de sí mismas, la vida, las fuerzas, se convierte en un difícil caballo de batalla.

Muchas investigaciones señalan a los profesionales de la salud como población de riesgo y vulnerabilidad al estar expuestos a estresores específicos propios de la profesión desempeñada que conllevan un impacto en el bienestar psicosocial y en su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (Cozzo, 2016, p. 8). Dichos profesionales crean importantes vínculos con las personas a las que cuidan llevándolos a priorizar las necesidades de éstas sobre las propias (Lemaire, 2017).

La intención de este trabajo es adentrarme, casi de puntillas, a la asignatura pendiente que es el cuidado de los profesionales sanitarios sabiendo que simplemente me estoy asomando un poco a una realidad que necesita, a mi modo de ver, ser tomada en serio y más después de la pandemia. Para ello, en el primer capítulo, trataré el concepto de vulnerabilidad buscando alguna posible definición que se ajuste al cometido que emprendo. Desde un marco antropológico abordaré las distintas dimensiones de la vulnerabilidad recuperando dicha vulnerabilidad como uno de los principios centrales de la bioética europea y el porqué de esa elección frente a los principios de origen americano. Me detendré en cómo se manifiesta en los profesionales sanitarios la vulnerabilidad ontológica y su relación con la alteridad y la responsabilidad, para terminar el capítulo profundizando y analizando las maneras en las que los sanitarios son vulnerados en su día a día.

En el segundo capítulo quiero abordar el estado actual de la ética del cuidado, los distintos autores que han reflexionado sobre dicha ética, sus aportes y sus límites. En busca de su razón de ser, reconociendo sus problemáticas y respuestas me adentraré en posibles itinerarios de fundamentación buscando elementos constitutivos que puedan ser articulados para ese ejercicio del cuidar. Trataré de dar más contención al concepto intentando enunciar lo categorial, esencial y trascendental de dicha ética. Terminaré el capítulo viendo cómo el cuidado de sí y el aporte de la *epiméleia*, el cuidado del otro y el cuidado de la institución tienen que ser articulados debidamente pues son la esencia de la ética del cuidar. Y

finalmente me detendré en el profesional sanitario como objeto del cuidado y los paradigmas que hay de fondo y que determinan la posibilidad o no de dicho cuidado.

Terminaré con el tercer capítulo señalando algunas propuestas del cuidado del profesional sanitario deteniéndome en las distintas dimensiones que han podido ser vulneradas y que necesitan ser restituidas. Indicaré algunas estrategias concretas que pueden ser implementadas para que se dé el cuidado al que todo profesional sanitario tiene derecho.

## 1. EL PROFESIONAL SANITARIO COMO SUJETO VULNERABLE Y VULNERADO

Todos somos vulnerables. Desde que nacemos hasta que morimos nos acompaña durante toda la vida, con diversos rasgos, ese ser frágiles, quebradizos (Torre, 2020, p.8). El profesional sanitario no se libra de dicha condición ontológica pues todos los seres humanos somos de carne y hueso, más aún, así nos necesitamos.

Vamos a intentar adentrarnos en el concepto de vulnerabilidad que más se ajusta a la reflexión sobre el profesional sanitario vulnerable y vulnerado. Nos ayudará para ello situarnos en un marco antropológico con cuatro claves o dimensiones donde percibimos que el sanitario es más vulnerable y/o puede ser vulnerado. Reconoceremos la actualidad de la vulnerabilidad como principio de la bioética europea. Nos detendremos en cómo se manifiesta esa vulnerabilidad ontológica en los profesionales sanitarios y cómo se articula con una ética de la alteridad y de la responsabilidad y terminaremos este capítulo concretando cómo, desde dónde y en qué sentido nuestros profesionales sanitarios son esos sujetos que han sido y son vulnerados.

### 1.1. Concepto de vulnerabilidad

La Real Academia de la Lengua Española (RAE) define vulnerabilidad como *la cualidad de vulnerable. Vulnerable es aquel que puede ser herido o recibir lesión física o moral*<sup>1</sup>.

Según Montero en su trabajo recogido en el libro: “*Vulnerabilidad. Hacia una ética más humana*”, el término “vulnerabilidad” no ha podido ser delimitado en su contenido, aunque desde el comienzo de este tercer milenio haya ido teniendo cada vez más relevancia en distintas disciplinas académicas como la psicología, el derecho, la sociología, la filosofía, la teología, la geografía, la medicina y la bioética (Montero, 2022, p. 35-42).

Vulnerabilidad como término aparece hace unos 50 años en el entorno académico y es considerado necesario, pero también polémico en su definición como un concepto

---

<sup>1</sup> Del lat. tardío *vulnerabilis*, y este del lat. *vulnerāre* 'herir' y *-bilis* '-ble'. En: <https://dle.rae.es/vulnerable>.

multidisciplinar, pero sin un uso compartido, generando confusión y a veces pareciendo ser invalidado como concepto.

Además de haber sido objeto de distintas valoraciones y connotaciones hay una variedad importante en sus definiciones que va desde una vulnerabilidad biológica, por la realidad acechante de la enfermedad y la muerte, a una vulnerabilidad social como consecuencia de las injusticias o inequidades sociales. Según la corriente filosófica contemporánea que se haya acercado al término encontramos distintos significados (Montero, 2012, p. 51-65). No es lo mismo la vulnerabilidad como dependencia (MacIntyre, 2001, p.15), que como fragilidad (Nussbaum, 1995, p. 30-31), o como el ser expuesto al otro (Lévinas, 1974, p. 123), o como desprecio (Taylor, 2001, p. 58 y Honneth, 1992, p. 80) o como labilidad del ser humano (Ricoeur, 1996, p. 355). Otra discusión que aparece con frecuencia es sobre la necesidad de diferenciar entre la vulnerabilidad compartida o común, por la condición contingente propia del ser humano, y las vulnerabilidades generadas por los sistemas socioeconómicos, la distribución de poderes y oportunidades, los contextos sociales, etc., cuyo artífice es el mismo ser humano (Montero, 2022, p. 134). Montero distingue tres dimensiones de la vulnerabilidad (Montero, 2012, p. 68):

1. Vulnerabilidad radical u ontológica que es la apertura, dependencia y fragilidad constitutiva del ser humano que está en estrecha relación con la corporalidad, con su condición de ser expuesto, su constitución social y su subjetividad.
2. Vulnerabilidad como labilidad. Debilidad constitucional de la condición humana universal que hace que el mal sea posible. Es el fracaso de la persona en su horizonte axiológico y/o religioso por el pecado y capacidad de vulnerar a otros.
3. Vulnerabilidad vulnerada. Posibilidad ontológica de padecer la herida (*vulnus*). Hace que la persona se posicione ante su propia vulnerabilidad o frente a la acción de otros sobre dicha vulnerabilidad.

El tema que nos ocupa se centrará más en la vulnerabilidad radical u ontológica y la vulnerabilidad vulnerada. Aquella vulnerabilidad humana que es ante todo *apertura* del ser humano situado entre lo finito y lo trascendente, *exposición* a la subjetividad propia y de los otros y *dependencia* radical de los demás, tanto para la conformación de su identidad como para alcanzar una autonomía interdependiente (Montero, 2022, p.135). Ahí es donde voy a situar la realidad vulnerable del profesional de la salud que es *apertura* de su ser entre lo finito, lo contingente y lo trascendente de la vida; es *exposición* a su propia subjetividad que jugará su baza en su quehacer diario como sanitario, en sus decisiones y posturas y

---



*exposición* a la subjetividad del otro en la relación médico-paciente, en su relación con otros compañeros de trabajo, con las familias; y *dependiente* de las relaciones que irán conformando su persona.

La vulnerabilidad humana es una realidad trascendental, universal y personal pero también es relacional e intersubjetiva. Hasta la autonomía es vulnerable y dependiente afirma de la Torre (Torre, 2020, p. 118). Dicha vulnerabilidad es también condición de posibilidad ya que desde el encuentro auténtico entre las personas en su vulnerabilidad puede hacer florecer capacidades espléndidas. El hecho de que el ser humano sea “estructuralmente” abierto, por tanto, vulnerable, es lo que le hace capaz de ese encuentro con el otro. La realidad es que dependemos unos de los otros y es ahí donde nace la capacidad de cuidar y dejarnos cuidar desde la ternura y la solidaridad. La vulnerabilidad no tiene por qué ser fragilidad que pesa o imperfección inevitable sino camino indispensable de hacernos más cercanos y humanos. Puede ser fuente, fuerza, resiliencia y capacidad transformadora (Torre, 2020, p. 106). Dirá Boné: “qué es la plenitud humana, solo lo capta quien mira hacia el horizonte de su vulnerabilidad” (Boné, 2010, p. 214).

Los seres humanos somos seres fronterizos, vivimos entre lo finito y lo trascendente por eso tenemos capacidad de vislumbrar caminos de reparación, de plenitud, crecimiento y comunión con otros (Trías, 2003, p. 11-12).

Como el objeto de este apartado no es el estudio exhaustivo del concepto de vulnerabilidad sino una aproximación que fundamente la vulnerabilidad común y propia de todo ser humano como ser finito, de la que participan también los profesionales de la salud, revisando la definición desde distintos ámbitos académicos voy a intentar acotarlo desde el punto de vista de una vulnerabilidad general, inherente u ontológica que se manifiesta en la existencia humana concreta. Todos somos vulnerables, aunque procedamos de distintos contextos socioeconómicos, culturales, ideológicos y religiosos. La vulnerabilidad es universal por la dimensión ontológica que define a la condición humana. Dicha vulnerabilidad tiene tres orígenes o notas constitutivas, afirma Montero: la *subjetividad* humana, la *corporalidad* del ser humano (con la posibilidad de enfermar y morir) y el carácter social o *intersubjetividad* (Montero, 2012, p. 67). El ser humano vive y se relaciona desde lo que le constituye, desde esa vulnerabilidad inherente, pero también desde aquello a lo que se encuentra expuesto en su peregrinar por esta vida: el infortunio (Nussbaum, 1995, p. 53), las propias emociones (MacIntyre, 2001, p. 15) y el desprecio (Honneth, 1992, p. 80), el falso reconocimiento (Taylor, 2001, p. 43-44) y la vulnerabilidad de los otros

(Lévinas, 1974, p. 123). Todo esto agudizará o transformará su vulnerabilidad originaria constitutiva.

Nos centraremos en la vulnerabilidad humana como capacidad que tiene el ser humano de ser afectado, corporal, mental, emocional y existencialmente por la presencia, el ser, o el actuar de alguien, o de algo, de otro (Lévinas, 1974, p. 122-123). Vulnerabilidad como apertura, permeabilidad, relacionalidad, transformación y comunicación. Desde un acercamiento positivo, como llamada o invitación a relaciones responsables de reconocimiento, solidaridad, protección amor y respeto; desde un acercamiento negativo, capacidad inherente del ser humano de ser herido, invisibilizado o incluso la posibilidad de que algo o alguien le quite la vida (Stalsett, 2015, p. 467).

Todo ser humano sin excepción, en medio de su peregrinar en esta tierra tiene, antes o después, experiencia de su condición vulnerable. El sanitario, en su acción profesional, está constantemente en contacto con realidades de vulnerabilidad que le interpelan y tocan su propia vulnerabilidad. El sociólogo británico Turner (Turner, 2006, p. 1 y 26) afirma que la vulnerabilidad define nuestra humanidad y que la experiencia de dicha vulnerabilidad corporal compartida es la base común para la comprensión de los derechos humanos. Los derechos humanos universales son consecuencia de la común vulnerabilidad (Turner, 2006, p. 9). Según Turner y otros, todos los seres humanos sienten dolor y humillación. Esa experiencia de dolor que surge de la vulnerabilidad corporal nos hace uno y esa capacidad de sufrimiento universalizado es fundamentación ontológica para los derechos humanos (Misztal, 2011, p. 42).

## **1.2. Dimensión antropológica de la vulnerabilidad**

La gran noticia sobre la condición humana es que el ser humano es capaz de asumir y hacerse cargo mental y emotivamente de la vulnerabilidad propia y de otros (Torralba, 2013, p. 25-32). En general a los sanitarios les es más fácil hacerse cargo de la vulnerabilidad de otros que asumir y hacerse cargo de su propia vulnerabilidad.

La vulnerabilidad no es algo privado es universal, es un rasgo propio de todo lo que existe en la tierra. Lo que cambia es la manera de sufrir y manejar dicha vulnerabilidad, eso sí es personal. Cada uno tiene unos rasgos culturales, sociales y religiosos, una sensibilidad diferente que le hará percibir y responder a esa vulnerabilidad propia y de otros de diferente manera (Torralba, 2013, p. 32). No se debe exponer la vulnerabilidad de otro, es algo tan íntimo, digno y frágil que merece ser tratado con ternura y delicadeza. Tampoco se debe

---

culpabilizar a nadie y nadie a sí mismo, por su condición vulnerable, pues dicha vulnerabilidad va asociada a la existencia.

Seguramente sea ésta una asignatura pendiente en los profesionales de la salud quienes muchas veces pasan por encima de sí mismos, de su vulnerabilidad, sin permitir que su cuerpo, que su vulnerabilidad se manifieste y pueda ser acogida, abrazada, curada, amada y contenida. La Dra. África Sendino escribirá en su diario (D'Ors, 2012): "He dedicado mi vida a ayudar a los demás, pero no he podido marcharme de este mundo sin dejarme ayudar por ellos. Dejarse ayudar supone un nivel espiritual muy superior al del simple ayudar. Porque si ayudar a los demás es bueno, mejor es ser ocasión para que los demás nos ayuden. Sí, lo más difícil de este mundo es aprender a ser necesitado".

De la Torre considera cuatro categorías claves de la dimensión antropológica de la vulnerabilidad (Torre, 2020, p. 112-116). Éstas nos van a dar el marco de reflexión para comprender los aspectos vulnerables del ser humano que, desde la toma de conciencia de esa realidad en todos, y así también en los profesionales sanitarios, pueden ser fortalecidos (Torre, 2017, p. 155-176).

a) *La corporalidad*

La corporalidad es una de las categorías antropológicas de la vulnerabilidad que ha sido recuperada por la bioética europea. En la filosofía del siglo XX se produjo un "giro corporal". La corporalidad se convirtió en un tema relevante de la reflexión y las propuestas socioculturales. Se empezó a comprender a la persona como una unidad. Se dejaría atrás la dualidad alma-cuerpo y la mirada negativa hacia el cuerpo.

No es posible curar sin corporalidad, sin tacto, sin el contacto. La herida, el *vulnus*, remite a la piel, al cuerpo. En la profesión sanitaria se tiene entre las manos la vida de un ser humano que se nos hace cercana en su cuerpo, que siente, transmite y agradece. Con toda la densidad de la persona. No es un cuerpo sin más, es la unidad de toda la persona, única en el mundo, con su biografía y misterio, que se confía entre las manos del sanitario.

El hombre enfermo, enferma todo y no sólo su cuerpo. Así la experiencia de la enfermedad precede y resiste a la abstracción de la antropología dualista (Torrallba, 2013, p. 25-32).

La enfermedad remite a la exposición, al desvalimiento y a la desnudez (Torre, 2020, p. 112). Lévinas entiende la vulnerabilidad como la exposición a otro (Lévinas, 1974, p. 123). Somos vulnerables a la vulnerabilidad del otro, nuestros cuerpos son vulnerables a la vulnerabilidad del otro (Torre, 2017, p. 155-176).

La vulnerabilidad nos hace más auténticos, sin máscaras como los niños, sin “tener poder”, sin defender la propia indigencia. Nos remite a la relación con el otro, a responsabilizarnos del otro pues su desnudez, su rostro, su cercanía, su confianza, su dejarse en nuestras manos, su vulnerabilidad, en definitiva, nos llama e interpela nuestra responsabilidad. No es algo que se elige sino algo que desde lo profundo de nuestra humanidad interpelada y se impone. Esa experiencia vital y diaria que vive cada profesional de la salud cuando no es ciego a la desnudez, ni esquivo a la mirada, ni tardo al tacto, aun con el riesgo de verse vulnerado, nos remite a la grandeza de la vulnerabilidad vulnerada por otro más vulnerado que genera, desde dentro, compasión y solidaridad (Torre, 2020, p. 113). Cuando la vulnerabilidad extrema de un rostro, un cuerpo necesitado, una mirada en unos ojos doloridos se clava en los de los profesionales de la salud, se sienten *im-potentes* para rechazar el compromiso que se les impone (Lévinas, 1974, p. 130).

Esa corporalidad finita y contingente, frágil y que se deteriora con las enfermedades y el paso del tiempo, nos recuerda a todos que un día se acabará nuestra existencia. Desde el primer minuto al nacer empezamos a morir, dirá Stalsett, pero también en todo proceso perecedero y de decadencia hay posibilidad de transformación, cambio, crecimiento y vida nueva (Stalsett, 2015, p. 464-479).

#### b) *Las emociones*

La vulnerabilidad suscita una emoción, ésta lleva a un sentimiento que provoca una decisión y elección que culmina en una acción. La vulnerabilidad crea un vínculo pues reclama una respuesta que puede ser acción compasiva, como es el cuidar y curar, o una acción de huida. Depende de cómo se gestionen dichas emociones y/o cómo se encuentre el profesional de la salud esa respuesta será estructurante o desestructurante en la persona.

La ética de los últimos tiempos ha dado un giro importante, ha pasado de la racionalidad que marginaba las emociones dando centralidad a la autonomía y al individualismo, a poner los sentimientos en el centro de la vida moral. Dicho giro emocional hace que podamos comprender la centralidad de la vulnerabilidad, cómo deberíamos ser conscientes de su existencia y aprender a gestionarla para que las emociones que suscita dicha vulnerabilidad se conviertan en aliadas para una respuesta adecuada.

Hay muchas situaciones en el entorno sanitario que por la realidad vital llevada entre manos pueden suscitar emociones intensas llevando a los profesionales de la salud al agotamiento emocional. Las emociones a veces alteran, trastornan, desubican y descontrolan a las personas pues cuesta integrarlas debido a la falta de consciencia emocional y de

---

regulación (Torre, 2020, p. 113). Es necesario aprender a expresar dichas emociones antes de que saturen, se vuelvan en contra o estallen incontroladamente como un volcán.

Determinadas circunstancias nos remiten anímicamente a la realidad ineludible y existencial de la propia vulnerabilidad. Cuando se sufre algún tipo de dolor propio o por los vínculos, el dolor de otros, dichas experiencias se interpretarán como epifenómenos de esa vulnerabilidad que nos constituye (Torralba, 2013, p. 31). Torralba considera que la autoconciencia de la vulnerabilidad transformará la vida de la persona de una manera que habrá un antes y un después. La toma de conciencia de la vulnerabilidad propia se producirá a través de varias experiencias personales que harán caer en la cuenta de lo que realmente somos. Se irá produciendo a lo largo de la vida y atravesará momentos de distinta intensidad según los acontecimientos vividos. La vulnerabilidad no es un misterio sino un hecho de la vida. La primera evidencia será la experiencia de la fragilidad personal, de los límites y de las fronteras que no se podrán cruzar. Es distinto asumir en cada momento la fragilidad de la existencia que vivir sin interiorizar la vulnerabilidad. La conciencia de la vulnerabilidad es inestable y vacilante, ya que a veces, como un mecanismo de supervivencia, se produce una huida o evasión de la vida cotidiana.

En algunos proyectos de salud en países en vías de desarrollo se palpa vulnerabilidad por todos lados, incertidumbre, falta de medios, finitud y muerte cada día. Esto provoca que profesionales sanitarios, voluntarios y cooperantes, los fines de semana recorran hasta seis horas desde los hospitales rurales a la capital, para desconectar en discotecas, hoteles, buscando otros ambientes. Demasiada densidad de sufrimiento a gestionar que lleva casi a una huida momentánea que seguramente no debemos recriminar. Esa búsqueda de otros contextos, de vivencias tan opuestas son casi “esquizofrénicas”. Cada uno intenta gestionar todo aquello como puede. Se hace necesario, bueno y urgente intentar buscar otras alternativas para desconectar. Conocer entornos cercanos, parques naturales para contemplar y recobrar las fuerzas e inyectar vida de nuevo. Visitar a las familias de compañeros autóctonos que trabajan en el mismo entorno y que en su sencillez de vida disfrutan de las cosas pequeñas. Sin lugar a duda el interiorizar, saborear y aprender desde esa experiencia intensa provocará un cambio y ayudará a ser mejores personas.

Ser vulnerable es constitutivo de la humanidad, pero no define todo lo que la humanidad es (Montero, 2022, p. 137). Como vamos viendo, según cómo la persona se posicione ante la propia vulnerabilidad y la de los demás la experiencia de dicha vulnerabilidad tendrá unas connotaciones, una vivencia y una expresión distinta. Es muy importante cómo se dé este posicionamiento especialmente en tantos seres humanos que,

en su quehacer cotidiano y profesional, en su acercarse a los “vulnerables” por excelencia, experimentan e intentan lidiar, consciente o inconscientemente, con su propia vulnerabilidad. El deseo es que esa vulnerabilidad se transforme en aliada y se acompañe en el intento de una buena praxis y en bien de todos.

c) *Los vínculos*

La vulnerabilidad es posibilidad de vínculo pues reclama una elección, una respuesta ante otro, una manera de relacionarse (Torre, 2017, p. 155-176). Interpela nuestra responsabilidad. La vulnerabilidad remite a la profunda necesidad de unos y otros pues no somos islas. El ser humano es un ser social y desde que nace necesita vincularse, eso es lo que le humaniza. En los inicios de una vida se pone énfasis en que el neonato se vincule a su madre, luego al padre, hermanos y resto de familiares, pues los vínculos primarios y afectivos son esenciales, forman parte del desarrollo humano normal dando al individuo seguridad, orientación y pertenencia. Por el contrario, la ruptura de los vínculos deprime, aísla y fragiliza.

La vulnerabilidad y la fragilidad nos hacen próximos y prójimos. Los vínculos vitales y cordiales, los vínculos de amistad, profesionales nos hacen comprensivos, amables, pacíficos y felices. Es en las relaciones donde nos hacemos responsables, amamos, maduramos, reconocemos y cuidamos. Por eso, como diría de la Torre, “cuando se da un reconocimiento de un vínculo, de una *ligatio*, se sigue una *ob-ligatio*, una obligación, se da un deber que siempre descansa en el vínculo” (Torre, 2017, p. 166). La vulnerabilidad toma una connotación positiva cuando se relaciona con el amor, la autenticidad y la entrega. Explicitar la vulnerabilidad propia puede ser vivida con miedo y humillación, pero cuando ésta es recibida con respeto, ternura y delicadeza, eso frágil y desprotegido no tiene por qué esconderse pues puede ser amado e incluso amable (Montero, 2012, p. 42-43).

En la práctica sanitaria se perciben claramente esos vínculos que se establecen cuando un paciente se pone en manos del médico, enfermero, auxiliar etc. El vulnerable deposita su confianza, su fragilidad en esas manos que se disponen a cuidar de él o ella. Y desde entonces esa persona se vincula con “nombres y apellidos”, con su historia y biografía al sanitario que ha aceptado el reto de hacerse próximo, cercano. Oiremos decir a los sanitarios: “fulanito o fulanita, mi paciente de la cama tal (...)” y nos parecerá normal ese artículo posesivo que muestra, de alguna manera, la *ligatio* que se ha creado y la *ob-ligatio* a la que hará referencia en la práctica sanitaria. Del vínculo nace la dignidad reconocida, el

---

compromiso, el don y el deber con el otro en un segundo momento. Primero es el vínculo, luego el deber de la respuesta.

Esos vínculos también se crean entre los profesionales sanitarios. La cooperación entre los profesionales sanitarios es vital en una tarea que trata con la vida de muchos. Si esos vínculos son sanos y se ayudan en la búsqueda de lo mejor para los más vulnerables se creará y construirá una red que podrá sostener la humanidad en momentos muy críticos. Esa experiencia con sus límites y fragilidades se vive en entornos de cooperación sanitaria, en países en vías de desarrollo y en situaciones extremas como la reciente pandemia, los tsunamis y las tragedias humanas que sacan lo mejor de la humanidad pues ese vínculo se fortalece para poder ayudar, es la solidaridad. La vulnerabilidad humana sería la permeabilidad necesaria para dejarse afectar por otros. Sería como la red del trapequista que cuando cae sabe que esa red protegerá su entrega y sus caídas.

Pero también ocurre que esos vínculos se malean por competitividad, envidias, heridas, falta de diálogo, maltrato, malentendidos e incluso agotamiento emocional, físico por la dedicación, los turnos, las horas interminables que hacen que el trabajo se convierta en rueda de molino que impide el buen quehacer y provoca más sufrimiento en todos. El que una profesión tan cargada de humanidad se convierta en una profesión que deshumaniza puede hacer que muchos decidan “desertar”. Si fuésemos del todo independientes o autosuficientes, impermeables, no nos podrían herir, pero estaríamos condenados a una insufrible y absurda soledad (Montero, 2012, p. 44).

#### d) *El cuidado*

Entendido como compasión, acogida y hospitalidad. Cuando el profesional de la salud se encuentra con la vulnerabilidad del paciente que pone su confianza, su vida, entre sus manos y se deja afectar estremeciéndose, dicho profesional no permanece igual, sino que responde solidariamente intentando mitigar el sufrimiento. Entra en juego la compasión, el dolor por los otros. Sin ella, si no se movieran las entrañas frente al dolor, la alegría, la injusticia que otros viven, si no sintiéramos, si no padeciéramos con cada otro, seríamos *analfabetos sentimentales* (Torre, 2020, p. 114). A veces ocurre en la práctica sanitaria que por una mal entendida supervivencia se intenta vivir poniendo barreras, defensas, tratando rápido o fríamente a los pacientes, cerrándose frente al sufrimiento y la felicidad. La realidad es que humanamente es difícil mantener esa coraza en una profesión cuyo centro es el sufrimiento.

Seguramente en algún momento de más cansancio o debilidad puede ser que esas barreras o defensas frente al sufrimiento se debiliten y haya una rendija donde se cuele el dolor del otro y toque las entrañas y surja la compasión. Entonces, lo más probable es que se agolpen todas aquellas realidades de sufrimiento de pacientes, en imágenes, palabras, pensamientos, miradas y lo que estaba acallado erupcione como un volcán de emociones que le puede llegar a jugar malas pasadas, a no ser que el profesional de la salud tenga una enfermedad que afecte a la capacidad de empatía, algún grado de asperger o un trauma, pero raro es que dicho profesional haya acabado en lo sanitario o si está, raro es que pueda permanecer.

La vulnerabilidad, al vivirla todos desde los inicios de la existencia, nos prepara de alguna manera para recibir y dar. Recibimos mucho primero de nuestros padres, también de nuestros tutores, hermanos, maestros, amigos y de la sociedad. Por eso la vulnerabilidad es acogida, pues para poder crecer, al ser limitados, necesitamos acoger. Nadie es tan autosuficiente como para no ser necesitado de algo ni tan necesitado como para no tener algo que ofrecer. Acogemos la ayuda, los consejos, los conocimientos compartidos, la sabiduría de otros, la ternura, la amistad siendo muchas veces poco conscientes de ser necesitados y acogemos al otro y compartimos lo que somos y hemos adquirido cuando el otro nos necesita. La vulnerabilidad de cada otro nos vulnera y esa necesidad de respuesta hace que en cada uno de nosotros surja la hospitalidad, el cuidado. Por eso hay algo positivo en esa vulnerabilidad que somos, esa vulnerabilidad es intrínsecamente buena y puede ser causa de alegría, pues en todo ser humano siendo vulnerable hay potencialmente una mutua y común solidaridad que nace de dicha vulnerabilidad (Stalsett, 2015, p. 467). Desde ese acercamiento se podría decir que la vulnerabilidad humana es un valor que debe ser protegido.

Dicha vulnerabilidad no es simétrica por lo que también existe el riesgo, -y esto a veces ocurre en la práctica sanitaria-, de ser mal asumida y generar competitividad y conflicto. Como en otras áreas de la existencia humana, al no reconocer la necesidad vital de sumar y colaborar con lo que cada uno es e inmerecidamente ha recibido, se pierde el don de la solidaridad que busca lo mejor para los más vulnerados. La tragedia es que lo que podría hacernos más felices con una vida más sencilla llegue a consumir fuerzas y alegría.

---



### **1.3. Principio de vulnerabilidad**

La *vulnerabilidad* aparece por primera vez en el ámbito de la bioética en el Informe Belmont, en 1979, en cuanto a la protección de los sujetos humanos en investigación (Informe Belmont, 1979, p. 7). En los trabajos dirigidos por Kemp (1995-1998) y financiados por la Comisión Europea nace el principio de vulnerabilidad como esencial en la bioética europea frente al principialismo norteamericano (Rendtorff y Kemp, 2000, p. 45-46). La bioética europea considera la vulnerabilidad como clave, anterior y prioritaria a los otros tres principios europeos (integridad, dignidad y autonomía), teniendo un enfoque más holístico y social pues se quiere proteger no sólo a la persona en individual sino a la humanidad.

La vulnerabilidad abre a una bioética más relacional, preocupada por la responsabilidad social, la cooperación, el bien común y el Estado de bienestar (Torre, 2020, p. 107). Constatamos que al considerar la vulnerabilidad como un principio clave desde el cual hacer una valoración bioética se afirma el deseo de priorizar una tradición más humanista, teniendo en cuenta a los más vulnerables y a los vulnerados. Hay que reconocer que, aunque no haya sido habitual en la sociedad quizás por las connotaciones negativas a la hora de aceptar y asumir la propia vulnerabilidad, se debería incluir y tener en cuenta a aquellos y aquellas que en el ejercicio del cuidado han topado con su propia vulnerabilidad.

La vulnerabilidad, siendo un principio europeo esencial, por perspectiva histórica y contexto sociocultural junto con la dignidad y la integridad tienen, por así decirlo, más peso en el contexto europeo que la autonomía principialista aunque ésta también forme parte de los principios europeos. Europa tiene una tradición humanista que es previa al utilitarismo. Dicha tradición expresa fundamentalmente el respeto a la vida y la singularidad de cada persona.

La primacía del principio de autonomía en los sistemas sanitarios y la exigencia de ser autónomo para poder ser digno de respeto había dejado en segundo plano la vulnerabilidad. Los principios europeos rescatan una realidad que nos constituye y nos acompaña y acompañará a todos los seres vivos hasta el final de nuestros días en esta tierra ya que todo lo viviente es susceptible de enfermar y morir. Por eso es necesario tenerla en consideración, aunque se tengan que dar diversos sentidos a su uso bioético: ontológico (finitud de la condición humana), fenomenológico (receptividad personal), natural (fragilidad e irremplazabilidad), médico (fragilidad de la vida del paciente), cultural

(fragilidad de las tradiciones y costumbres sociales) y social (vulnerabilidad de grupos sociales particulares y más desfavorecidos de la sociedad), por ser un concepto muy amplio (Rendtorff y Kemp, 2020, p. 45-56).

El progreso científico ha pensado en la vulnerabilidad en su sentido de finitud como algo a superar. Al no reconocer la vulnerabilidad como un aspecto inherente se ha querido eliminar. De hecho, se intenta evadir toda referencia a la muerte. Nuestras sociedades occidentales esconden o pasan rápido la cuestión de la muerte, pero ésta sigue siendo para todos ineludible. Y surge la pregunta, ¿qué tipo de humanidad estaríamos creando si no hay cabida a la finitud, el sufrimiento, la vulnerabilidad y la muerte? Una visión unidireccional no tiene en cuenta el significado del sufrimiento y la vulnerabilidad y esto es algo complejo en la vida de las personas. La realidad es que la muerte no está superada y de momento no se superará en el sentido biológico y existencial.

Así la condición finita del ser humano, su ser mortal, debe ser defendido como algo muy importante y que vida y muerte están conectadas y el ser perecederos se debería considerar como un “don de la vida” que requiere respeto. La temporalidad es una condición básica para ser felices. La única razón de por qué la vida es importante y tiene sentido es porque tenemos una existencia temporal condicionada por la muerte. La vida humana perdería todo significado si existiéramos para siempre. Por lo que paradójicamente la finitud y la vulnerabilidad humana determinan nuestro deseo de sentido y belleza (Rendtorff y Kemp, 2020, p. 50).

Callahan señalará la necesidad de entender todas las dimensiones de la realidad desde la rica perspectiva de la vulnerabilidad (Rendtorff y Kemp, 2020, p. 47). Y Habermas afirmará que la vulnerabilidad humana es la base de la ética y el fundamento del cuidado, la empatía y la responsabilidad (Rendtorff y Kemp, 2020, p. 49).

En el artículo 8 de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005, se señala *el respeto a la vulnerabilidad humana y a la integridad personal*, y así se universaliza (Unesco, 2005).

La importancia de la elección de los principios europeos y en concreto el principio de vulnerabilidad está en que pone de relieve lo que somos y por tanto lo que debemos proteger.

#### **1.4. Vulnerabilidad del profesional sanitario**

La experiencia de vulnerabilidad está íntimamente arraigada en el ser humano, también en el profesional sanitario. Desde la raíz íntima de nuestro ser somos radicalmente vulnerables. Somos seres necesitados. Necesitamos agua, alimentos, casa, seguridad, libertad

---

y soberanía, valores e identidad cultural, relacionarnos, ser reconocidos, etc. (Torralba, 1998, p. 241).

El ser humano es una unidad orgánica y estructural que goza de una integridad corpórea, psicológica, social y espiritual. Es un ser pluridimensional que establece vínculos con sus semejantes y con el entorno cercano que le rodea y hoy virtualmente con el que físicamente queda más lejos. Pero esta unidad estructural y relacional no permanece inalterable, sino que está constantemente amenazada por elementos propios y ajenos: sufrimiento, enfermedad, vejez, exclusión, marginación, abandono, muerte etc.

Dirá Torralba que “no se necesita recurrir a la abstracción filosófica para percatarse de este hecho tan universal y enlazado a la condición humana. Es un hecho de experiencia personal, colectiva y cotidiana. Instintivamente, nos damos cuenta de nuestra vulnerabilidad mucho antes de empezar a pensar filosóficamente la realidad” (Torralba, 1998, p. 242).

Todo en el ser humano es vulnerable, no sólo lo somático o biológico, sino todas y cada una de sus dimensiones fundamentales. Vulnerable físicamente pues está sujeto a la enfermedad, al dolor y a la decrepitud y por ello necesita cuidarse; vulnerable psicológicamente, su mente es frágil y necesita cuidado y atención; vulnerable desde el punto de vista social, susceptible a tensiones y heridas sociales; además es vulnerable espiritualmente, su interioridad puede ser manipulada. Su mundo relacional, su vida, obrar, pensamientos, sentimientos y emociones, sus sueños y deseos son vulnerables.

Voy a señalar algo referido a la vulnerabilidad ontológica, (por ser aquella que se asocia a lo intrínseco del ser que nos constituye a todos), la vulnerabilidad que se da en el encuentro con el otro, (porque el profesional sanitario en su trabajo diario entabla una relación con el paciente, las familias de los pacientes, los compañeros de trabajo, etc.) y una vulnerabilidad por la responsabilidad que asume en el ejercicio de la profesión.

#### 1.4.1 *Vulnerabilidad ontológica, intrínseca a todo ser humano*

Existen distintos grados de vulnerabilidad. El primer grado se refiere al ser, a la entraña del ser humano, a su constitución ontológica. Un ser vulnerable no es un ser absoluto ni autosuficiente sino dependiente, limitado y radicalmente determinado por su finitud (Torralba, 1998, p. 245).

El profesional de la salud en su interior sabe de dicha finitud propia y ajena pues la palpa a diario en aquellos que ponen en sus manos su fragilidad y la saborea en su propia persona. Experimenta dicha finitud en sus conocimientos, en la incertidumbre en la respuesta de un paciente a uno u otro tratamiento, en la falta de certeza a la hora de vaticinar el pronóstico o la evolución de la enfermedad.

Hoy día, en nuestros contextos occidentales, cuando comienza la vida de un ser humano es normal que estén presentes uno o varios profesionales sanitarios, ahí se percibe la fragilidad de la vida en sus inicios. Un ser vulnerable que no es un ser necesario, sino contingente. Es, pero podría no haber sido jamás. Y sin embargo desde su concepción, para los suyos, es alguien a quien cuidar, único e irrepetible. También lo será para los que ponen sus capacidades, conocimientos y esfuerzos para que esa vida salga adelante.

El dominio total de la vulnerabilidad es imposible pues todo ser humano sano, incluso el más autónomo, hasta el mismo profesional que se dedica a curar y cuidar, está expuesto a la herida (*vulnus*) por lo que puede sufrir, envejecer, enfermar y llegar a la máxima vulnerabilidad que es la muerte (Torralba, 2002, p. 9).

El profesional sanitario experimenta cómo toda esta realidad de finitud se impone en su diario vivir, en él y en los que le rodean, aunque luche y trate por todos los medios de curar sabe en su interior que ese ser mortal nos acompaña a todos y contra eso no tiene ninguna medicina. Eso le hace también vulnerable<sup>1</sup>.

#### 1.4.2 *Vulnerabilidad y alteridad (en el encuentro con el otro)*

La ética de la alteridad de Lévinas aporta una reflexión importante en referencia a la vulnerabilidad. Algo he señalado anteriormente. El yo es vulnerable a la vulnerabilidad del otro. El planteamiento de Lévinas acerca de la vulnerabilidad del rostro del otro y la manera en que vulnerabiliza a quien lo reconoce es central. Lévinas afirma que el otro hombre manda desde su rostro desnudo, despojado, de tal manera que cuando éste primero se pregunta o se inquieta por la salud del otro hombre, casi “obliga”, por así decirlo, a que se dé la inmortalidad, a pesar de la certeza de que todos los hombres son mortales. Así cada muerte vuelve a ser un nuevo “primer escándalo” (Lévinas, 1974). En ese primer hombre que se pregunta o inquieta por la salud del otro hombre, que pone todo de su parte en el curar o por lo menos en el cuidar, podemos reconocer al profesional sanitario en su quehacer diario.

Éste, cuando vive desde ahí su profesión, no podrá ser indiferente a la evolución de cada paciente en concreto. El paciente no será “el paciente de la cama tal”, sino será alguien único, con nombre y apellido. Muchos profesionales sanitarios llevan en el corazón cantidad de nombres, situaciones, realidades vitales de las que se han hecho prójimos. Cuántos los hay que en sueños buscan el mejor tratamiento o no pueden olvidar la escena tierna de los

---

<sup>1</sup> En este sentido, resulta sugerente el título de un libro de Joaquín Callabed que resuena y que podría recoger existencialmente la vivencia de finitud y el sentir vulnerable de tantos profesionales sanitarios en el ejercicio de su profesión: “curar a veces, aliviar a menudo y acompañar siempre”.

---

familiares que están allí día tras día al pie de la cama de su ser querido. Esa vulnerabilidad acogida del más vulnerable vulnera y es inevitable.

Lévinas afirma la ética en el contacto anterior al saber y que ahí se podrá distinguir la motivación de muchas de las tareas cotidianas y de las altas obras científicas y políticas. En esa vivencia se hace imposible anular la responsabilidad por el otro dejándose la propia piel en el deber imprescindible que sobrepasa las *fuerzas del ser*. Es un deber que se impone, que viene sin dejar opción. Lévinas se refiere al acontecimiento ético que significa reconocer en el rostro del otro la llamada a la responsabilidad. El ser humano es vulnerable porque es yo-en-relación con otro. Nos referiremos a la vulnerabilidad ética que se crea en el deber moral de proteger al otro más frágil. La vulnerabilidad es un imperativo ético, es decir, es el mandato que tiene todo ser humano con su prójimo. Es la referencia central al prójimo y a su atención (Torralba, 1998, p. 246).

En este sentido se reconoce en el profesional sanitario una clara apertura al otro, al enfermo y más vulnerable. Torralba cuando se refiere al cuidado en relación con el otro señala que el centro de la vida humana no es el yo, sino el tú. El centro de gravedad de la acción y del pensamiento están fuera de uno mismo (Torralba, 1998, p. 323). El rostro a rostro en la acción del curar y cuidar no sólo será estar con ese otro vulnerable, sino *ser-con-él* en el sentido existencial del término.

Será proximidad ética en la que se da un diálogo no de palabras sino de presencias. En este diálogo de presencias se produce el encuentro entre dos seres, uno de ellos en situación de mayor vulnerabilidad, de dolor, de angustia o desamparo, más, si tiene una enfermedad grave o está cercano a la muerte. El encuentro en ese diálogo cobra un peso y una seriedad donde no cabe la frivolidad, a no ser que alguno de los interlocutores, por superación o incapacidad frente a la situación superficialice la densidad del momento vital.

La vulnerabilidad es drama, es grito y no admite broma. Pues en este contexto el diálogo se torna en un acontecimiento de tipo espiritual o más exacto en un acontecimiento de interioridad. Los gestos y palabras se orientan fundamentalmente al núcleo del ser humano, a su interioridad.

El profesional sanitario, en este sentido, es ese interlocutor al que se le requiere estar disponible para que se dé ese encuentro y diálogo. Debe saber situarse y preocuparse por el otro que es su paciente, sin hacerse indiferente sino en proximidad, en salida extática o movimiento ético hacia el dolor ajeno (Torralba, 1998, p. 342). Pues donde hay proximidad, hay, al fin y al cabo, humanidad.

### 1.4.3 Vulnerabilidad y responsabilidad

Nuestra realidad humana es constitutivamente ética, tenemos una contextura implacablemente moral. Cuando obramos, obramos autodeterminándonos. En la entraña de la libertad hay una referencia al valor que es un contenido de sentido. El hombre vive en un mundo en el cual ha de actuar responsablemente, así llevará a cabo su realización. Ser hombre es ante todo ser profunda y finalmente responsable. En la responsabilidad se incluye el para qué de la libertad humana, en favor de qué o en contra de qué se decide. El ser humano es una estructura indigente y vulnerable, así el ejercicio de su libertad está limitado “a priori” (estructuralmente) y “a posteriori” (históricamente). (Torralba, 1998, p. 217-220). El hombre en el ejercicio de su libertad debe contar con que existen otros seres humanos por lo que sólo se puede ejercer adecuadamente la libertad personal en un marco de responsabilidad compartida. “La responsabilidad para con el prójimo es anterior a mi libertad” señala Lévinas (Lévinas, 1987, p. 263).

Siguiendo con el planteamiento de Lévinas, es imposible anular la responsabilidad por el otro que es ese rostro desnudo, indigente en el que su súplica se torna en exigencia para quien lo escucha sin poderse hacer el sordo. Afirma Lévinas que ser Yo significa no poder sustraerse a dicha responsabilidad y que la unicidad de ese Yo está en el hecho de que nadie puede responder a esa llamada en mi lugar (Lévinas, 1974, p. 62). El Yo ante el otro es infinitamente responsable y es hasta la médula de los huesos vulnerabilidad.

Nadie puede quedarse en sí mismo, la humanidad del hombre es una responsabilidad por los otros, una vulnerabilidad extrema. Es aquella responsabilidad por los otros hacia los que se orientan “las entrañas conmovidas” (Lévinas, 1974, p. 123-131). Pues el ser humano está constitutivamente llamado a ser responsable no sólo de sus actos sino de sus semejantes y del entorno natural y social. La responsabilidad, como la libertad, es una posibilidad existencial y ética del ser humano, pero puede frustrarse por múltiples razones (Torralba, 1998, p. 221). Las circunstancias o un convenio ponen bajo la custodia de cada uno el bienestar, el interés, el destino de otros. Eso significa que el control *sobre* ellos incluye también obligación *para* con ellos. Lamentablemente el ser humano, tanto con su acción como por su omisión, ha demostrado ser el animal más irresponsable de todos, pues ha puesto en crisis el mantenimiento de su propia vida en el planeta y el bienestar de las generaciones futuras (Jonas, 1995, p. 15-17. 165).

Como señalábamos al principio el desarrollo de la persona, en tanto que ser libre, implica la responsabilidad, así, la exigencia ética de ser responsable no es sólo un valor fáctico, sino que tiene su génesis en la misma entraña de la antropología filosófica. La ética

---

exige el respeto y la atención al otro en tanto que otro y requiere la máxima atención a su vulnerabilidad. Así la instrumentalización del otro constituye un atentado directo a la ética (Torralba, 1998, p. 221). Por eso la vulnerabilidad es un imperativo ético, es un mandato que tiene todo ser humano para con su prójimo. Es la obsesión por el otro, la referencia central al prójimo y su atención. Ese hacerse cargo de otro proviene de la vulnerabilidad humana y tiene su expresión máxima en el sufrir por el otro, tenerlo al cuidado, soportarlo, estar en su lugar, consumirse por él. Todo amor o todo odio hacia el prójimo como actitud reflexiva suponen esta vulnerabilidad previa: misericordia “estremecimiento de entrañas” (Lévinas, 1995, p. 276-278).

Aunque Lévinas ha sido criticado en lo que se refiere a esa imposición de responder, (pues si cada ser humano se hace responsable de todos otros, quedará sobrepasado en su capacidad y al final no se hará responsable de nadie), hay que señalar que en su justa medida es la garantía de una auténtica humanidad (Ricoeur, 2005, p. 118).

Así lo percibimos en la responsabilidad ejercida y aceptada que asumen cada día los profesionales de la salud y que de alguna manera parte de su propia vulnerabilidad. Cuando se vive en excelencia aflora lo más genuino del ser humano, que es esa humanidad que nos hace semejantes, que nos reúne, congrega y nos realiza como individuos y como sociedad. Cuando dichos profesionales sanitarios, que deberían haberse hecho responsables de los otros, se desentienden, el cuerpo sanitario, y con él la sociedad, puede colapsar y perder todo el sentido en su quehacer diario.

### **1.5. El profesional sanitario vulnerado**

Vamos a adentrarnos en distintas situaciones en las que el profesional sanitario se experimenta vulnerado en su dimensión física, psíquica, emocional y/o espiritual. Esas realidades, que a veces, en medio de la vorágine pasan desapercibidas, deben ser tenidas en cuenta y encontrar cauces de visibilización, prevención, contención, actuación e implementación de medidas de prevención y tratamientos. No puedo dejar de señalar como algo específico en los sanitarios y casi me atrevería a decir que prácticamente solo en ellos, sino es osadía, la vulnerabilidad que viven por el mero hecho de tener entre sus manos la vida de las personas y consecuentemente tener que primerear su atención antes que manifestarse, y ejercer su derecho de huelga frente a situaciones de injusticia, falta de consideración y reconocimiento. Mientras que otros sectores y profesionales ejercen su derecho a la huelga para presionar a las administraciones por aquello que es injusto, los profesionales sanitarios viven el gran dilema de ejercer ese derecho por mejora de sus

condiciones laborales y personales o atender a aquellos que pueden estar entre la vida y la muerte o en un momento importante del proceso de su enfermedad. Por el código deontológico y como un imperativo ético-moral el profesional sanitario siente que no puede abandonar a sus pacientes. Como ejemplo tenemos la última huelga de médicos en el mes de mayo de 2022 en la Comunidad de Madrid que ofreció los servicios mínimos del 50% entre el personal facultativo y el 100% en los sectores urgentes –diálisis, urgencias, ucis, oncología o quirófanos, entre otras-. Creo que pocas huelgas mantienen esos servicios mínimos. Los sanitarios nunca podrán ir todos juntos a la huelga ni parar su actividad totalmente. Al personal sanitario se le considera, por parte de la sociedad y de las instituciones públicas, un trabajador esencial. Lo hemos comprobado en los atentados terroristas, la pandemia y los desastres naturales, como en la borrasca “Filomena”, cuando los sanitarios se quedaron en los hospitales doblando o triplicando turnos o iban caminando desde sus casas una o dos horas hasta los hospitales, centros de salud, residencias, etc. Soy testigo ocular. Ojalá nuestros sanitarios, los que cuidan de nuestra salud, encuentren lugares donde poder acudir, descansar y ser atendidos en su vulnerabilidad herida a consecuencia de haber dado más de lo que tenían para vivir.

#### 1.5.1 *El síndrome de burnout en los profesionales sanitarios*

La primera publicación de la palabra *burnout* fue en una novela por Graham Greene: *Burn-out a case*. Inicialmente la palabra *burnout*, que en la esfera de la psicología se traducía como "quemado", fue utilizada para designar a los atletas y deportistas que entrenaban y no lograban los resultados esperables, luego su uso se fue extendiendo entre distintas profesiones. En 1976 llegó al ámbito de los servicios sociales y es después que Cristina Maslach, psicóloga social, la introdujo en el ambiente de la psicología. Posteriormente, también se incorporó entre los sanitarios y los docentes (Maslach y Jackson, 1997). La palabra *burnout* como acepción de "desgaste profesional" fue usada por primera vez en el año 1974 por Freidenherger para las investigaciones que fueron llevados a cabo en docentes y personal del sistema sanitario. Más tarde se advirtió la posibilidad de que este síndrome se pudiera presentar también entre profesiones de los servicios que trabajan en la atención de personas (Pérez, 1999, p. 310-320).

El síndrome de *burnout* relacionado con el trabajo es un problema de salud que puede afectar a profesionales de todo tipo, pero en particular a aquellos cuya actividad esté relacionada con el cuidado del ser humano. Los profesionales de la salud están particularmente expuestos a esta condición y los médicos son los trabajadores prototipo. Este síndrome es un problema de salud extremadamente destructivo que afecta al trabajo y

---



a la vida personal. Daña la calidad del trabajo realizado y afecta negativamente a las esferas cognitiva y emocional de los individuos, su vida familiar e incluso su salud física.

La Fundación Ciencias de la Salud, entre cuyos objetivos se encuentran la asistencia sanitaria preventiva reunió el 29 de mayo del 2019 a distintos profesionales que desde sus distintas perspectivas y con conocimiento de dicha condición valoraron la situación del síndrome de *burnout* entre los médicos españoles: fueron psiquiatras, psicólogos, médicos de distintas especialidades, sindicatos profesionales, epidemiólogos, profesionales del derecho y la propia Organización de Colegios Médicos. Se trató de dialogar, no sólo sobre lo ya se conoce, sino fundamentalmente sobre lo que no conocemos sobre dicho síndrome en los sanitarios españoles. Definieron el síndrome de *burnout* como "una respuesta psicológica al estrés laboral interpersonal y emocional crónico que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con clientes o usuarios de la organización". Se caracteriza por deterioro cognitivo (pérdida del entusiasmo por el trabajo o la baja realización personal en el trabajo), deterioro afectivo (agotamiento emocional y físico), aparición de actitudes y comportamientos negativos hacia los usuarios y hacia la organización y, en algunos casos, estos síntomas se acompañan de sentimientos de culpa. Los datos sobre el síndrome de *burnout* en el mundo, en referencia al personal sanitario, se obtienen a partir de estudios que varían en gran medida en métodos y tiempo, por lo que hay una falta de información precisa en casi todos los países. Con todas estas limitaciones mencionadas se ve que las cifras del síndrome de *burnout* son muy altas entre médicos y especialidades en todos los lugares por lo que voy a recoger seguidamente algunas de las conclusiones del estudio por la importancia y repercusión de dicho síndrome en la realidad de vulnerabilidad de los profesionales sanitarios.

Una de sus conclusiones fue que lo que influye en la aparición de dicho síndrome más que los factores intrínsecos de los profesionales son los factores extrínsecos, las condiciones de trabajo en las que están. Las formas más graves son las que presentan manifestaciones clínicas, con trastornos mentales, comportamientos agresivos, perfil depresivo y altos niveles de prolactina. Gil-Monte considera que el *burnout* más grave se caracterizará por un mayor sentimiento de culpa (Gil-Monte, P. y Moreno, B. 2007).

Vieron que el síndrome de *burnout* tenía una incidencia desigual en las diferentes especialidades médicas. Aquellos con mayor riesgo son aquellos con mayor sobrecarga en el cuidado o la atención de pacientes, como la Atención Primaria, con alta presión asistencial, o aquellas con mayor sobrecarga cualitativa como Cuidados Intensivos, Oncología y Geriátrica porque se ocupan de enfermedades complejas, personas graves y enfermedades difíciles de

manejar para los pacientes, u otras debido a la dificultad para comunicarse y tratar con el paciente, como Salud Mental. El coste del *burnout* es muy alto a nivel personal, profesional y social. Las consecuencias de este síndrome afectan a la salud mental, a la salud física, a la calidad de vida y al desempeño profesional. La prevalencia de la ideación suicida aumenta con la gravedad de la condición (Cano-Langreo, M., Cicirello-Salas, S., López-López, A. y Aguilar-Vela, M. 2014). Los médicos con síndrome de *burnout* tienen unas mayores tasas de absentismo laboral, se consideran menos productivos y con más frecuencia abandonan la profesión temprano. Hay estimaciones aproximadas del costo de este problema para el sistema de salud de Canadá que es en torno 213 millones de dólares canadienses (Dewa, C.S, Jacobs, P, Thanh N.X. y Loong D. 2014). Dichos cálculos no están disponibles en España o en muchos otros países.

En cuanto a la perspectiva de Ley laboral en España, a pesar de la existencia de sentencias jurisprudenciales contradictorias, se puede concluir que el síndrome de *burnout* ha sido reconocido como un accidente de trabajo, no incluido en el listado oficial de enfermedades profesionales del RD 1299/2006. Es muy probable que la inclusión del síndrome de *burnout* en la clasificación internacional de la OMS como enfermedad profesional servirá para que se dé un cambio gradual en la determinación de contingencia e introducir un cambio en la forma en que los Tribunales han manejado hasta la fecha dicho síndrome de *burnout*. Los servicios de Prevención de Riesgos Laborales han sido implantados en los Servicios de Salud, pero las diferentes instituciones de salud no cumplen con la normativa específica relativa a la prevención de riesgos laborales.

Dicha Fundación de la Salud reconoció que la crisis económica, que comenzó a mediados de 2008, implicó un notable aumento de las demandas físicas y emocionales sobre los profesionales de la salud, que, junto con los recortes en los presupuestos de salud, agravaron el estrés psicosocial al que los médicos y otros profesionales de la salud fueron y son sometidos. La Organización de Colegios Médicos (OMC) cree que el síndrome de *burnout* es un problema grave entre los médicos y que los datos parciales disponibles en España justificarían un estudio nacional sobre el tema. El estudio debería tener un gran rigor metodológico e incluir el porcentaje adecuado de médicos que trabajan dentro y fuera del entorno hospitalario y dentro y fuera del entorno urbano, como así en la sanidad pública y privada.

Como algo a señalar es que la Fundación de la Salud no duda de la necesidad de reintroducir las Humanidades en el currículo académico de medicina, y que su mejor conocimiento podría ser una herramienta terapéutica preventiva contra dicho síndrome. En

---

el último medio siglo, la práctica de las llamadas profesiones liberales, y en particular la práctica de la medicina ha sufrido un cambio dramático. Hay al menos cuatro factores que han influido: (i) el paso del vertical paternalismo en las relaciones interhumanas a relaciones horizontales, presididas por la autonomía con las declaraciones de derechos de los pacientes; (ii) la conversión de pacientes de amigos morales a extraños morales, y el consiguiente ascenso de la medicina defensiva; (iii) el surgimiento de una cultura de eficiencia en las instituciones de salud, que ha obligado a los profesionales a tener en cuenta el factor económico, a veces incluso en detrimento de otros factores que se consideran moralmente vinculantes; y, (iv), la revolución provocada por los avances científicos, y más concretamente el auge de la llamada medicina personalizada o medicina de precisión. Los conflictos que generan todas estas novedades son muchos y de varios tipos, pero de todos ellos hay uno que rara vez llama la atención. Se trata del hecho de que el examen y diagnóstico de un paciente hoy en día requiere tener en cuenta no solo los datos clínicos, sino también los valores de los pacientes, algo para lo que los profesionales no han sido suficientemente entrenados. Muchas veces no saben cómo proceder bien, pero sí saben que no lo están haciendo correctamente. Esto es lo que se puede llamar el "agotamiento moral" para lo cual no hay otro tratamiento correcto que el entrenamiento adecuado en valores. Algo que se hace poco y, además, con programas de muy mala calidad (Bouza E., Gil-Monte P.R. y Palomo. E., 2020, p. 359-363).

Debo señalar, actualizando lo anterior, que la pandemia que hemos vivido mundialmente ha hecho que el síndrome de *burnout* haya cobrado mayor relevancia por el gran impacto en la salud de los mismos profesionales sanitarios. Todo esto debido a que las demandas en la atención han sido muy superiores a las habituales añadiéndose otros factores estresantes como los recursos limitados y el mayor riesgo de contagio y muerte al que han estado expuestos. En un estudio realizado en plena pandemia con 3.537 profesionales de la salud de cuatro países, se destaca que el 67% presentó resultados positivos para dicho síndrome (Denning, M., et al, 2021). Las repercusiones laborales del desgaste profesional no solo inciden en el propio profesional sino también en los pacientes, con especial relevancia a los efectos adversos, definidos como accidentes inesperados que causan algún daño y que son consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe el paciente y no de la enfermedad que padece.

La etiología de los efectos adversos es multicausal y en su origen están implicados factores relacionados con la prescripción de fármacos, con la comunicación, con la gestión y con los cuidados. Dichos efectos adversos están vinculados, en mayor medida, con los

factores estresantes a los que está sometido el médico como son: la sobrecarga de demandas asistenciales y los refuerzos percibidos, la falta de autonomía profesional, el deterioro del clima laboral y la falta de apoyo de la organización (Denning, M., et al, 2021).

En un estudio *Minimizing Error, Maximizing Outcome* (MEMO) se reportó que los médicos estresados e insatisfechos laboralmente tienen una mayor probabilidad de cometer errores y de ofrecer una atención subóptima al paciente. Asimismo, que la ansiedad duplicaba el riesgo de *burnout* entre el personal de los equipos de atención primaria, cifra que llegaba al triple en el caso de los médicos de familia. En un metaanálisis de 47 estudios sobre 42.473 médicos, se indica que el *burnout* se relaciona con el doble de probabilidades de estar involucrados en incidentes de seguridad del paciente. De los datos se infiere una relación causal entre el síndrome de *burnout* y los efectos adversos por lo que la prevención de estos últimos en atención primaria se debe perfilar como una estrategia prioritaria para los gestores sanitarios dado que el 70% de los efectos adversos son evitables, y hasta un 80%, cuanto mayor es su gravedad (López-Cortacans y Pérez-García, 2021).

#### 1.5.2. *Presentismo en los profesionales sanitarios*

El término «presentismo» empezó a utilizarse hace casi tres décadas con implicaciones meramente laborales, luego se fue relacionando con otros factores y ámbitos sociales, sanitarios, económicos y personales. El modelo conceptual en el que centramos la reflexión es el de Johns, según el artículo consultado, que define «presentismo» como el acto de “acudir a trabajar cuando se está enfermo” y el modelo de doble vía de Miraglia y Johns, quienes establecen una serie de factores de la organización y de la persona que influyen a la hora de que dicho presentismo se desarrolle.

Diversos estudios reflejan que situaciones prolongadas de presentismo conducen al absentismo y, aunque parezca lo contrario, los costes derivados de la pérdida de productividad son más altos en el caso del presentismo, hasta tres veces mayores, que los originados por el tratamiento de la enfermedad que se padece (Suzuki, T., Miyaki, K., Sasaki, Y., Song, Y., Tsusumi, A., Kawakami, N. y al, 2014). En cuanto a salud laboral es considerado como un riesgo psicosocial y se ha comprobado que el beneficio de destinar recursos a su prevención supera en cinco veces el coste.

El ámbito del personal sanitario ocupa el segundo puesto en cuanto a su prevalencia y existe una relación directa con errores en la administración de medicación o la seguridad del paciente (Letvak, S.A., Ruhm, C. y Gupta, S., 2012). El personal médico y el de enfermería han establecido las causas que los lleva a acudir al trabajo estando enfermos: el compromiso con los pacientes, la escasa o nula posibilidad de sustitución, la presión en el trabajo, la elevada

---

carga laboral por mala gestión de supervisores o cargos superiores y el no querer perjudicar a los compañeros. Sumados a estas causas otros factores como la inestabilidad laboral (miedo a perder el empleo) y las implicaciones negativas (repercusiones laborales negativas) que supone una baja médica hace que acudir al trabajo enfermo sea la mejor opción para los empleados.

Las dolencias más frecuentes relacionadas con el presentismo son de carácter agudo como gripe o síntomas gripales, dolor de espalda, migrañas, alergias, artritis y asma, su tratamiento o ausencia de este puede influir en el tiempo de reacción y las condiciones del trabajador. Las altas cargas de trabajo se relacionan con estrés, ansiedad y depresión.

Hasta el día de hoy no existe un consenso en cuanto a los instrumentos para medir el presentismo lo que hace difícil la posibilidad de comparar diferentes estudios. Hay que decir que son pocas las investigaciones hechas que relacionan al personal sanitario con el presentismo por lo que sería necesario continuar con investigaciones que analicen el presentismo en el ámbito sanitario y sus causas, valorarlo desde el punto de vista empresarial analizando si políticas de mejora son efectivas y desde ahí establecer los puntos débiles de los sistemas sanitarios y mejorar tanto la productividad como la salud física y laboral de los empleados. Sería esencial la estandarización de una escala de medición adecuada (como la validación de la escala Stanford Presenteeism Scale SPS-6) que permita tener un mismo baremo. Se han hecho estudios relevantes en EE.UU., Australia, Brasil o Portugal sin existir estudios comparables en los sistemas sanitarios españoles, además los estudios que existen utilizan poblaciones estandarizadas que representan a especialidades con más carga laboral y estrés como el personal que trabaja en los servicios de urgencias.

El presentismo es un fenómeno que afecta directamente a la salud del trabajador considerándose un riesgo psicosocial a controlar ya que debido a la implicación en la calidad de atención al paciente puede conllevar consecuencias negativas para el sistema y el usuario (Sánchez-Zaballos, Baldonado-Mosteiro y Mosteiro-Díaz, 2018, p. 35-40).

### *1.5.3 Agresiones a los profesionales sanitarios*

La violencia en el lugar de trabajo física o psicológica se ha convertido en un problema mundial que atraviesa las fronteras, los contextos de trabajo y los grupos profesionales. Durante mucho tiempo ha sido una cuestión “olvidada”, pero ha adquirido una enorme importancia en los últimos años y en la actualidad es una preocupación prioritaria tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo. Aparece como una amenaza grave, a veces letal, contra la eficiencia y el éxito de las organizaciones. Causa

perturbaciones inmediatas, y a largo plazo, de las relaciones entre las personas, de la organización del trabajo y de todo el entorno laboral (OIT, 2002).

Afirma Bangueses que las agresiones a los profesionales sanitarios tienden a seguir un patrón similar. Son en su mayoría agresiones verbales y psicológicas, acompañadas muchas de ellas de amenazas, aunque hay estudios con altos porcentajes de violencia física. Una revisión sistemática de Vidal-Martí y Perez-Testor que incluyó 18 estudios publicados entre el año 2000 y el 2013 en diferentes servicios sanitarios españoles, concluyó que el 34,4% de los profesionales habían sido agredidos en más de una ocasión. En una revisión posterior este dato sube, entre el 60-90% de los profesionales refieren haber sido agredidos en alguna ocasión a lo largo de su trayectoria (Serrano M.I., Fernandez M.T., Satústegui, P.J. y Urcola, F., 2019).

Según datos del Consejo General de Enfermería, mediante su Observatorio Nacional de Agresiones en el año 2018 se registraron un total de 1469 agresiones (Redacción Médica, 2020). Por comunidades autónomas Andalucía, seguida del País Vasco son áreas donde se registra un mayor número. Según los datos remitidos al Observatorio Nacional de Agresiones de la Organización Médica Colegial (OMC), la tipología de agresión es fundamentalmente la verbal (en más de un 70%), mientras que la agresión física está en torno a un 30%. A nivel penal, lo que se denuncia es la agresión física, pero son muchas más las que se sufren a nivel verbal y afectan desde el punto de vista psicológico de forma muy importante al profesional. En el caso de la profesión médica, en el año 2018 se registraron 490 casos de violencia laboral hacia médicos, produciéndose un descenso del 4,8% de las agresiones respecto a los datos del 2017, según el Observatorio Nacional de Agresiones de la OMC (Organización Médica Colegial OMC, 2019). Sin embargo, según dicha OMC el porcentaje de médicas agredidas se incrementó, llegando a suponer el 59% del total de los profesionales médicos víctimas de la violencia. La elevada frecuencia y la gravedad de las agresiones ha llevado a las distintas comunidades autónomas a reaccionar ante ellas y a desarrollar planes de actuación y protocolos para combatirlas. Con relación a las agresiones dentro del ámbito sanitario, la literatura publicada hasta el momento se ha orientado a conocer la magnitud, frecuencia y características de las agresiones e identificar factores de riesgo, pero solo hemos encontrado un estudio realizado en Noruega que centre su objetivo en las vivencias que afloran en los sanitarios al ser víctimas de dicha violencia (Morken, T., Alkaser, K. y Johansen, I.H. 2016). Por los aspectos expuestos anteriormente, resultaría de interés conocer los sentimientos y las opiniones de los profesionales sanitarios con relación a las agresiones laborales dentro de nuestra geografía (Bangueses, Vázquez-Campo y Mouriño, 2020, p. 2).

---

La agresión laboral a profesionales sanitarios por parte de los usuarios del sistema es un fenómeno multidimensional en alza, motivo de preocupación para aquellos que velan por la seguridad y salud de dichos profesionales. Aunque diferentes estudios señalan altos porcentajes de personal sanitario agredido, las estadísticas de declaraciones realizadas revelan datos muy inferiores debido a la infradeclaración de las agresiones laborales a sanitarios que se presenta como dificultad a la hora de poder proponer medidas preventivas adecuadas, ya que las estadísticas en las que estas pueden basarse no corresponden a la verdadera casuística de todas las agresiones que se producen. Así mismo, dificulta el poder valorar correctamente la utilidad de las medidas preventivas adoptadas.

#### 1.5.4 *El acoso laboral o "mobbing" en el ámbito sanitario*

El término *mobbing* fue acuñado por el profesor Heinz Leymann a finales del siglo XX (Leymann, 1996). Un grupo de expertos de la Unión Europea lo ha definido como "una forma negativa de comportamiento, entre colegas o entre superiores jerárquicos y subordinados, en el que la persona en cuestión es humillada repetidamente y atacada directa o indirectamente por una o más personas con el propósito y efecto de alienarla" (Romero, 2004). Se trata de un comportamiento hostil, repetido e intimidatorio contra una persona del trabajo, en un marco contractual empleado-empleador. Dicho comportamiento puede ser llevado a cabo por uno o varios individuos. Puede ser el empleador, su representante o un mando intermedio o incluso por los propios compañeros de trabajo con un superior. La diferencia entre el *mobbing* y otros tipos de conflictos interpersonales en el lugar de trabajo es la duración del acoso, la repetición y la relación asimétrica o desigual entre las dos partes del conflicto. Se diferencian dos modelos causales en el *mobbing* laboral, uno está relacionado con aspectos sociales-ocupacionales, del entorno y las condiciones laborales, y el otro está más relacionado con aspectos sociodemográficos y características personales de la víctima. En nuestro país, las personas empleadas en la función pública, la sanidad, la educación, los medios de comunicación y las organizaciones ideológicas, como las políticas y organizaciones no gubernamentales, se han identificado como los sectores con más probabilidades de padecer *mobbing* laboral. Su prevalencia varía significativamente dependiendo de la herramienta de evaluación utilizada, oscilando entre el 11% y casi el 80% (Fidalgo, A.M. y Piñuel, I., 2004).

La información recopilada con estas herramientas trata de describir las situaciones y estrategias llevadas a cabo por los que llevan a cabo el *mobbing*: haciendo a la víctima perder prestigio ocupacional, interrumpir su progreso profesional, bloquear la

comunicación, con intimidación encubierta o intimidación flagrante directa y en público llegando a la pérdida del prestigio personal, etc. El protocolo de actuación contra el *mobbing* laboral en el servicio público reconoce que el propósito del acosador es crear un ambiente hostil o humillante que perturba la situación de la víctima y su vida laboral. Esta violencia es un ataque a la dignidad de la persona y, por lo tanto, un grave riesgo para la salud.

Estudios realizados en nuestro país muestran que tres de cada cuatro personas empleadas en el sector sanitario informaron de haber sufrido en los últimos meses una situación de acoso psicológico según el Inventario Leymann de Terrorización Psicológica (OCM de España, 2017). Más del 10% de las personas empleadas reconocen haber sido sometidas a limitaciones en la capacidad de comunicarse, restricciones de contacto social y descrédito personal y/o profesional (OMC de España, 2017). En los textos jurídicos de los países de la Unión Europea apenas hacen mención del acoso en el lugar de trabajo como delito penal, excepto la legislación sueca. Falta un Reglamento base sobre este tipo de riesgos de salud laboral y una legislación de seguridad. Todas las normativas legales vigentes obvian la existencia de riesgos psicosociales tan presentes en el desarrollo de actividades sanitarias. La VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo confirma que las personas empleadas en actividades sanitarias son las más expuestas a agresiones verbales, rumores o aislamiento social (17,9%), además de amenazas de violencia física (9,6%) en los lugares de trabajo y violencia física llevada a cabo por personas no pertenecientes al lugar de trabajo de la víctima (6,4%) (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2011). Cuando hay un aumento del personal laboral se observa también un aumento en la exposición al comportamiento violento.

La Organización Colegial Médica de España (OCM), en colaboración con la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos y patrocinado por el Foro de la Profesión Médica, ha publicado los resultados del Estudio sobre la situación laboral de los médicos en España de 2016 (OCM de España, 2017). Con la participación de cerca de 45.000 profesionales, muestra una imagen real de la profesión médica. Más del 40% reportó haber sido sometidos a *mobbing*, aunque fuera de forma ocasional, con un claro predominio de mujeres, un 46,6% frente a 41,3% hombres. Las agresiones más comúnmente descritas son: detrimento relacionado con la carga de trabajo y/o en términos de turnos y horario de trabajo, veto a posibles promociones laborales, limitación de parte de la actividad profesional, ridiculización o infravaloración frente a compañeros o pacientes y la exclusión prolongada de actividades del servicio sin motivo alguno. Según la edad, el grupo entre 31 y 40 años es uno de los que más informan haber sido sometidos con mayor frecuencia a esta

---



forma de *mobbing* en el último año, un 51,2%. Aunque en atención primaria hay una mayor prevalencia de *mobbing* en el lugar de trabajo por parte de superiores jerárquicos dando más carga y horas de trabajo, en el ambiente hospitalario se ven más agresiones por parte de los compañeros en asuntos relacionados con el desarrollo profesional y la actividad. La ausencia de quejas formales es mayor en el ámbito hospitalario y más entre profesionales más jóvenes y entre profesionales de otra nacionalidad. En los últimos años, la precariedad laboral y la inestabilidad de los profesionales médicos, tanto en el sistema público como en el sector privado, han contribuido y favorecido el *mobbing*. Otro factor que favorece esta situación es el nivel de estrés al que están sometidos los profesionales de la salud. Las características del trabajo o el entorno físico, unas condiciones ergonómicas precarias o un ambiente de trabajo que no es propicio para generar buenas relaciones entre los colegas más bien favorece un ambiente de trabajo estresante y propenso al *mobbing*. Las quejas presentadas con respecto a las condiciones de trabajo son constantes. En circunstancias de mayor volumen de trabajo, rendición de cuentas, fatiga o situaciones de emergencia, los niveles de estrés aumentan considerablemente, lo que contribuye a un deterioro de las relaciones interpersonales entre los profesionales de la salud. El *mobbing* no solo amenaza los derechos personales del trabajador, sino que también sus derechos laborales. Es esencial que la víctima conozca todos los recursos disponibles para denunciar dicha situación que implica una grave humillación en la relación laboral.

Otra de las circunstancias que es altamente reportada por aquellos afectados es la "conspiración muda" que a veces se puede observar en el entorno laboral. Se da cuando algunos compañeros que son testigos de muchos de los actos agresivos hacia la persona, pero tienen miedo o reciben presiones o incluso amenazas debido a la posibilidad de apoyar las reclamaciones de la persona afectada, no apoyan a dicha persona que sufre la situación y se quedan en silencio. Este factor empeora la situación ya que potencia la sensación de impunidad de los agresores y la sensación de aislamiento, que se suma a todos los efectos nocivos a los que ha sido sometida la víctima.

Los daños y perjuicios causados por el *mobbing* en el lugar de trabajo deben ser considerados como un accidente de trabajo o más bien una enfermedad profesional. Pero como veíamos con el síndrome de *burnout* es necesario actualizar el concepto de enfermedad profesional con una nueva lista, dejando abierta la posibilidad de declarar como tales las enfermedades que no estén todavía en dicha lista, previa a cualquier validación, justificación y examen que se considere necesario, como ocurre con otras legislaciones de la Unión Europea (Ares y Ortega, 2018).

### 1.5.5. *Distrés moral en los profesionales sanitarios*

En 1984, Andrew Jameton definió el "distrés moral" como un fenómeno en el que uno sabe la acción correcta a tomar, pero está limitado a tomarla (Jameton, 1984). El distrés moral es diferente del dilema ético clásico en el que uno reconoce que existe un problema, y que se pueden tomar dos o más acciones éticamente justificables, pero mutuamente opuestas. A menudo, en un dilema ético, hay desventajas significativas para cada solución potencial. En sus primeros trabajos definiendo el distrés moral, Jameton señaló que el campo de la bioética ha puesto mayor énfasis en los dilemas éticos que en el distrés moral. Debido a que los dilemas implican sopesar la justificación ética de cursos de acción alternativos, son herramientas de enseñanza ideales, fomentando la identificación y la discusión de los principios éticos. En situaciones que generan distrés moral, es probable que se haya identificado la acción éticamente apropiada. Por lo tanto, la discusión de los elementos éticos es menos crítica. En cambio, abordar el distrés moral requiere la identificación de cuestiones sociales y organizativas, y cuestiones de rendición de cuentas y responsabilidad.

El distrés moral fue reconocido por primera vez entre las enfermeras, y ciertamente la mayoría de los estudios se han centrado en esta población, pero es importante tener en cuenta que el distrés moral no es únicamente un problema de enfermería. Se ha identificado entre casi todos los profesionales de la salud, incluidos médicos, terapeutas respiratorios, farmacéuticos, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas y capellanes. Entre las profesiones parece haber diferencias en lo que causa el distrés moral y en cómo se manifiesta y es fundamental entender que este es un problema multidisciplinario.

Corley, en 2002, teorizó que el distrés moral entre las enfermeras ocurre cuando la enfermera (u otro profesional sanitario) sabe lo que es mejor para el paciente, pero ese curso de acción entra en conflicto con lo que es mejor para la organización, otros proveedores, otros pacientes, la familia o la sociedad en general (Corley, 2002, p. 636-650). Por lo tanto, el distrés moral ocurre cuando el entorno interno de los profesionales sanitarios, sus valores y obligaciones percibidas, son incompatibles con las necesidades y las opiniones predominantes del entorno de trabajo externo. La educación ética tradicional que se centra en los dilemas éticos y los principios subyacentes es inadecuada muchas veces para abordar situaciones que implican distrés moral. La clarificación de valores, las habilidades de comunicación y la comprensión del sistema en el que se brinda la atención médica son herramientas necesarias para abordar los conflictos entre los entornos internos y externos.

---

Corley ha señalado que, si bien el distrés moral puede ser devastador, y llevar al profesional sanitario a considerar dejar la profesión, también puede tener un impacto positivo al aumentar la conciencia sobre problemas éticos (Corley, 2002. p. 636-650).

Señala Epstein que en los últimos años se ha producido cierta ampliación de la definición de distrés moral y que por ejemplo, el análisis de pequeños estudios cualitativos de distrés moral reveló que, aunque las enfermeras no identificaban consistentemente las restricciones en su comportamiento o los conflictos con el entorno laboral, eran consistentes en la descripción de los síntomas de angustia emocional y en una sensación de aislamiento porque otros no comprendían los elementos morales que ellas veían. McCarthy y Deady advirtieron a los investigadores y autores que debían diferenciar el distrés moral de la angustia emocional, que es más genérica y puede ocurrir en un ambiente de trabajo estresante, pero puede no tener un elemento ético (McCarthy, J. y Deady, R., 2008, p. 254-262). Cuando las enfermeras se sienten devaluadas y no escuchadas hay un elemento moral presente y no característico de la angustia emocional. Este elemento moral diferencia la angustia emocional del distrés moral. Aunque implícita pero no explícitamente declarado en la definición anterior, el distrés moral implica una amenaza a la integridad moral de uno. La integridad moral es el sentido de plenitud y autoestima que proviene de tener valores claramente definidos que son congruentes con las acciones y percepciones de uno, dirá Hardingham (Hardingham, L. B., 2004, p. 127-134).

Las situaciones que causan distrés moral varían entre los profesionales sanitarios individuales, al igual que los valores y las obligaciones se interpretan individualmente. Si bien la investigación de enfermería ha identificado fuentes comunes de distrés moral, no todas las enfermeras experimentarán distrés cuando se enfrenten a las mismas situaciones, algunas enfermeras lo harán por otras circunstancias diferentes. Las siguientes son fuentes comúnmente citadas de distrés moral entre las enfermeras, como lo señaló Corley (Corley, 2002. p. 636-650):

- Soporte vital continuo, aunque no sea lo mejor para el paciente.
- Comunicación inadecuada sobre la atención al final de la vida entre los asistentes: médicos, enfermeras, etc. y los pacientes y las familias.
- Uso inadecuado de los recursos sanitarios.
- Dotación de personal inadecuada o personal que no está adecuadamente capacitado para proporcionar la atención requerida.
- Alivio inadecuado del dolor proporcionado a los pacientes.
- Falsa esperanza dada a los pacientes y sus familias.

Un elemento clave en el distrés moral es la sensación de impotencia del individuo o la incapacidad de llevar a cabo la acción percibida como éticamente apropiada. Jameton en 1993 describió esto como algo que ocurre debido a las limitaciones en el comportamiento del sanitario. Las limitaciones pueden ser internas, como el miedo a perder el trabajo, la duda de uno mismo, la ansiedad por crear conflictos o la falta de confianza. O externas como los desequilibrios de poder entre los miembros del equipo de atención médica, la mala comunicación entre los miembros del equipo, la presión para reducir los costos, el miedo a las acciones legales, la falta de apoyo administrativo y las políticas hospitalarias que entran en conflicto con las necesidades de atención al paciente.

El distrés moral a menudo implica sentimientos de frustración e ira que son bastante fáciles de reconocer. Bajo la superficie, y más difíciles de identificar, están los sentimientos que amenazan la integridad moral de uno: sentirse menospreciado, sin importancia o poco inteligente. Desafortunadamente, estos sentimientos a menudo se transmiten solos, ya que los profesionales a menudo dudan en hablar abiertamente sobre su impotencia. Como resultado, las personas moralmente angustiadas también pueden sentirse aisladas, una amenaza adicional para su integridad. Un factor de complicación que se suma a la sensación de aislamiento es que, en cualquier situación dada, no todos experimentarán distrés moral. Debido a que los valores y las obligaciones son percibidos de manera diferente por varios miembros del equipo de atención médica, el distrés moral es una experiencia del individuo en lugar de una experiencia de la situación. Las enfermeras que no sienten distrés moral en la misma situación que los otros no son personas moralmente insensibles o deficientes. En otras situaciones, pueden experimentar un distrés moral significativo.

Muchos argumentan que el distrés moral en la atención médica "viene con el territorio", es decir, es propio de la profesión sanitaria. Por lo que cierto distrés moral puede ser inevitable, pero aun así debe ser atendido o los efectos serán perjudiciales. De hecho, cada vez hay más pruebas de que la exposición repetida al distrés moral puede devastar la sensibilidad moral a situaciones clínicas problemáticas, así como a la propia carrera. El daño ocurre a medida que aumentan los niveles de residuos morales como describiremos a continuación.

Jameton señaló que el distrés moral tendía a persistir, y llamó a este distrés moral persistente "distrés reactivo" (Jameton, 1993, p. 542-551). Hoy en día, este distrés persistente se reconoce como un concepto que es diferente de distrés moral pero que se relaciona: es el "residuo moral". Este fenómeno ha sido descrito mejor por Webster y Bayliss, quienes dijeron que el residuo moral es "lo que cada uno de nosotros lleva consigo mismo

---

desde aquellos momentos de nuestras vidas en que ante el distrés moral nos hemos comprometido seriamente o nos hemos dejado comprometer" (Webster, G., y Bayliss, F., 2000). En situaciones de distrés moral, los valores morales de uno han sido violados debido a restricciones fuera del control de uno. Después de estas situaciones moralmente angustiantes, la herida moral de haber tenido que actuar en contra de los propios valores permanece. El residuo moral es duradero y está poderosamente integrado en los pensamientos y puntos de vista de uno mismo, puede ser perjudicial para uno mismo y para su carrera profesional, particularmente cuando los episodios moralmente angustiantes se repiten con el tiempo.

El distrés moral y el residuo moral son conceptos estrechamente relacionados, pero cada uno tiene aspectos únicos. Un modelo preliminar para la interacción entre estos conceptos es el efecto crescendo, que ha sido descrito por Epstein y Hamric (Epstein, E. G., y Hamric, A. B., 2009, p. 330-342). El modelo incluye un doble efecto crescendo, uno de distrés moral y otro de residuo moral. El distrés moral crescendo ocurre a medida que se desarrolla una situación clínica. El residuo moral crescendo ocurre después de repetidas situaciones de distrés moral. Cada vez que una situación moralmente angustiante ocurre y se resuelve, el nivel de angustia moral residual aumenta. Por lo tanto, el residuo moral aumenta gradualmente. Exacerbar el residuo moral es el hecho de que los problemas moralmente angustiantes en un entorno clínico dado tienden a ser similares con el tiempo. Además, las nuevas situaciones recuerdan a los profesionales sanitarios su impotencia en situaciones pasadas, y el crescendo se construye.

Por ejemplo, en el entorno de cuidados intensivos, el tratamiento agresivo prolongado con pocas esperanzas de supervivencia es una fuente común y repetida de distrés moral. El distrés moral que se genera tiene menos que ver con el paciente individual que con la temida sensación de "aquí vamos de nuevo". Por lo tanto, la naturaleza puramente repetitiva de situaciones clínicas similares que evocan angustia moral agrega una sensación de inutilidad, aumentando el residuo moral.

Hay tres consecuencias potenciales del distrés moral y el residuo moral que señala Epstein. La primera consecuencia es que los médicos y enfermeras pueden volverse moralmente insensibles a situaciones éticamente desafiantes. Es posible que ya no reconozcan o participen en situaciones clínicas que requieran sensibilidad moral. En segundo lugar, los profesionales sanitarios pueden participar en diferentes formas de objetar concienzudamente la trayectoria de la situación. La objeción de conciencia hace que una opinión sea más contundente para superar las restricciones. Algunos métodos de

objeción pueden ser más productivos (es decir, llamar a una consulta de ética) que otros (es decir, documentar la disidencia en el historial de un paciente). La consecuencia final y quizás la más dañina es el agotamiento. Investigaciones recientes muestran una correlación entre el distrés moral y los aspectos del agotamiento (Meltzer, L. S., y Huckabay, L. M., 2004, p.202-208). De hecho, varios estudios han demostrado que los profesionales sanitarios han considerado dejar su puesto o incluso su profesión debido al distrés moral (Corley, 1995, (p. 280-285); (Hamric y Blackhall, 2007, p. 422-429). La preocupación es que a medida que el residuo moral aumenta con el tiempo debido a episodios repetidos de distrés moral, puede ocurrir un punto de quiebre. Los hallazgos de dos estudios han sugerido que los años de experiencia se correlacionan con el nivel de distrés moral, aunque este hallazgo es inconsistente. En la era actual de escasez de profesionales sanitarios, el sistema de salud no puede permitirse el lujo de perder profesionales valiosos y moralmente invertidos.

Recientemente, se han publicado varios enfoques para reducir el distrés moral (y los residuos morales) (AACN - American Association of Critical Care Nurses, 2005). Aunque se necesita más investigación para determinar el grado de efectividad de estos enfoques, sus fundamentos son sólidos y son, al menos en parte, útiles para los profesionales sanitarios a pie de cama. Lo recogeré en el tercer capítulo (Epstein y Delgado, 2010).

#### 1.5.6. *Profesionalismo y contrato social*

Venimos de una tradición milenaria en la que el contrato implícito de las profesiones sanitarias con la sociedad, lo que ésta esperaba de dichas profesiones “implicaba que la sociedad otorgaba a la profesión médica un estatus y un reconocimiento especial que la distinguía de otras profesiones, lo que debía incluir un salario más elevado y el poder de autorregularse” en palabras de Jovell (Jovell, 2005).

Esquerda señala que el contexto actual del ejercicio profesional con gestión centralizada, las organizaciones sanitarias burocratizadas, la limitación de la autonomía profesional, la gran presión asistencial, la precariedad laboral de los jóvenes con salarios bajos dentro del sector médico, todo ello asociado a expectativas desmesuradas por parte de la sociedad en relación a las posibilidades, disponibilidad y acceso a la atención sanitaria, hacen que el contrato social implícito de las profesiones sanitarias con la sociedad (lo que esperan los pacientes y la sociedad de la profesión médica) esté en crisis y pida una ineludible reforma (Esquerda y Teres, 2021).

La realidad es que existe un “falso contrato social” según el cual los pacientes y la sociedad esperan de los médicos soluciones “milagrosas” de todos los problemas, con muy baja aceptación de la finitud y la muerte, presuponiendo, dicha sociedad, además, que los

---

médicos tienen un estatus e ingresos elevados cosa que no se acerca a la realidad. Esquerda señala la necesidad de un nuevo contrato social que incorpore la enfermedad, la muerte y el dolor como parte integrante de la vida en los que la medicina interviene dentro de unos límites y no es la “panacea” y solución para todo (Esquerda y Teres, 2021). Dicho contrato social debe aceptar que los médicos, por muy bien preparados que estén, no son infalibles y que al igual que otro ser humano necesitan soporte. Deberá también, dicho contrato, evitar promesas políticas extravagantes y la demagogia sobre soluciones imposibles desde la sanidad y sobre derechos ilimitados sin deberes. El “desajuste” entre el contrato social implícito (lo que la sociedad espera de los médicos) y el explícito (las condiciones del ejercicio profesional, contractuales y laborales. La precariedad que llevan viviendo por muchos años de temporalidad el sector sanitario. La realidad en definitiva tocando tierra que les toca vivir hoy), puede estar a la base del creciente malestar, *burnout*, desmotivación, huida a otros países con mejor trato hacia la profesión e incluso abandono de la profesión de muchos sanitarios.

Son muchas las consecuencias de ese malestar con cada vez mayores índices de *burnout*, que en los pacientes se traduce en peor calidad de cuidados, mayor número de errores médicos y peor trato percibido, y en los profesionales sanitarios con menor nivel de empatía, calidad de vida e insatisfacción laboral o riesgo para su salud mental. Merece la pena recoger lo que Ofri dice sobre dicho malestar: “la desesperación que veo hoy entre nuestros colegas es más que un agotamiento, es una traición a la confianza que le dimos a nuestra propia profesión” (Ofri, 2019). En realidad, hoy, la epidemia de *burnout* se debe a la decepción de los médicos por la forma implantada del ejercicio profesional, con elevadas exigencias por parte del sistema que van más allá de la propia atención sanitaria y que como contrapartida no muestran más que un reclamo sin tener en cuenta la situación y los derechos de los profesionales sanitarios.

Lo paradójico y hasta vergonzoso es que en medio de esta situación de pandemia los profesionales sanitarios han asumido la situación, se han hecho cargo de ella, cargándola sobre sus vidas y han dado respuesta a las elevadas demandas siguiendo el viejo contrato social, con grandes muestras de altruismo y realizando actos que la opinión pública ha denominado como “heroicos”, asumiendo el riesgo de contagio propio y de sus familias, con un gran estrés, sobrecarga emocional, física y psíquica, con falta de recursos y protección suficiente, flexibilidad horaria y desarrollo de funciones que no correspondían a la propia especialidad.

No puedo no aterrizar, aunque sea forzosamente, en el hoy que nos ha tocado vivir de cerca y que ha afectado y sigue afectando a tantos seres humanos, aunque ya no estemos bombardeados por cifras, imágenes y rostros. La pandemia de Covid-19, en la que todavía estamos inmersos, ha mostrado ese ser de carne y hueso de tantos sanitarios que con decisión, miedo y responsabilidad han estado con casi ninguna protección en primera línea y siguen estando en primera línea, algunos algo más protegidos y otros no, dependiendo del contexto y del país.

En la encíclica *'Fratelli tutti'*, el Papa Francisco, no olvidándose de la pandemia, destacó la importancia de la respuesta que los profesionales sanitarios, junto con otros colectivos, estaban dando en favor de la sociedad:

"(...) La reciente pandemia nos permitió rescatar y valorizar a tantos compañeros y compañeras de viaje que, en el miedo, reaccionaron donando la propia vida. Fuimos capaces de reconocer cómo nuestras vidas están tejidas y sostenidas por personas comunes que, sin lugar a dudas, escribieron los acontecimientos decisivos de nuestra historia compartida: médicos, enfermeros y enfermeras, farmacéuticos, empleados de los supermercados, personal de limpieza, cuidadores, transportistas, hombres y mujeres que trabajan para proporcionar servicios esenciales y seguridad, voluntarios, sacerdotes, religiosas comprendieron que nadie se salva solo" (Francisco I, 2020, n.54, p. 37) .

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre 80.000 y 180.000 profesionales sanitarios y asistenciales podrían haber muerto a causa de la Covid-19 en el periodo comprendido entre enero de 2020 y mayo de 2021 (Redacción Médica, octubre 2021) Esto significa que, de media, 115.500 trabajadores perdieron la vida durante la pandemia. Estas estimaciones se derivan de los 3,45 millones de muertes relacionadas con la Covid-19 notificadas a la OMS hasta mayo de 2021; una cifra que, de por sí, se considera muy inferior a la cifra real de muertes y que podría ser un 60% superior a la comunicada. "Tenemos la obligación moral de proteger a todos los trabajadores sanitarios y asistenciales, garantizar sus derechos y proporcionarles un trabajo decente en un entorno de práctica seguro y propicio", aseguraba el director del Departamento de Personal Sanitario de la OMS (Redacción Médica, octubre 2021).

A estos sanitarios los primeros días se les aplaudió, luego, ¿quién se hizo y se hace cargo de su situación real? Ni las instituciones, ni las administraciones públicas ni siquiera la sociedad llegan a asumir el desajuste y la asimetría entre el cumplimiento de las dos partes del contrato social. Este desfase ha supuesto y supone un elevado coste en los profesionales sanitarios desde el punto de vista físico, psicológico y ético.

Puede ser que la pandemia sirva para redefinir ese contrato social en el que será imprescindible una coherencia entre lo implícito y lo explícito, también un buen punto de partida para, como señalaba Jovell, "redefinir las relaciones entre medicina y sociedad en el

---



contexto actual de cambio social y, así, poder confrontar la tensión existente entre equidad, buena calidad asistencial, exceso de posibilidades asistenciales y recursos disponibles finitos” (Jovell, 2005). Se deberá abordar la adecuación contractual y salarial acorde a la responsabilidad asumida, recuperar autonomía profesional, competencia y sentido de pertenencia a la profesión y las instituciones con la participación, por parte de los profesionales sanitarios, en la toma de decisiones a todos los niveles. También será necesario considerar el bienestar de los profesionales sanitarios como parte central de la atención al paciente y como indicador de calidad para todo el sistema de salud.

Esquerda propone un modelo de atención que ella denomina “alienado” entre personas atendidas, profesionales sanitarios, instituciones y políticas sanitarias con el objetivo primordial de alienar de forma coherente: valores, creencias, cargas y responsabilidades entre todos los agentes que conforman el contrato social. Concluirá con que la profesión médica del s. XXI necesitará reforzar los valores del profesionalismo que sólo se podrá llevar a cabo de forma conjunta con un sistema sanitario que permita unas condiciones adecuadas del ejercicio profesional y una sociedad que reconozca y acepte que devolver la dignidad profesional no es otorgar privilegios (Esquerda y Teres, 2021).

Ojalá que esta asignatura pendiente del cuidar a nuestros profesionales sanitarios se vuelva necesidad, imperativo moral y justicia.

---

---

---

## **2. LA ÉTICA DEL CUIDADO: EL PROFESIONAL SANITARIO COMO OBJETO DEL CUIDADO**

Habiendo reflexionado sobre la vulnerabilidad del ser humano y en concreto sobre el profesional sanitario vulnerado y la necesidad de que sea cuidado, quisiera, en este capítulo, abordar el estado actual de la ética del cuidado, ver si se puede realmente fundamentar su razón de ser, reconociendo sus límites, búsquedas, posibles problemáticas, necesidades y respuestas. Y es que el cuidado empapa la vida de las personas como realidad diaria que muchas veces se da por supuesta o pasa desapercibida. Sin embargo, no podemos vivir sin cuidar y sin ser cuidados. Pero ¿por qué cuidamos de los otros? ¿qué razones sustentan la preocupación por los otros y el consecuente cuidado? En la actualidad vemos entrar en conflicto o tensión el cuidado de uno mismo con el cuidado de los otros. Realidad presente en el ejercicio de la profesión sanitaria. O en el día a día de las familias con la pregunta de quién debería cuidar a quien, ocuparse de los niños, ancianos y/o enfermos como los seres humanos que en su vulnerabilidad demandan esa atención directa o indirectamente.

Vamos a intentar precisar las condiciones éticas del cuidar humano de la mano de Torralba (Torralba, 2002, p. 3ss) para poder fundamentar, de alguna manera, la ética del cuidado y la necesidad de todos, también de los profesionales sanitarios, de cuidar y ser cuidados.

En todo discurso ético subsisten implícitos de corte antropológico y metafísico. Torralba parte de un implícito metafísico que sabemos en la actualidad no es compartido por todos los antropólogos y filósofos: la diferencia cualitativa entre lo humano y no humano (Torralba, 2002). Según Scheler el elemento diferencial es la categoría del espíritu, que denominaremos “interioridad” (Scheler, 1974) En la tarea del cuidar a una persona hay algo ineludiblemente humano que sólo el ser humano puede realizar (Torralba, 2002, p. 4). La antropología del cuidar se refiere a la praxis del cuidar y a las condiciones necesarias del ejercicio del cuidar, distinguiéndose una parte fenomenológica, cuya finalidad es describir lo esencial del cuidar analizando el fenómeno en toda su complejidad, y otra trascendental, siendo su fin indagar las condiciones básicas para que el cuidar pueda llevarse a cabo (Torralba, 1998, p. 309). Hay que distinguir entre antropología, que trata del ser humano y

---

la ética que trata del deber ser, es decir lo que podría ser el mundo si los humanos siguiéramos en nuestro vivir y actuar unos principios justos. En lo asistencial, igual que en otras esferas de la vida, hay profesionales que son excelentes en su quehacer cotidiano actuando desde el anonimato, pero también hay numerosos puntos débiles que repercuten en la acción de cuidar y curar. La progresiva deshumanización, la masificación, la falta de recursos, sobre todo humanos, la burocratización, la lucha de poderes, etc, afectan al ejercicio del cuidar y curar. Así la realidad es ambigua mientras que la ética se refiere a lo ideal, a lo óptimo y excelente, por eso queremos pensar que la realidad puede cambiar, las instituciones pueden transformarse y la acción profesional puede desempeñarse de otro modo.

La práctica del cuidar es un hecho de la vida colectiva, algo que se da naturalmente, sin embargo, no todas las formas de cuidar son iguales ni se pueden valorar de la misma manera. Las personas saben quién y dónde son mejor cuidados.

### **2.1. Estado actual de la ética del cuidado**

Subyace la pregunta de si realmente se ha elaborado una ética del cuidado a la altura del acto mismo del cuidar (López, 2011, p.20). Antes de 1982 no se hablaba mucho de una ética del cuidado. Así lo señalaba Warren T. Reich al decir que la noción del *cuidar* nunca ocupó un lugar central en la ética de occidente. Existe una tradición de reflexión filosófica y teológica sobre la noción de *cuidar*, que, sin dar razón del por qué, los autores que más han escrito sobre el cuidado han dejado sin explorar (Ferrer y Álvarez, 2003, p. 285).

“La historia del cuidado muestra que, en un nivel, el cuidado es una condición previa para toda la vida moral. También manifiesta varios marcos para una ética del cuidado, incluida la ética evolutiva, la ética de la virtud, una ética del crecimiento, una ética de la respuesta y la ética del deber, sin embargo, no se encuentra una ética formal y sistemática del cuidado en las fuentes examinadas. Repetidamente en la historia uno se encuentra con un elemento dialéctico en el que pares de ideas de cuidado luchan entre sí: cuidado como preocupación o ansiedad versus cuidado como solicitud; el cuidado que permite el crecimiento versus el esfuerzo por cuidar que le roba a una persona el autocuidado; o cuidar técnicamente al otro en lugar de preocuparse por el otro. Hay mucho que aprender de la historia sobre el lado oscuro del cuidado y cómo los humanos podrían lidiar con él” (Reich, 1995, p. 319-329).

Es necesario señalar que el cuidado, dentro de la práctica asistencial, ha sido una labor propia de la enfermería. Nightingale en el siglo XIX propuso el cuidado en clave práctica intentando sistematizar, con rigor y especialización, la tarea propia de la profesión. También, dentro de la enfermería, los cuidados fueron definidos por Henderson como “asistir al individuo enfermo o sano en la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su

---

recuperación, que el realizaría por sí sólo si tuviera la fortaleza, voluntad y los conocimientos necesarios” (Feito, 2000, p. 170). Para Orem, “la enfermería interviene cuando la persona o el grupo carece de capacidad suficiente para proporcionarse los cuidados necesarios” e Hildegarde Peplau colocará las acciones de la enfermería en el establecimiento de una relación interpersonal con el enfermo (Vielva, 2002, p. 36-37). Peplau se interesará por la vivencia que la persona tiene de la enfermedad y por las necesidades humanas que la situación le genera (Vielva, 2002, p. 36-37).

Beauchamp y Childress consideran el término del cuidado como “la preocupación por el compromiso y el deseo de actuar en beneficio de las personas con las que se tiene una relación estrecha. De esta manera las reglas universales de Kant, los cálculos de los utilitaristas y los derechos universales pierden importancia” (Beauchamp y Childress, 2002, p. 80). Estos autores consideran que el cuidado queda vinculado al feminismo siendo imposible llegar a una teoría ética del cuidado consistente y afirman que la ética del cuidado no reúne los principios propios de una teoría (claridad, coherencia, integridad y comprensibilidad, simplicidad, poder explicativo y justificativo).

Señalará Kuhse que el concepto del cuidado es demasiado escurridizo existiendo el peligro de poner las relaciones y los sentimientos por encima de las normas morales imparciales sin ningún discernimiento (Kuhse, 1997, p. 144).

Torralba recoge el cuidar desde la filosofía como una estructura formal, ontológico-existencial del ser humano. Algo de ello desarrollaré más adelante. (Torralba, 2002, p114).

También desde la filosofía Feito considera el cuidado como capacidad humana, como una acción teñida de valores y sustentada de razones. Reconoce que lo constitutivo del ser humano es estar abierto a la capacidad de sentir a otro ser humano como merecedor de cuidado (Feito, 2000, p. 137).

En general, hasta el día de hoy, la ética del cuidado se ha quedado enmarcada en el contexto de las éticas feministas y en concreto en respuesta y confrontando al pensamiento kohlberguiano en la discusión frente el principio de justicia, pero sin lograr superar el particularismo y el emotivismo. Señala López que podríamos lamentar que el cuidar se haya quedado atrapado en las disputas feministas y el debate abierto entre lo público y lo privado, sin embargo, afirma que debemos considerar el cuidado como una categoría de respuesta universal al sufrimiento más amplia y que por ello debemos otorgar entidad ética a dicho cuidado y valorar si estamos ante una virtud emergente en nuestro siglo que con razones fuertes para su impronta ética lo conviertan en un imperativo para la bioética. Ella lo abordará desde la bioética teológica, para recuperar el concepto del cuidado con precisión

lejos de toda manipulación o sesgo. Intentará ir más allá del fundamento ético de la relacionalidad fundamental de los seres humanos en esa opción de estar en relación como una persona que cuida (López, 2011, p. 21, 26).

Es abundante la literatura en torno al cuidado en un marco amplio sanitario, ético y vinculado a políticas de salud, pero no es el cometido analizarlo todo. Sólo voy a señalar las líneas de pensamiento más relevantes de algunas autoras, sus aportaciones y sus límites.

**Carol Gilligan** es sin duda quien ha marcado un hito en lo que se refiere al cuidado. Su pensamiento está recogido en su obra *In a different voice*, donde se confronta con el pensamiento de Kohlber, de quien fue asistente de investigación. Kohlber, siguiendo a Kant, había investigado la teoría de la evolución moral con una escala de seis etapas midiendo la competencia en el razonamiento moral con un aprendizaje más o menos inducido, un formalismo imparcial basado en la racionalidad. El problema es que su base empírica fue el estudio en 84 niños varones, en un periodo de 20 años, creyendo que la evolución moral es válida universalmente tanto para hombres como para mujeres. Cuando dichas pruebas se aplicaron a mujeres no parecían alcanzar el mismo razonamiento moral que los hombres, pareciendo menos maduras. Ahí es donde Gilligan cuestionó la “neutralidad de género” de los estudios de Kohlber pues constató que las mujeres no son menos maduras moralmente que los hombres, sino que hablan “in a different voice” (Ferrer y Álvarez, 2003, p. 267).

Gilligan establece que la moral trata del cuidado responsable que pide que el agente acoja y responda a las necesidades del otro. Para ella las mujeres consideran la moral en términos de responsabilidades de cuidado derivadas de la relación con los demás y los hombres en términos de derecho y justicia. Así la tensión entre derechos y cuidados refleja la dialéctica de la vida moral y del desarrollo humano global. Dirá que mientras la ética de la justicia parte de la premisa de la igualdad, la del cuidado se apoya en la premisa de la no violencia por la que no se debe dañar a nadie.

Aunque no dice que los modelos de ética de la justicia y del cuidado estén enfrentados o el de la ética del cuidado deba sustituir al de justicia, sí se cuestiona el planteamiento de Gilligan en cuanto a si las mujeres hablan un lenguaje moral distinto y que éste sea relacional y ligado al cuidado o si estas características son necesariamente propias de lo femenino y se ha establecido así. Aunque es verdad que existe una asociación entre ser mujer y la ética del cuidado, no existe un vínculo absoluto determinante ni determinista (Ferrer y Álvarez, 2003, p. 270).

Kuhse afirma: “tanto la perspectiva de la justicia como la del cuidado (...) son posibles para hombres como para mujeres y ambas son válidas” (Kuhse, 1997, p. 108-109). Lo que

---

más se cuestiona como déficit e incapaz de garantizar la vida moral son los círculos de cuidado que simplifican demasiado las obligaciones morales y su extensión, en un mundo globalizado en donde es muy necesario plantearnos los deberes respecto a la justicia vinculándonos con las poblaciones más empobrecidas de los países en vías de desarrollo, las generaciones futuras y la preservación de los ecosistemas. Estos serían los extraños remotos. Gilligan afirma que no estamos obligados a convocar el “yo remoto” de la obligación ética pues no tenemos la posibilidad de establecer relaciones de reciprocidad con dichas poblaciones más vulnerables. Diremos que esta visión es muy recortada al no tener en cuenta las relaciones de interdependencia entre todos los habitantes del planeta (Ferrer y Álvarez, 2003, p. 275-276).

**Nel Nodding**, quien no tiene un interés especial por la bioética, sino que estando ligada a la filosofía de la educación presenta formulaciones que influyen en la ética del cuidado, afirma que el cuidado es la única actitud moral legítima y que todos, independientemente del género, deberían investigar la ética femenina del cuidado y abandonar las reglas abstractas de la justicia. Para ella el elemento esencial se encuentra en la relación entre la persona que cuida y la persona que es cuidada. Tiene como partida y fundamento el fenómeno de la relacionalidad constitutiva de los seres humanos. “Cuidar” es establecer una relación entre dos personas. (Noddings, 1984, p. 271-272). Estos son los enfoques que hasta hoy han primado en la comprensión bioética del cuidado. Se ponen en juego el sentimiento y la relación. Según ella hay una experiencia primigenia basada en una inclinación natural *natural caring*. Sería una relación humana y una respuesta afectiva aprendida en el núcleo familiar expandiéndose hacia el cuidado de otras personas dando lugar al cuidado ético *ethical caring*, como respuesta al recuerdo del cuidado natural. En este cuidado, nuestro deseo de atender a nuestros propios intereses entra en conflicto con la llamada a cuidar de las necesidades del otro. En el cuidar ético entran en tensión el “yo quiero” y el “yo debo” y en ese caso debe prevalecer el compromiso con el ideal ético.

Algunos elementos que Noddings aporta pueden servir a la ética del cuidado, como la afirmación de una actitud de cuidado para con los otros que depende del desarrollo de la persona, del buen recuerdo que se tenga de haber sido asistido y de asistir. También el que la relación sea el locus específico del pensamiento moral y que la actitud para el cuidado, que está dentro de todo compartimento moral, es universal (Noddings, 1984, p. 44). Al considerar Noddings que el cuidado natural se abre más allá de los cercanos como un “cuidar ético” se convierte en referente obligado para la enfermería. Feito aborda desde ahí la obra de Noddings indicando cómo el profesional de enfermería busca la realización personal

---

proyectando el ideal ético para determinar los mejores cuidados, al atender y ayudar al enfermo, en situaciones en las que no emerge el cuidado natural, viéndose de alguna manera exigido por este ideal ético (Feito, 2009, p. 150-151).

Noddings es criticada por tomar como modelo del cuidado la maternidad pudiendo servir para justificar la desigualdad por lo que será necesario superar la preeminencia del modelo de cuidado femenino marcado por el innegable hecho histórico y por la laterización de la reflexión casi exclusivamente desde la profesión de enfermería y las éticas feministas.

López afirma que estando de acuerdo con que cuidado y relación son inseparables, así como cuidado y crecimiento personal, considera que su rango ético es superior al hasta ahora prefijado. Intentará con los aportes desde la *epiméleia* al menos superar la preeminencia del modelo femenino (López, 2011, p. 31).

**Sahara Ruddick** también desarrolla su pensamiento sobre el cuidado en torno a las atenciones maternas (Ruddick, 1989). Afirma que proporcionar cuidados suscita un auténtico y verdadero pensamiento materno donde razón y pensamiento se unen y que la atención a los hijos es natural y proporciona a la ética un modelo de resolución de conflictos.

Izquierdo tiene cuestionamientos frente a las tensiones entre igualdad y diferencia y su relación con el cuidado, manifiesta que se idealiza demasiado la naturaleza maternal de la mujer cuando las éticas feministas parten de esa “diferencia” atribuyendo a la mujer cualidades innatas anteriores a lo social o capacidades desarrolladas como resultado a esa exposición social atribuida específicamente a las mujeres (Izquierdo, 1998, p. 382-383). Esto ocurre en las autoras señaladas anteriormente que toman como punto de partida una característica diferencial de las mujeres, los cuidados maternos, para defender la propuesta de una ética del cuidado. Surge entonces la pregunta: ¿por qué sólo hay que limitar la forma del cuidado a la estructura de relación de madre e hijo?

Izquierdo dirá también que el amor a los demás no lo mueve todo pues constata que el odio, la rivalidad a veces mueve más que el amor. Dirá también que la ética del cuidado contiene un elemento narcisista para orientar el actuar de un modo ético, a través del cuidado de uno mismo y también el no cuidar demasiado, el cuidado de dejar a los otros que se ocupen de sí mismos pues pueden hacerlo mejor que nosotros (Izquierdo, 1998, p. 382-385).

López, desde el concepto de cuidado como *epiméleia* trata sobre el cuidado de sí sin que sea preciso un narcisismo como afirma Izquierdo. Cuidarse es intrínseco al concepto *epiméleia* y el ser humano no debe volverse egocéntrico para realizarse. La *epiméleia* desde la tradición filosófico-teológica desmiente la negación del cuidado de sí, (volveré sobre este

---



sentido del cuidado de sí, *epiméleia*, más adelante). López afirma también que una correcta comprensión del cuidado es la mejor defensa hacia los abusos que ha habido en el ámbito de las mujeres a lo largo de la historia (López, 2011, p. 32).

En **Annette Baier** vemos que su ética del cuidado es una ética del amor basada en la confianza entre personas en un espacio y tiempo. El mismo acto de confiar nos hace vulnerables así las mujeres deberán, según la autora, fiarse parcialmente para no perpetuar la situación de opresión y mientras no se viva en una sociedad en la que los hombres también cuiden de los otros y no sea un rol sólo femenino. Su postura es de carácter político tratando de analizar las relaciones de poder y opresión, excesos y desequilibrios en las relaciones de cuidado. Intenta conectar la ética del cuidado con la ética de la obligación (Marsico, 2003, p. 45-46).

No se debe dar por sentado que la ética del amor incluya la del cuidado dirá López.

**Virginia Held**, filósofa, se pregunta sobre la posibilidad de sustituir el paradigma del hombre económico por el de la relación madre e hijo y desde ahí la hipótesis de cómo pensar una sociedad basada en la moralidad femenina con una transformación global de las relaciones entre personas. Ella trasciende el concepto de maternidad puramente biológica, cree que quien se ocupa de un niño transformará la cultura y la realidad social creando personas que se transformarán a sí mismas y el entorno que les rodea. Considera la necesidad de que la ética debe tener en cuenta al menos el principio de justicia, aunque también tiene cierta aversión a principios abstractos y reglas universales de la ética del cuidado como la dependencia mutua, la contextualización y la asignación de un papel moral a las emociones. Held ve la necesidad de superar la primacía de la razón sobre los sentimientos y el dualismo que se crea entre lo público, lugar de racionalidad y lo privado, lugar para los sentimientos y la emotividad (Held, 1997, p. 82, 212 y Marsico, 2003, p 48. 52). Una objeción hacia su pensamiento en este sentido es que en el cuidado existen más modelos que el de la maternidad, aunque ella intente ir más allá de éste.

**E. D. Pellegrino y D. C. Thomasma**, máximos representantes de la ética de la virtud en bioética con el paradigma areteico que explicita una tabla de virtudes propias del acto médico: fidelidad a la promesa, benevolencia, abnegación, compasión, humildad intelectual, justicia y prudencia. Desde el cuidado en la práctica médica consideran que el curar radical y verdadero es un buen modo de cuidar del paciente. Pellegrino y Thomasma consideran al cuidado como una arte moral fundamental para cualquier práctica de la salud desde ahí se proponen cuatro sentidos de cuidado: compasión(estar preocupado por otra persona, sentir, estar conmovido por la situación difícil de otra persona), asistencia en la vida (hacer por la

---

otra persona lo que ella no puede hacer por sí misma, ayudar en la actividades de la vida diaria), seguridad (hacerse cargo del problema y hacer que todo conocimiento apropiado y habilidad vaya dirigido al problema para cambiar el curso de la enfermedad) y competencia (realizar todos los procesos necesarios, personales y técnicos, para la mejoría). Hay que decir que el modelo biomédico actual desafía la medicina basada en el cuidado y la compasión. Estos autores sin embargo consideran que el cuidado integral, satisfaciendo estos cuatro sentidos, es una obligación moral de los profesionales de la salud. Esa obligación moral surge de la relación humana especial que une a alguien que está enfermo con el que le ofrece su ayuda. Consideran que cuando la caridad está en acción aparece el cuidado, ellos no tienen problema en afirmar en un mismo nivel que compasión, cuidado y caridad son sentimientos implantados en la naturaleza humana por Dios (Pellegrino y Thomasma, 2008, p. 103-108).

**Marta López Alonso**, en su trabajo como respuesta al reto que planteaba Reich al afirmar que la ética del cuidado no ha prestado atención a la historia de la noción de cuidado anterior a 1982 y desde el intento de entender el porqué de su olvido y desacreditación, hace una relectura de la palabra griega *epiméleia* encontrando muchos sentidos del cuidar en las fuentes de la medicina, en escritos de autores filosóficos relevantes y en la tradición cristiana griega. Desde la *epiméleia* afirma que estamos frente a una virtud que obliga a enunciar el cuidado como principio ético ineludible para varones y mujeres necesitando una estructura ética de persona consistente y capaz de asumir dicha responsabilidad. Además, recoge y considera que la ética del cuidado va más allá del paradigma feminista y el femenino y que debe ser traído a la luz desde el olvido o presencia oscurecida que se ha dado a lo largo de la historia, tanto en la filosofía como en la teología, desde un sistema patriarcal. En un marco histórico donde la mujer ha reflexionado y escrito poco, al menos no tanto como los varones, sobre el cuidado, sí lo ha ejercido por eso, dirá López, que “puede ser que veamos en nuestros días que ese aparente silencio sea sólo el preludio de un tesoro escondido a la espera de ser desvelado”. Afirmará también que deben ser superados los paradigmas de mujer que cuida por “naturaleza” para que se pueda renombrar la naturaleza masculina desde el cuidado en la búsqueda de la “medida humana” desde la *epiméleia* que propone la filosofía y el propio Evangelio ya sea desde la creencia o increencia (López, 2011, p. 34). En su intento de dar alternativas al término cuidar más allá del unilateralismo feminista y clínico con la ruptura del paradigma de la feminización del cuidado, que ha dañado más que otra cosa a las mujeres, trae a colación que el arte del cuidar ha estado presente en otros espacios como el de la educación, la administración, el culto, la vida de fe, etc, lugares en los que el cuidar ha sido ejercido tanto por varones como mujeres. Así, aunque es verdad que las mujeres han sido

---

garantes del cuidado práctico es necesaria una nueva forma de ver el cuidado más liberadora e inclusiva de los varones como un espacio común de realización. Habría mucho más que señalar del aporte de la reflexión de López a la ética del cuidado, pero considero que debo acotar dicha reflexión en este trabajo. Sin embargo, como he señalado antes, retomaré algo más adelante la reflexión que ella hace sobre la *epiméleia* y el cuidado de uno mismo, pues sólo quien cuide de sí, en constante tensión con la preocupación por el otro realizará la esencia de la *epiméleia*, el vivir filosóficamente ocupándose de lo verdaderamente humano y consolidando la vida buena, ya que quien cuida transita la realidad atento y preocupado por la vida en su más hondo y positivo sentido, quien no, sólo rodea dicha realidad, afirmará dicha autora (López, 2011, p 361-373).

## ***2.2 Itinerarios de fundamentación de la ética del cuidado***

Después de haber señalado las líneas de pensamiento más relevantes, con sus aportes y sus límites, sobre la ética del cuidado y en esa búsqueda de una posible fundamentación que nos pueda servir para el cuidado del profesional sanitario, vamos a considerar la contribución de Francesc Torralba en este terreno. Como señalábamos antes, Torralba ha contribuido a repensar desde un plano antropológico y filosófico el cuidar, reelaborando los elementos principales del cuidado de forma amplia, intentando fundamentar la ética del cuidar racionalmente y afirmando que hay que tener en cuenta que el ejercicio de la razón se desarrolla siempre y en cualquier circunstancia en el seno de una cultura y en una fracción de la historia, lo que significa que la razón humana jamás es pura, en el sentido kantiano, sino más bien histórica. Esto lo debemos tener en cuenta a la hora de intentar fundamentar la ética del cuidado (Torralba, 2002, p. 32). Cuando se trata de fundamentar la ética se trata de dar razón de los imperativos morales, del porqué debe obrarse en una determinada dirección. Pero cuando se trata del ejercicio del cuidar, éste no puede definirse exclusivamente como una práctica puramente racional, ya que la tarea de cuidar incluye aspectos de tipo emotivo, social, psicológico, cultural y económico. Con todo, el ejercicio de cuidar a un ser humano vulnerable es un deber racional y social de carácter universal que trasciende culturas y tradiciones y pone de relieve el grado de humanidad, es decir, de ética que tiene una determinada sociedad en un momento determinado de la historia. Torralba señala un conjunto de razones para afirmar que el cuidar a otro vulnerable es un deber aun sabiendo que el por qué definitivo, es decir, la razón última de esta acción pertenece a lo metaético, no al orden de la razón sino al orden de las creencias (Torralba, 2002, p.32). Reconoce la necesidad de un lugar de encuentro entre la razón filosófica y la razón teológica

---

ya que estamos en el marco de una sociedad plural y secular. Un lugar donde todos y cada uno de los miembros racionales y libres de la sociedad, más allá de su ética de máximos y convicciones fundamentales, compartan unos mínimos éticos de carácter ineludible. Es necesaria esta tarea de fundamentar la ética para salvarla del peligro del relativismo y del dogmatismo. Dirá que necesitamos ubicar a la ética del cuidar en un equilibrio entre ambos extremos y sólo será posible desde un discurso de carácter racional (Torralba, 2002, p. 33).

Toda fundamentación se refiere a una experiencia anterior, a una tesis metaética que constituye el punto de partida de ésta. Esa protoexperiencia define todo el discurso ético siendo además una experiencia que supera lo estrictamente racional. Es el sentimiento moral o experiencia del deber. Dicha experiencia se ve muy clara en el ejercicio de la profesión sanitaria. Como prueba cercana en el tiempo tenemos la pandemia donde ese “deber de cuidar” se extendió a varios sectores de la sociedad que se consideraron, en ese momento, esenciales: sanitarios, farmacéuticos, policías, personal de supermercados, transportistas, etc. Para Torralba el punto de partida de la ética del cuidar deben ser las virtudes ya que en la praxis del cuidar es fundamental el cultivo de unos hábitos, de una forma de vida continuada en el tiempo no siendo suficiente el cumplimiento de unos principios (Torralba, 2002, p. 85). Lo que es básico para el buen desarrollo de los cuidados es que el profesional o la persona que cuida desarrolle un abanico de virtudes tanto en el orden práctico como en el teórico. Cuidar a un ser humano vulnerable requiere la virtud de la paciencia, tenacidad, fortaleza, humildad, coraje y esperanza. La virtud es un modo de ser, es decir, una manera de estar en el mundo y de relacionarse con los hombres y con la naturaleza que se caracteriza por el equilibrio y la armonía. El hombre virtuoso desarrolla su acción en el punto medio, se mueve entre los radicalismos y las extremidades. Para el autor es necesario estructurar la ética del cuidar desde una ética de las virtudes siguiendo a MacIntyre y otros moralistas (Torralba, 2002, p. 22ss). El cuidar óptimo es el que se mueve en el punto medio, sin embargo, en el arte de cuidar la exploración del punto medio es difícil pues no siempre coincide lo que interpreta el enfermo a lo que interpreta el asistente. La acción de cuidar es virtuosa cuando tiende hacia el punto medio.

Cabe la pregunta también si es posible una ética secular de las virtudes a lo que responde Torralba que no sólo es posible, sino que es necesario sobre todo en el campo de la salud y por ende en la praxis del cuidar y curar (Torralba, 2002, p. 25). Con todo dirá que la ética del cuidar puede elaborarse a partir de una ética secular de las virtudes cuyo referente puede ser Aristóteles y que para ser de carácter universal deberá enriquecerse con el legado moral de otras culturas ajenas al mundo occidental, pero además no debe excluir

---

el discurso teológico, sino que dicha perspectiva introduciendo las virtudes teológicas enriquecerá el discurso teórico y práctico sobre el cuidar. La ética del cuidar tiende a un ideal, a un impulso utópico. Entre la realidad y el ideal en el horizonte, se construye la ética del cuidar que debe integrar una antropología del cuidar, el conocimiento de las instituciones y del entorno institucional, político, social, cultural y religioso (Torralba, 2002, p. 26).

Hay que decir, en línea con el tema que tratamos y desde la necesidad palpable de cuidado de los profesionales sanitarios, que dichas instituciones deberían tener en cuenta el estado de salud de dichos profesionales para que puedan desarrollar su profesión en condiciones éticas y por lo tanto humanas. El ejercicio del cuidar va más allá de lo estrictamente sanitario pues afecta a otros agentes sociales como la familia, la educación, etc. Debe haber unos criterios, unos referentes, pues no todo vale. Es necesario pensar y justificar en el plano de la razón el porqué de las cosas pues lo que es de sentido común debe formularse racionalmente y lo que forme parte de la intuición debe argumentarse y legitimarse hasta donde sea posible. Así ocurrirá también con la ética del cuidar (Torralba, 2002, p. 22-27). Torralba intentará desde la alteridad, la responsabilidad, la solicitud, la conminación y la vulnerabilidad buscar aproximaciones e itinerarios de fundamentación para la ética del cuidar, algo de esos itinerarios de fundamentación como la ética de la alteridad, la ética de la responsabilidad ya mencioné en el primer capítulo cuando traté la vulnerabilidad por lo que no voy a volver sobre ello.

Sí mencionaré distintos elementos fundantes o elementos constitutivos que necesitan ser articulados para el ejercicio del cuidar que Torralba recoge de Brykczynska y sobre los que reflexiona (Brykczynska, 1992, p. 4). Son los constructos éticos de la praxis del cuidar, es decir, las virtudes básicas e ineludibles que se requieren para cuidar a un ser humano con excelencia. Son hábitos personales y profesionales que se exigen en dicha tarea y que deben estar presentes en el cuidado de aquel ser humano vulnerable o que haya sido vulnerado, sea sanitario o no.

*La virtud de la compasión* que es el percibir como propio el sufrimiento ajeno. Es la capacidad de interiorizar, como si fuera una experiencia propia, el padecimiento de otro. La compasión es el constructo más fundamental del cuidar (Torralba, 2002, p.86). Difícilmente se puede desarrollar la acción del cuidar sin compasión, aunque ésta por sí sola no es suficiente, pero es necesaria. La compasión sería el primer motor inmóvil para Aristóteles. La compasión es una virtud moral presente en el pensamiento moral de todos los tiempos, en el Occidente griego, romano y cristiano y en el Oriente budista o confucionista. Compadecerse es un hábito del corazón que exige un movimiento extático, una salida de sí

---

para comprender al otro en su contexto (Torralba, 2002, p. 87). No es empatía pues la empatía es espontánea dirá Torralba. La empatía es una especie de comunión anímica que se establece por casualidad entre dos seres, ésta facilita la relación entre profesional y paciente, pero no es un hábito o virtud pues la virtud es un hábito que requiere esfuerzo, trabajo del espíritu y del cuerpo. Por eso la compasión es una virtud, un hábito cuyo ejercicio perfecciona moralmente a la persona que lo cultiva, le aproxima al otro y esa proximidad al sufrimiento del otro es el requisito necesario para la conducta ética (Torralba, 2002, p. 87-88). Cuando hay un movimiento solidario, una acción transformadora, entonces la compasión es real y hay verdadera interiorización del sufrimiento. La compasión no puede definirse como un sentimiento gratuito y arbitrario pues es más que un sentimiento, pero tampoco como un deber de tipo racional, aunque cuando se siente compasión se siente por unas determinadas razones objetivas que pueden ser analizadas. En la compasión hay elementos de emotividad, algo que toca el corazón, pero también actúa la razón práctica para dilucidar las razones de dicha compasión y las prioridades que debe tener en cuenta (Torralba, 2002, p. 88). Se relaciona con el darse cuenta de la vulnerabilidad del otro, requisito indispensable, y con la alteridad, requiriendo el rostro a rostro, el encuentro interpersonal. La virtud de la compasión no debe limitar la autonomía del paciente ni la libertad ajena sino desarrollarla en su grado óptimo. Se trata de ponerse en la piel del otro sin robarle su identidad ni invadir su mismidad, debe buscar el desarrollo de la autonomía del otro y no su dependencia (Torralba, 2002, p. 89). Habría que ejercitar por parte de la sociedad y de las instituciones esa virtud de la compasión hacía los mismos profesionales sanitarios que intentan dar lo mejor de sí mismos en el ejercicio de su profesión pero que a veces se encuentran con el maltrato institucional y/o social. Una imagen que ha quedado en la retina han sido las pintadas en algún coche o en alguna pared rechazando la presencia de dichos profesionales por ser un posible vehículo de contagio cuando ellos mismos se han jugado la salud y la vida por atender a los que han sido infectados. Hay una desproporción que se puede calificar injusta e inhumana en este trato.

*La virtud de la competencia*, virtud básica de la deontología. Ser competente es estar capacitado para desarrollar la propia profesión de un modo óptimo, para ello es necesario conocer desde el fondo las diversas disciplinas que forman la profesión y obligarse a formarse continuamente (Torralba, 2002, p. 90). Es necesario pues conocer al ser humano de forma global. Las habilidades de orden técnico han de ir acompañadas de otras de orden espiritual y psicológico.

---

Así lo expresará Bryczynska:

“Sin lugar a duda, es más difícil cuidar espiritualmente y psicológicamente a los pacientes que desarrollar un área técnica de atención. Los momentos de cuidado verdaderamente integrado y holístico son como joyas preciosas, difíciles de alcanzar, pero hermosas cuando se encuentran. Sin embargo, es parte del poder de la perspicacia profesional y la empatía comprender cuándo se necesita experiencia técnica además de las habilidades psicosociales. A menudo es la experiencia en ambos dominios lo que se requiere, y es más probable que el cuidado ocurra cuando se considera que el equilibrio de la experiencia psicosocial, espiritual y técnica es la correcta” (Bryczynska, 1992, p. 19).

Es un reto formar a profesionales competentes en el ejercicio del cuidar pues el déficit en el cuidar o la crisis del *caring* se puede deber a la formación deficitaria de los profesionales sanitarios en el ámbito de las ciencias humanas, de la psicología, de la ética y de las prácticas comunicativas. Es importante considerar seriamente esta necesidad pues redundará en beneficio de dichos profesionales a la hora de enfrentarse al ejercicio de la profesión y por tanto en beneficio de los pacientes.

*La virtud de la confidencialidad.* En situaciones de vulnerabilidad el ser humano necesita un confidente que tenga capacidad de escucha y discreción para guardar secretos. Implica silencio y respeto para preservar la vida íntima del otro, su privacidad y su universo interior (Torralba, 2002, p. 91).

El paciente se ve obligado, a veces en su situación, a exponer su corporeidad y su intimidad al otro, poner fuera de sí lo que uno es, dicha tarea produce vergüenza. Es necesario un trato delicado y confidencial que dé garantías de que aquello que ha tenido que exponer no va a ser objeto de exhibición. La virtud de la confidencialidad del cuidador debe ser practicada no sólo frente al paciente sino frente a sí mismo y frente a su arte, es necesaria una autoaceptación que se da cuando el cuidador tiene conciencia de quien es y de sus límites. Cuando puede comunicar a alguien sus carencias y sus deseos, pero si no reconoce sus fronteras no estará capacitado para comunicar a alguien su ser imperfecto y no podrá ser un buen confidente pues sólo desde esa experiencia de límite podrá ser confidente de otros (Torralba, 2002, p. 92).

*La virtud de la confianza.* Como diría Laín Entralgo, en el acto terapéutico hay mucho de confianza, de beneficencia. Para cuidar a un ser humano en situación de vulnerabilidad es preciso que se establezca una relación de confianza y de fidelidad, es decir de fe en la otra persona (Torralba, 2002, p. 92). Es una virtud personal y profesional. El profesional debe dar pruebas de su confianza, garantizar su cuidado por medio de su eficacia y eficiencia dando motivos y razones de sus acciones. Así la profesionalidad ejercida de un modo excelente es el mayor motivo de confianza. Dicha confianza no es la fe absoluta en el profesional y en su

---

capacidad de sanar o de cuidar pues debe partir del carácter limítrofe y vulnerable de la condición humana pues también el profesional y el arte que desempeña es finito y debe contarse con ello. Reconocer esta limitación no niega autoridad moral, sino precisamente todo lo contrario. Confiar en otro es saber que el otro hará lo posible por salvarme (Torralba, 2002, p. 93). Cuando el paciente sabe que el profesional no le va a abandonar asume con tranquilidad su situación y acepta los riesgos y problemas que conlleve el tratamiento. Por eso la confianza requiere un tiempo y espacio determinado, un trato. En un clima de confianza personal, profesional o institucional, el proceso de curar y cuidar es mucho más eficaz que en un contexto de desconfianza básica. El arte de cuidar requiere el constructo ético de la confianza, pero también el arte de ser cuidado, pues quien desconfía de todo y de todos no se deja cuidar y quien no se deja cuidar imposibilita la intervención. Así también el profesional sanitario, al ser vulnerable como todo ser humano, deberá tener presente la necesidad, en momentos, de dejarse en manos de otros con confianza.

*La virtud de la conciencia* entendida como tal implica reflexión, prudencia, cautela, y conocimiento de la situación ante la que actuar. La conciencia es una instancia fundamental del ser humano, pertenece a su dimensión interior y tiene un valor integrador. Ser consciente de algo, es asumirlo, reflexionar sobre sus consecuencias, saber lo que se está llevando entre manos. La conciencia es un constructo del cuidar en el sentido ético del término. Es fundamental la conciencia de la profesionalidad manteniendo la tensión entre estar atento a lo que se está haciendo y no olvidar nunca que el otro vulnerable que está entre mis manos y mi cuidado es un ser humano con dignidad intrínseca. Una de las garantías de la buena praxis es ser consciente de todos los factores que influyen en el ejercicio del cuidar y de las dificultades que implica cuidar bien a un ser humano. Quien no es consciente puede creer que su modo de obrar es excelente cuando no sea tal y puede banalizar la ardua tarea de cuidar haciéndolo como algo mecánico (Torralba, 2002, p. 94-95).

Estas virtudes básicas e ineludibles (compasión, competencia, confidencialidad, confianza y conciencia) que, como decíamos, se requieren para cuidar con excelencia a un ser humano, serán también necesarias cuando nos situemos frente al profesional sanitario vulnerable.

¿Cómo no tener compasión ante aquellos que en su diario vivir intentan poner lo mejor de sí mismos en su ejercicio profesional para curar y/o mejorar la calidad de vida de sus pacientes y en ese ejercicio se ven vulnerados y necesitados de cuidado?

---



### **2.3. Hacia una ética del cuidar del profesional sanitario**

En esta búsqueda de una posible fundamentación de la ética del cuidar, en el discurso ético va a ser necesario distinguir entre lo trascendental, lo esencial y lo categorial. Lo trascendental, según Kant, se refiere a las condiciones de posibilidad de algo, su condición fundante, así lo trascendental del cuidar se refiere a lo fundante, a lo que debe darse como condición ineludible para poder ejercer el arte del cuidar. Lo categorial se refiere a lo que se da bajo coordenadas espacio temporales. Lo categorial del cuidar son los rasgos que caracterizan, desde el punto de vista externo, al ejercicio del cuidar, son rasgos éticos exigibles moralmente a la hora de cuidar a un ser humano. Está lo categorial fáctico, que es la descripción de la realidad y lo categorial ético que es lo que debe hacerse en un momento dado. Entre lo trascendental y lo categorial está lo esencial que es la naturaleza, el contenido semántico de su definición. Se debe delimitar lo que es en sí misma deslindando lo accidental y periférico. La naturaleza ética del cuidar es lo que debe ser la tarea de cuidar en su grado óptimo, a partir de un determinado horizonte de sentido.

**2.3.1 Lo categorial del cuidar** es lo más concreto y visible. Torralba recoge de Brykczynska los elementos del tacto y de la escucha atenta que deben ser tenidos en cuenta (Torralba, 2002, p. 98).

*El tacto* es fundamental para ejercer el cuidado. Sabe a proximidad, a contacto, a cercanía pues el cuidado no puede ser virtual, ni a distancia, sino presencial. El tacto, en sentido literal, significa aproximarse a la persona que sufre, al vulnerable, desde el respeto y la atención. Implica tocar, a veces acariciar (los ancianos y los niños perciben en esa caricia, seguridad y cariño), contacto cercano. En sentido metafórico es la capacidad de estar en una determinada circunstancia sin incomodar. Saber decir lo más conveniente y saber callar cuando es oportuno.

*La escucha atenta* es prioritaria en el arte de cuidar. Es una forma de estar atento al otro, de atender la palabra ajena. Tiene que ver con la voluntad y la disponibilidad de abrirse y dejar que la voz del otro nos toque. Exige antes el rol de “escuchador” más que el de “hablador”. El ser humano necesita de la comunicación y ésta es el eje central del acto de cuidar. Escuchar requiere un *día-logo*, es decir, *dos logoi*, dos diferentes paradigmas de racionalidad en el que uno dice y el otro escucha (Torralba, 2002, p. 97-112).

En el tema que nos ocupa de cuidado del profesional sanitario podemos señalar en cuanto a lo categorial fáctico, que la realidad que nos encontramos es la de un profesional sanitario vulnerado y necesitado de cuidado y atención, como hemos visto en el primer capítulo. En cuanto a lo categorial ético conviene señalar que cuando un profesional sanitario

---

puede ser o es vulnerado las instituciones deberían llevar a cabo estrategias concretas de cuidado y de prevención que respondan y acompañen esta realidad. Algunas posibles estrategias de cuidado las recogeremos en el tercer capítulo.

**2.3.2 Lo esencial del cuidar**, es decir su naturaleza, como decíamos, lo que debe ser en su grado óptimo y en referencia a su horizonte de sentido. Es fundamental distinguir la esencia y la apariencia. Heidegger dirá que todo lo que el hombre hace y conoce, en lo que se ocupa y por lo que se preocupa, en la teoría y en la práctica, en lo que quiere y desea realiza manifestaciones del cuidado: “el cuidado es el ser del hombre” (Heidegger, 1927, p.193). El cuidado no es una capacidad humana sino una estructura formal, ontológico-existencial del ser humano. Así la estructura del sujeto humano se muestra en su quehacer ético. Los elementos del deber ser de esta ética es dejar que el otro sea y sea él mismo y preocuparse para que el otro sea lo que está llamado a ser (Torralba, 2002, p. 114).

Cuidar de un ser humano que sufre es estar con él en la medida que le reconocemos como otro, es entonces cuando aumenta la necesidad de velar por él. “Todo ser humano requiere cuidados, pero cuanto más vulnerable sea su existencia, tanta más dedicación y atención requiere para que pueda ser, para que pueda seguir siendo” (Torralba, 2002, p. 116). Cuando la existencia se ve amenazada, cuidar implica ayudar al ser humano a conservar su ser, su modo de estar en la realidad, su forma de existir personal y singular, así el cuidado es garantía de calidad de existencia, para que pueda expresar su singularidad, su identidad personal. Será preciso compartir sus angustias y expectativas, no abandonarle en la soledad ni en el peligro de su misma situación de vulnerabilidad ni sufrimiento desde la vigilancia preocupada.

El profesional sanitario en su ser vulnerable y vulnerado requerirá un cuidado de la manera que vamos señalando para que pueda seguir siendo y desarrollando su ejercicio profesional. En la pandemia, sobre todo al principio, los profesionales sanitarios se han experimentado muy solos en medio de la amenaza, la incertidumbre y el constatar lo inadecuado de su respuesta frente a un virus desconocido que se estaba llevando por delante muchas vidas, también la de sus compañeros. Muchos de ellos se han visto abandonados a su suerte teniendo que lidiar y afrontar dicha realidad sin tener medios con los que actuar y protegerse. Dicha experiencia puede servirnos para reflexionar, aprender y poder actuar de forma diferente en otras ocasiones.

Velar por el otro sin ser indiferente conlleva esfuerzo y dedicación. Tiene que ver con el respeto a la autonomía moral, a su mundo axiológico y a sus universos de sentido.

---

Exigirá más al tener que preocuparse para que el otro sea lo que está llamado a ser pues el ser humano es un ser inacabado y su perfección consiste en llegar a ser lo que está llamado a ser, alcanzar la perfección existencial en, aun, a pesar y en medio de todo tipo de situaciones incluida la del sufrimiento. La realización plena implica el ejercicio del cuidar. El cuidar es una forma de interacción personal donde el que vela y se procura por el otro para que llegue a completarse. Cuidar tiene su alto riesgo de ponerse en lugar del otro. Se trata de evitar que el “procurar por” haga al otro convertirse en dependiente y dominado (Torralba, 2002, p. 113-125).

**2.3.3 Lo trascendental del cuidar** alude, como decíamos, a lo fundante, a los elementos imprescindibles o condiciones de posibilidad para que se dé el arte de cuidar. En el ser humano es preciso que se dé la *dualidad entre posibilidad y necesidad* pues pertenecen a la estructura humana. “El hombre es una síntesis de infinito y finito, de temporal y eterno, de posibilidad y necesidad, en resumen, una síntesis” (Kierkegaard, 1969, cap. I, p. 47). Las necesidades humanas se pueden intentar clasificar: de orden físico, psicológico, social y espiritual. Si bien el cuidado debe intentar cubrirlas todas, aunque el ser humano no se reduce a este conjunto de necesidades, sino que su marco se abre a formas del ser y estar que si no se dan en el presente se darán en el futuro. Al ser vulnerable posee necesidades y al ser libre tiene posibilidades. La tarea del cuidar tiene que ver con el mundo de las carencias humanas que buscan su cobertura (Torralba, 2002, p. 128).

Otra dualidad es la *cosmicidad-caotización* con la que el cuidador debe contar. Muchos elementos de caos intervienen a nivel interior, interpersonal, psicológico y social. Aun cuando orden y caos conviven, es tarea del cuidar ordenar, e introducir cosmos en el caos humano (Torralba, 2002, p. 134-135). Para que el ser humano en medio del caos pueda desarrollar toda su posibilidad depende de tres existenciales: *la apertura, el encuentro, y la comprensión*. *La apertura* como capacidad de abrirse al exterior. La apertura permite la sintonía existencial. *El encuentro* entre cuidador y cuidado que permite desde la apertura mutua, captar el estado de ánimo del otro, su situación *vital-existencial*. Es importante encontrar los motivos y razones por las que el otro vive lo que vive. *La comprensión* que debe partir del plano no verbal al verbal y del verbal al existencial. No se trata de tener información sino de orientar las acciones que potencien las posibilidades humanas. La comprensión mutua nace del encuentro y precisa de comunicación y ésta a su vez se exterioriza desde *el silencio y el habla* (Torralba, 2002, p. 129-130). Todo cuidador debe manejar los ejercicios del hablar y del callar. El arte es tener la capacidad de hablar cuando el otro lo desea y callar simplemente estando con él. El cuidador deberá escuchar el relato

---

biográfico de la persona pues la propia narración sana y reconcilia y abre a la comprensión del sujeto. Esto es relevante en una situación de enfermedad, sufrimiento, duelo, etc (Torralba, 2002, p. 130-132). Cuidar significa respetar el mundo axiológico y ayudar a tomar decisiones. También está *el mundo simbólico*, que utiliza otros lenguajes. Es importante reconocer los símbolos que el otro utiliza y que tienen mucho que ver con su contexto cultural y religioso. También está *lo espiritual* que junto con lo simbólico es constitutivo de lo humano. Así para que el cuidar sea completo se debe introducir el lenguaje *simbólico-religioso* que es otra manifestación de la interioridad de los sentimientos y preocupaciones profundas. Si se prescinde de lo espiritual, en muchos casos unido a lo religioso, seccionaremos la cuestión del sentido de la existencia que en toda situación de sufrimiento quedaría a la intemperie (Torralba, 2002, p. 135-139).

La dimensión metafísica y trascendental se relaciona con la interioridad. Es aquello que está más allá de lo físico y se manifiesta especialmente en su preguntar. El ser humano se interroga por el sentido del mundo, de la historia, de la muerte y de la vida. La pregunta por el sentido de la realidad es la pregunta metafísica por definición y la más humana de las preguntas. El ser humano no puede dejar de plantearse el sentido de la muerte, el más allá, la vida eterna. Dicha pregunta está arraigada en la humanidad ya que tiene capacidad de trascender el orden de lo físico, de lo material, de lo tangible para alcanzar interrogativamente el núcleo metafísico de la realidad. Por lo que es frecuente en la profesión sanitaria toparse con lo trascendente pues se está en contacto constante con la vida, la enfermedad, la fragilidad y la muerte.

Esta capacidad de trascenderse no presupone necesariamente la afirmación de otro mundo o de otra esfera de la realidad de tipo espiritual o noético, aunque sea razonable y coherente aceptar, por fe, una realidad de tipo inmaterial más allá de nuestro mundo cósmico afirmará Torralba. El agnosticismo admitirá como posible o probable la existencia de algo último, pero dudará de la capacidad de la mente humana para conocerlo. La actitud del creyente, la creencia, la entrega personal, con la inteligencia, el corazón le conducirá a una certeza última transracional, más allá de la razón científica y filosófica, no absurda y razonable y que para el creyente es orientadora y sustentadora. La actitud religiosa como relación absolutamente trascendente se traduce en una nueva forma de existir cuyos rasgos son la aceptación y el reconocimiento del Misterio como origen amoroso de sí mismo, y el confiado, liberado y gozoso ejercicio de la existencia que brota de tal conocimiento. El Misterio evoca la realidad como sumamente valiosa en sí misma. Dicho Misterio confiere valor a todo lo que existe. Lo totalmente Otro es a la vez lo más cercano al hombre. La

---

realidad total que le descubre al hombre su ser y su absoluta dependencia que le hace permanentemente ser (Torralba, 1998, p. 236-237).

Desde el punto de vista antropológico podemos afirmar de modo categórico la apertura metafísico-trascendente del ser humano hacia una realidad que se sitúa más allá del mundo de las cosas. Él o ella se percata enfáticamente de su dimensión metafísica cuando cruza experiencias de límite, como el dolor, la muerte, el desamparo, la frustración, la aniquilación, etc. En el entorno sanitario se está diariamente frente a esas experiencias, es entonces cuando se da cuenta, el profesional sanitario de modo patente, que su vida no es eterna, que su ser no es absoluto, que su tiempo y sus fuerzas son limitadas y es entonces cuando se pregunta si hay algo o alguien más allá de su esfera personal y de su mundo físico (Torralba, 1998, p. 232-234). En esta encrucijada es donde nos podemos encontrar a los profesionales sanitarios vulnerables y vulnerados, en definitiva, a todo ser humano, pero también y especialmente a los sanitarios por la profesión que ejercen que roza y muchas veces abraza la cuestión del “sentido” de lo que acontece. Dirá Schopenhauer que “la consideración del sufrimiento y la miseria de la vida proporcionan el impulso más fuerte para la meditación filosófica y para las interpretaciones metafísicas del mundo” (Schopenhauer, 1961, p. 17).

El ser humano busca tareas que tengan sentido, que puedan mantenerle en una “sana tensión”, dirá Frankl (1955, p. 53). Se trata de mantenerse en el “deseo de sentido”. Si el ser humano encuentra un sentido, entonces y sólo entonces se siente feliz, y se capacita para el sufrimiento. El ser humano está dispuesto a asumir privaciones incluso a poner en juego su vida si encuentra un sentido. Esto lo vemos en la profesión sanitaria constantemente, en la misma pandemia se ha hecho evidente. Ocurre que, si el ser humano no encuentra o no le atribuye un sentido a la vida, la maldice, aunque externamente le vayan bien las cosas. A veces puede llegar a no querer vivir y suicidarse a pesar del “bienestar y el lujo”. Nuestra sociedad parece que satisface prácticamente todas las necesidades del ser humano y la sociedad de consumo se preocupa por crear más necesidades, pero hay una necesidad que no queda satisfecha que es la necesidad de sentido, el deseo de sentido (Torralba, 1998, p. 234). Frankl dice que toda la realidad humana se caracteriza por su autotrascendencia, por la orientación hacia algo o alguien que no es el ser humano en sí mismo. Cuando uno se pone al servicio de algo teniendo presente ese algo y no a sí mismo, como en el amor a un semejante, es cuando el ser humano es plenamente el mismo y se realiza su individualidad.

---

## ***2.4. Cuidar de sí mismo, cuidar al cuidador, cuidar de la institución***

Como señalábamos al principio de este capítulo en el cuidar entran en tensión el cuidado de uno mismo con el cuidado del otro. Tanto en la profesión sanitaria que nos ocupa como en otras áreas donde el cuidado del otro tiene cabida, como la educación, es necesario encontrar un equilibrio entre el cuidado de los otros y el cuidado del que ejerce ese cuidado.

Para que se dé un adecuado cuidado será necesario además cuidar de la institución y que ésta cuide de sus profesionales. El mayor activo de cualquier sistema sanitario son sus profesionales, y estos deben ser cuidados para poder cuidar. Es necesario resaltar que son clave para la resiliencia de los sistemas de salud y es y ha sido particularmente importante en momentos de crisis, de pandemia etc. De hecho, se han convertido no sólo en primeras víctimas de la pandemia sino también en segundas víctimas de eventos adversos sucedidos durante la misma (Torijano, M.L., Maderuelo-Fernández, J.A., Astier, M. P. y Añel, R., 2021). Vamos a intentar ver cómo debe darse dicho equilibrio con su fundamentación para beneficio de todos.

### ***2.4.1. Cuidar de sí mismo***

Torralba considera que el cuidado de otro ser humano es el núcleo de la ética del cuidar, pero que este cuidado debe estar implicado con el cuidado de sí ya que es fundamental para poder desarrollarse en el mundo, para poder mantenerse en el ser y subsistir de modo saludable (Torralba, 2002, p. 144). Se debe dar desde la preocupación por toda y cada una de las dimensiones de la persona. El hecho de cuidarse se relaciona con la autoestima o el amor propio. La práctica del autocuidado no debe considerarse negativo desde la perspectiva ética, sino todo lo contrario pues debe considerarse una práctica fundamentalmente ética, ya que a través de ella se dignifica el ser humano en sí mismo, se cultiva tanto desde la perspectiva corporal como desde la perspectiva espiritual: cuidar el espíritu, el cuerpo, velar por la alimentación, el descanso, preocuparse por la armonía relacional del ser humano, es decir velar por una interacción equilibrada con el entorno humano y el entorno natural.

La preocupación por uno mismo es fundamental para el desarrollo óptimo de la vida humana, no sólo en el plano interior sino también en el social y público. Ricoeur se refiere a la estima de sí en el deseo de una vida realizada: “¡Ojalá logre vivir bien, bajo el horizonte de una vida realizada y, en ese sentido, feliz!”. El elemento ético puede ser expresado por la noción de estima de sí mismo. No habría sujeto responsable, sea como sea la relación de éste

---

con el otro o con la institución, si dicho sujeto no pudiera estimarse a sí mismo en cuanto capaz de obrar intencionalmente, es decir según razones reflexionadas, y por otro lado capaz de inscribir sus intenciones en el curso de las cosas mediante iniciativas que se entrelazan con los acontecimientos del mundo. Así la estima de sí mismo no es una forma refinada de egoísmo (Ricoeur, 1993, p. 107).

El autocuidado no debe identificarse con una forma de egoísmo práctico. La tarea de cuidarse a sí mismo, el ejercicio de la reflexión, de la coherencia, de la búsqueda de autenticidad y de la autonomía moral no deben calificarse de prácticas egocéntricas sino de elementos fundamentales para el desarrollo total de la persona humana. Además, sólo es posible cuidar a otro ser humano si quien lleva a cabo dicho cuidado se estima a sí mismo, se respeta a sí mismo como ser humano y se preocupa por su persona, no sólo en el plano exterior, sino, y fundamentalmente, en el plano interior. El ejercicio ético de dejar ser al otro lo que está llamado a ser sólo será posible desde el testimonio moral de otro ser que busca la excelencia de su persona a través del autocuidado. Lo que si será criticable es cuando dicho autocuidado se queda en el plano meramente exterior o la absolutización del autocuidado perdiendo toda referencia al otro frente al cual tenemos un deber moral, sobre todo cuando se encuentra en una situación vulnerable. Cuidarse es fundamental al igual que ayudar al otro a cuidarse a sí mismo y a desarrollar su capacidad para ejercer el cuidado de sí (Torralba, 2002, p. 150-153).

Es en el sentido del cuidado de sí en tanto a cuidar del ser filosófico de la persona donde López encuentra una rica comprensión de la *epiméleia* (cuidado). Dirá que ocuparse de uno mismo es aceptar el bien, rehuir el mal, despreocuparnos de lo indiferente para preocuparnos y mostrar interés por lo preferente para la vida humana. Cuidar el albedrío genera bondad, dicha, mientras que su descuido, desdicha y maldad. El hombre ha de cuidarse de mantenerse en guardia y estar atento a no querer parecer que sabe. Seguramente la tensión entre cuidado y descuido tiene en su centro la dificultad real de saber y descubrir qué lugar ocupa cada cosa en la vida y en cada momento. Cuidar la libertad es cuidar la vida misma, dado que lleva a la persona a buscar, encontrar y realizar el bien y dicha diligencia e interés poseen un rango moral. La *epiméleia* se da en un ser humano orientado hacia la búsqueda de la verdad y que examina lo que es bueno. Sin saber él mismo lo que es positivamente lo bueno se limita a refutar las opiniones falsas.

Dirá Patočka, recogiendo el pensamiento de los que él considera el movimiento denominado “preocupación por el alma o cuidado del alma”: Sócrates, Platón y Aristóteles, que:

---

“El cuidado de sí implica la formación del alma por sí misma. Hacer experiencia de in-ciencia, de saber no saber, se vive a sí misma como valiente cuando se expone al cuestionamiento. A la vez se percibe como sabia, en el sentido de ese saber del no saber. Es contenida y disciplinada pues subordina todas las otras cuestiones de la vida a este combate del pensamiento, es justa en la medida que hace su propia obra, su deber, lo que tiene que hacer no pretendiendo la posesión de nada fuera de lo que le pertenece” (Patočka, 1991, p. 90-91).

Así desde la filosofía, la *epiméleia* del alma encierra un ideal de vida verídica, de una vida que -tanto en la praxis como en su actividad de pensamiento- se regula siempre sobre la intuición, sobre la mirada a lo que es. Este ideal de vida tal como el filósofo lo ve y lo practica es subjetivo y está mediado por sus capacidades, pero la superación de sí mismo es dada por el hecho mismo de que la preocupación del alma reside en esa proximidad, en la disposición a exponerse a sí, a la crítica, al problema.

La dimensión filosófica del ser humano: el cuidado de sí, como cuestión irrenunciable, es una de las cuestiones que López ha querido rescatar con la palabra griega de cuidado *epiméleia*. Dirá que el cuidado de sí, que ha tomado tanta fuerza en la modernidad, requiere que se rescaten las fuentes de la antigüedad para poder atisbar la tensión presente entre cuidar de uno mismo y de los otros, así como los márgenes propios en los que moverse el cuidado que se derivan de la *epiméleia*. Recogerá en su estudio la propuesta de Boff desde la teología casi como única en la que se pone en el centro el término cuidado. Boff reconocerá en Heidegger como el filósofo del cuidado por excelencia, quien recoge la estructura ontológica del cuidado (López, 2011, p. 321-333).

“El cuidado como ‘modo de ser esencial’, siempre presente e irreductible, -es una dimensión fontal, originaria y ontológica-, que se encuentra en la raíz primera del ser humano, antes de que haga nada y todo cuanto realice irá siempre acompañado e impregnado de cuidado. Así este es el modo en que un ser humano se estructura y se da a conocer, forma parte de la naturaleza y constitución humanas”.

Es interesante lo que Boff señala como negación del cuidado esencial:

“(…) la peor aberración del cuidado es su negación. El ser humano se entrega entonces totalmente a la lógica del ‘modo-de-ser’ del trabajo depredador, a las ansias irrefrenables del poder, a la autoafirmación que excluye a los demás y al maltrato de las personas, de lo público, de su casa y de sí mismo. Aquí nos encontramos con que, al replegarse el ser humano sobre su propio horizonte, al negar su condición de ‘ser-cuidado’, se vuelve cruel consigo mismo. El resultado es un proceso de deshumanización y de embrutecimiento de las relaciones; esto equivale a la categoría teológica de infierno, donde se rechaza la relación y se ahoga la capacidad de ternura y de amor, lo que bíblicamente también se conoce como ‘la abominación de la desolación’. Llegado a este punto, efectivamente todo es posible, incluso lo imposible” (Boff, 2002, p. 71-72).

---



### **2.4.2. *Cuidar del cuidador***

El ser humano que ejerce la función de cuidar ya sea informal o formalmente, antes que todo es una persona y, como tal, también es vulnerable y requiere ser cuidada. Ese cuidado del cuidador es fundamental para que pueda ejercer su labor adecuadamente y de forma continuada. Así en una ética del cuidar no sólo es fundamental el reconocimiento moral del sujeto cuidado, ya sea enfermo, anciano, discapacitado, recién nacido, etc., sino también el reconocimiento moral y jurídico del cuidador, de quien ejerce la noble función social de cuidar de otros semejantes (Torralba, 2002, p. 152-153).

Es raro ver en la sociedad que se considere y valore la figura y la labor del cuidador, diría que más bien pareciera que se da por supuesta y al darse por supuesta, como un deber intrínseco, se ha vaciado de valor. O quizás por toda la carga histórica de haber sido silenciado o lateralizado a lo femenino en muchos casos y en otros casos, en otros contextos donde aparece la figura del varón, como en la educación o en la Iglesia, los sacerdotes en el cuidado de las almas, se ha considerado de otro rango unido al sistema patriarcal que todavía en muchos contextos se necesita superar.

Como íbamos señalando raramente incluso se considera la labor del cuidador en el discurso moral sobre el cuidar y, sin embargo, el respeto a su persona y a su profesión es básico para que pueda ejercer la tarea con dignidad. ¿Qué sería entonces en la práctica cuidar al cuidador? Responderá Torralba: Significa velar por sus condiciones de trabajo, por el entorno donde desarrolla su trabajo o servicio. Será velar por que pueda desarrollar su propia labor profesional. Cuando el cuidador padece un entorno hostil, un ambiente masificado y una situación laboral precaria o indigna, entonces no va a poder desarrollar su función como corresponde y esto irá en detrimento del mismo enfermo o persona que cuida. Así en la ética del cuidar la figura del cuidador debe considerarse seriamente, con gran dosis de realismo y de conocimiento del entorno social, institucional, económico y jurídico (Torralba, 2002, p. 153).

### **2.4.3. *Cuidar de la institución***

El ejercicio del cuidado se lleva a cabo en el seno de una institución ya sea la familia, el hospital, la escuela, la iglesia, etc. Cuidar de la institución, velar por que su funcionamiento sea óptimo, es básico para que la tarea de cuidar en dicha institución pueda calificarse de moralmente excelente. Dicha institución no es un lugar neutro, ni debe definirse como un lugar físico, pues hay instituciones como la familia que no pueden delimitarse espacialmente.

---

Así cuidar de la institución aparte de cuidar de lo externo, es decir de las infraestructuras y canales de comunicación, de competencias técnicas, espacios y lugares, será cuidar de lo invisible de la misma, del talante de la institución, el modo como se trata en ella a las personas, el vínculo que se establece entre ellas.

Así dirá Torralba que el cuidado de sí, el cuidado del otro y el cuidado de la institución debidamente articulados constituyen la esencia de la ética del cuidar. Es preciso cuidar al otro, pero para ello es fundamental cuidarse a sí mismo y cuidar de la institución donde se lleva a cabo dicha tarea y proceso. Cuando la institución cuida a sus cuidadores, los resultados de dicha comunidad pueden calificarse como óptimos no sólo desde el punto de vista competencial sino desde el punto de vista moral (Torralba, 2002, p. 153-154).

### ***2.5. El profesional sanitario objeto del cuidado***

La tensión entre el cuidado de sí y el cuidado del otro es, según M. Foucault, la expresión del cruce entre dos paradigmas de la cultura occidental: el paradigma romano y el paradigma judeocristiano (Foucault, 1999, p. 399-400). Lo propio del talante ético griego es el cuidado de sí, el conocerse a uno mismo y los propios límites y posibilidades. El camino a la plenitud pasa por el cuidado de sí y el conocimiento de uno mismo. Quien se cuida de sí mismo no sólo en el plano corporal, sino también en el espiritual, psicológico, social, religioso y político, puede alcanzar la felicidad. En la cultura judeocristiana el eje central de la ética es el cuidado del otro -el buen samaritano, por ejemplo-. Pues el otro, especialmente si es vulnerable, tiene un lugar central en esta cosmovisión (Torralba, 2002, p. 238).

Los profesionales sanitarios y personas que se dedican al cuidado de otros en un momento de enfermedad suelen ser bastante capaces de dedicarse a la gente, ayudar y ocuparse de los otros con un nivel alto de entrega y abnegación. Entre estos algunos incluso se prestan suficiente atención para cuidar de sí mismos y se permiten descansar cuando lo necesitan. Otros, en cambio, se dedican a quien está enfermo a tiempo y destiempo y viven satisfaciendo las necesidades del otro sin parar teniendo más dificultad para descansar y cuidarse de sí mismos, ni siquiera cuando lo necesitan, porque presentan conflictos a la hora de conectar con lo que quieren o requieren o porque inconscientemente se sienten tan responsables del proceso de la enfermedad del otro que no se permiten no estar presentes y hacer algo por el enfermo. Cuando quien cuida se exige más de lo que humanamente puede dar, en el momento en el que se dé cuenta de lo imposible de sus expectativas, es fácil que empiece a sentirse cansado, faltarle de interés, negativo, cínico o sin motivación, es lo que ya hemos señalado en el primer capítulo síndrome de *burnout* o *-síndrome del quemado-*. Por

---

eso el dejarse ayudar posibilitará que se destierren autoimágenes limitadas de sí mismos abriéndose a la posibilidad de otros caminos de autocuidado y de dejarse cuidar (Cano y Lobo, 2019, p. 122). Se trata de que esa misma atención que se ha dedicado a los otros el profesional sanitario se la pueda dedicar a sí mismo sabiendo que para poder seguir cuidando y desarrollando su trabajo con excelencia necesita estar en las condiciones óptimas en su dimensión física, psicológica, emocional y espiritual. No es menos ni es un fracaso quien en medio del camino necesita hacer una pausa para poder llegar hasta el final acompañando el padecer del otro, que el que llega exhausto y sin sentido o incluso malogrando y faltando a lo genuino de dicha profesión y cuidado. Es mejor llegar, aunque haya habido pausas, recesos, cuidado de uno mismo en medio del camino, que el tener que retirarse por mucho tiempo o definitivamente de dicha profesión.

Hemos señalado en el apartado anterior la necesidad del cuidado de sí y del cuidado del cuidador como parte esencial de la ética del cuidado. Como veíamos el profesional sanitario, el que ejerce la praxis del cuidar y curar es ante todo una persona también vulnerable y a veces vulnerado por lo que requiere ser cuidado y en momentos pasar a ser el centro. En su diario vivir la profesión el profesional sanitario se olvida de sí mismo, de todo lo que deja en casa, pasando a un segundo plano sus preocupaciones personales, para atender y poner en el centro a aquellos que se han puesto en sus manos, aquellos de los que va conociendo la biografía, los nombres de sus hijos y familiares, sus rostros y sufrimientos. Pues sus miradas en medio de la fragilidad se quedan impresas en la mente y en el corazón. Esos mismos profesionales sanitarios a los que se les alargan las horas de la jornada terminando un informe, una petición, un alta, aquellos que hacen guardias y no pueden conciliar el sueño intentando encontrar el mejor tratamiento o recordando algún error, aquellos profesionales que se llevan a casa al final del día las realidades de sus pacientes por los que luchan, ríen y a veces lloran, tienen momentos en los que esas realidades se les vuelven carga, angustia, desasosiego o son motivo de discusión, de superación. Entonces es cuando palpan su debilidad, finitud e imperfección haciéndose todo cuesta arriba. Y no es que no quieran seguir, sino es que ya no pueden y la pena es no saber vislumbrar que toda esa vulnerabilidad desbordante es una oportunidad para dejar que otros les cuiden.

Cuidar de los otros supone cuidar de sí mismos y dejar que otros les cuiden. Pero pasa que a veces no se dan cuenta de que se están deslizándose por pendientes del abatimiento, de automatismo, de cinismo o resignación y es entonces cuando estos profesionales sanitarios necesitan conectar con su propia debilidad, deshacer fantasías de omnipotencia, recibir lo que no tienen, sentirse necesitados de alguien, carentes de algo, vulnerables y dependientes.

---

Mantener armaduras de invulnerabilidad dificulta no sólo la capacidad de ser amados y cuidados sino también la capacidad de amar y cuidar. Dirá Miguel García-Baró: “(...) puede uno amar heroicamente sin dejarse amar, sin percibir ni, por tanto, acoger, el amor de nadie. En tal caso, las hazañas pasadas de la voluntad quedan inscritas en los anales del tiempo imborrablemente, junto a los desfallecimientos y los errores”. Así pues, puede uno abandonarse en el cuidado de otro, abrirse a su confianza, cuidarse y dejarse ayudar pudiéndose considerar ese abandono al cuidado de otro hasta como un acto supremo de generosidad (Cano y Lobo, 2019, p. 128).

---

### **3. ALGUNAS PROPUESTAS ÉTICAS DEL CUIDADO DEL PROFESIONAL SANITARIO**

Después de analizar la realidad de vulnerabilidad del profesional sanitario vulnerado y habiendo abordado el estado actual de la ética del cuidado en esa búsqueda por fundamentar su razón de ser, reconociendo sus límites y reconociendo la necesidad del cuidado del profesional sanitario, quisiera en este capítulo señalar algunas propuestas éticas y algunas estrategias que se podrían implementar para el cuidado de dichos profesionales sanitarios.

Cuidar de alguien significa tratar de resolver sus necesidades, señala Torralba. (Torralba, 2005). El ser humano, en tanto que ser indigente, es un cuerpo de necesidades no sólo de orden físico, sino también de orden psicológico, social y espiritual. El cuidar es una actividad que no se limita a paliar las carencias tangibles del ser humano, sino también las carencias intangibles o enfermedades del alma.

Sólo será posible cuidar si se dan dos premisas: la capacidad de escucha o recepción del otro y la competencia profesional para resolver dichas necesidades. Sólo el que es receptivo al otro puede descifrar, a través de la expresión verbal y gestual, lo que necesita; pero sólo el sujeto competente puede resolver esas necesidades que siente el otro. Ambas características deben darse en el cuidador puesto que podría haber competencia técnica, pero no haber competencia ética; y viceversa.

Cuidar no consiste sólo en resolver las necesidades del otro sino también en darle herramientas para que él mismo sea capaz de resolver por sí mismo sus necesidades. Cuidar de alguien también significa educarlo para que viva un estilo de vida más saludable, menos sensible a la incertidumbre y a la enfermedad; será también ayudarlo a asumir aquellas necesidades que de ningún modo pueden ser subsanadas y que acaban formando parte de su misma identidad personal.

Es necesario que se den dos condiciones fundamentales: un sujeto o sujetos e instituciones dispuestos a cuidar; y, un sujeto dispuesto a ser cuidado. Podría fallar la primera condición, y no habría acto de cuidar; y fallar la segunda, y tampoco podría decirse que existe el cuidar; podrían fallar las dos condiciones simultáneamente, y en todos estos casos no se podría articular la función del cuidar.

La experiencia ética del cuidar parte del deseo de poder ayudar al otro a desarrollar todas sus potencialidades con salud física, psíquica, emocional y espiritual. Pero sólo es posible culminar el proceso del cuidar si el destinatario es consciente de que debe ser cuidado, si se sabe frágil y reconoce en el cuidador cierta capacidad de sanar. Si fallan estos implícitos, el ejercicio de cuidar será una quimera. Esta apertura al otro es lo que revela que el ser humano es, ante todo, un sujeto ético (Torralba, 2005).

La persona humana tiene una estructura pluridimensional donde radica la complejidad de los humanos y la diferencia entre ellos. Esta estructura es una totalidad unitariamente configurada y ejecutora de actividades unitarias, dirá Laín Entralgo interpretando a Zubiri. Entre las actividades está la básica de vivir como persona individual (Laín Entralgo, 1985, p. 9-14). Los elementos estructurales de la persona humana forman un sistema integrado a su vez por varios subsistemas, orgánico y psíquico. Desde esta clave hermenéutica, la persona no es un todo caótico, sino una estructura configurada, pero a la vez, la persona, no es una estructura absoluta e inalterable, es una realidad que sufre procesos de desestructuración en sentido somático, racional, emotivo, religioso, cultural, económico y social. Estructuración y desestructuración son dos movimientos de la existencia humana.

Cuidar, desde la perspectiva antropológica, es asistir a un sujeto que ha sufrido y sufre una desestructuración global de su ser, pues la desestructuración nunca es sectorial, sino que afecta a todas las dimensiones. Así la desestructuración física, somática, intelectual, psicológica, emotiva, social, ética y espiritual es un proceso que requiere la praxis terapéutica y el cuidado en distintas direcciones (Torralba, 1998, p. 109-111).

Desde ahí voy a desarrollar las propuestas éticas del cuidado del profesional sanitario desde las distintas dimensiones de la persona que pueden o han podido ser vulneradas y/o desestructuradas en dicho profesional sanitario.

### **3.1. Dimensión corporal**

La corporeidad es algo más que el cuerpo en sí en el que vivimos, es tacto, sensación, mirada, rostro, donde se hacen visibles y palpables muchas vivencias de todo el ser. Es necesario aprender a cuidar la corporeidad en su realidad fisiológica, haciendo ejercicio, llevando una dieta equilibrada, dándole descanso, aprendiendo a relajar los músculos que, frente a vivencias duras o de estrés, se quedan contracturados. Dicho estrés puede aparecer somatizado con distintos síntomas: dolor de cabeza, náuseas, vómitos que no tendrán un origen fisiológico. También hay que cuidar la corporeidad en su realidad fenomenológica. En medio de situaciones vividas de violencia (*mobbing*, agresión, *burnout*, distrés moral,

---

enfermedad) la corporeidad se resiente y es necesario una mano amiga, un abrazo, sentir la presencia amistosa o de cariño, la protección de otra corporeidad.

En muchos momentos y especialmente en aquellos donde se han asumido situaciones límites o de aumento de la demanda en la atención, como en la pandemia, los profesionales sanitarios se han experimentado abrumados y solos, muy solos, teniendo además que acompañar a muchos enfermos que estaban solos. Han estado necesitados de un abrazo, de una mirada de cariño, de comprensión y de apoyo. Estos sanitarios han manifestado que, al no poder tocar a los pacientes durante la pandemia, al no poder abrazar a los amigos, por la ausencia de la sensación de la piel con la piel del otro, protegidos de guantes y mascarillas, han perdido aquello que nos conecta y nos hace sentirnos vivos. Como decía Paul Válerly “Lo que es más profundo en el hombre es la piel” (Almarza y Yubero, 2021, p. 71). Además, la situación de límite que han vivido los sanitarios se ha manifestado en sus cuerpos cansados, desencajados, pasados de rosca, en su llanto descontrolado, en sus rostros tristes, desalentados. En sus ojos secos con mirada perdida y sin sentido, incapaces de expresar más. En sus gritos de rabia, desesperación, impotencia e incertidumbre. Su corporeidad ha expresado que no podían más.

El tacto es fundamental para el ejercicio del cuidado pues resulta imposible cuidar éticamente a un ser humano sin tener contacto epidérmico. Por eso, jamás ese acompañamiento podrá ser virtual o a distancia, como señalábamos en el segundo capítulo, ese estar cerca debe ser presencial. El profesional sanitario necesita la presencia, la caricia, el abrazo, pues en el universo simbólico significa proximidad. Muchas veces ese tacto supera el marco verbal. Esa proximidad hace sentir al otro que no está solo ni abandonado. El tacto, en sentido literal, sólo puede ejercerlo el ser humano, es ineludiblemente humano y expresa preocupación ética (Torralba, 2006, p. 97).

Como algo concreto a poder implementar en los lugares de trabajo para cuidar de alguna manera la dimensión corporal de los profesionales sanitarios, podría ser establecer un lugar físico, con ventanas grandes que se puedan abrir, donde se pueda ver naturaleza. Un lugar seguro, digno, preparado con delicadeza, en el que poder retirarse a descansar, a recobrar el aliento, a tomar un café o descargar la rabia. Un lugar donde poner límite a la exigencia propia y ajena, a la prisa (Almarza y Yubero, 2021, p. 69).

Como recoge de la Torre existe un poder curativo en los espacios bellos y cuidados. La belleza cura. El clima, un paisaje bonito, un ambiente cuidado con unos colores, formas, dimensiones ayudan o no al estado anímico. El clima y el paisaje son como la prolongación del propio cuerpo. El paisaje es un lugar donde habitamos, así el condicionamiento espacial,

el paisaje, el ambiente son esenciales. Favorece el sentido o el sin sentido, abraza o expulsa (Torre, 2016, p. 48).

### ***3.2. Dimensión psicoafectiva y emocional***

En experiencias traumáticas que han vivido o que viven los profesionales sanitarios el modo en que regulan las emociones está alterado. Se puede dar una fatiga por compasión por el estrés que el personal sanitario experimenta cuando la energía compasiva invertida en la atención a los pacientes y familiares es superior a la capacidad de recuperación. Puede ser que estén también en permanente conflicto consigo mismos: que se hablen mal, que se avergüencen de lo que sienten o lo nieguen, se sientan culpables de lo hecho o no hecho, se peleen con los recuerdos, imágenes, pensamientos y sentimientos que les asaltan consumiéndoles la energía y perdiendo la batalla.

En muchos de ellos es el momento de toma de conciencia, de palpar que somos seres mortales, frágiles y vulnerables. Especialmente esa toma de conciencia se da en los sanitarios frente a la enfermedad y la muerte de sus pacientes y específicamente en contextos, para unos extraordinarios como pandemias, catástrofes etc., para otros más habituales como en cooperación, en países en vías de desarrollo en donde la muerte es el pan nuestro de cada día por la falta de medios. Son momentos de pérdidas de pacientes, amigos, certezas, tiempo, de oportunidades, de acompañar y ser acompañados, de despedir y ser despedidos. Son momentos de frustración, de incertidumbre, de no control, que afectan especialmente o de otra manera a aquellos que venimos de un primer mundo donde parece que “todo es posible”. Ya no, la realidad es que nunca fue todo posible y nuestro ser en su inconsciente lo sabía.

La capacidad del cerebro para procesar dichas experiencias puede verse superada viviendo como en una montaña rusa de emociones: se pasa del dolor a la rabia, de la rabia al miedo, del miedo al desencanto, a la culpa, a la confusión. A veces esas emociones persisten y otras se quedan congeladas y uno no siente ni padece, aparece una especie de indiferencia y ya no se puede llorar.

Es necesario cuidar emocionalmente a los sanitarios que están lidiando con esas vivencias. El cuidado se ha llevado a cabo desde distintas instituciones, algunas ya venían realizando algún tipo de apoyo otras han surgido a partir de la pandemia. Hay programas de atención al sanitario en: Colegios de Médicos donde hay un Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), y otro Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE) con problemas de salud mental, Colegios de Psicólogos, Sindicato de

---



Técnicos Superiores Sanitarios, de La Caixa, etc. Recojo algunas pautas de acompañamiento emocional a los sanitarios que han pasado por experiencias traumáticas desde una propuesta de un grupo de profesionales de la UNINPSI (Unidad Clínica de Psicología de la Universidad Pontificia de Comillas) (Almarza y Yubero, 2021, p. 68):

- Darles el tiempo necesario para que se recolquen profesionalmente frente a lo vivido o lo que se está viviendo.
- Favorecer la toma de conciencia para reconocer que la batalla no es en contra de uno mismo, pues esa se pierde. El sistema nervioso está diseñado de un modo determinado y no puede vivir bajo tal dictadura emocional por lo que, si no se buscan los medios para desconectar y cuidarlo, el cuerpo hará que la persona tenga que parar.
- Ofrecer un espacio relacional donde expresar las emociones y sentimientos, sin temor al juicio ni a la represalia. Espacios individuales y grupales, institucionales o externos donde el acompañamiento se ajuste al modo, forma, tiempo y tempo de los sanitarios participantes. Grupos de autoayuda y psicoeducativos donde puedan contemplar la vida, a sí mismos y lo que el momento por el que están pasando, sea personal o colectivamente histórico, como la pandemia, está tejiendo dentro y fuera del cuerpo personal y social.
- Ayudarles a comprender que la huida, el bloqueo o el estar a la defensiva es algo instintivo cuando la vida se percibe amenazada. El trauma no procesado implica la vivencia permanentemente presente y real de lo experimentado y que por eso hay que hacer el recorrido que conecte la emoción con la razón para poner en orden lo vivido.
- Validar su derecho a sentir miedo, rabia, dolor, cansancio, su querer abandonar, dudar sobre su vocación de sanitario. Facilitar que abracen las emociones, dialoguen con ellas y las acepten, que se den cuenta de que dichas emociones nos enseñan y nos invitan a ver qué debemos modificar, superar, celebrar, llorar, reír y perdonar.

Hay procesos cerebrales y mentales que pueden hundir en la miseria por ansiedad, depresión, dolor emocional y hasta a veces dolor físico. Las experiencias se almacenan en redes neuronales del cerebro y determinan el modo en el que se interpreta lo que acontece y la manera de reaccionar emocional y conductualmente. Algunas vivencias no logran ser adecuadamente procesadas y continúan afectando negativamente en el presente como pensamientos automáticos y creencias irracionales. Esos pensamientos desproporcionados,

espontáneos e irracionales se pueden convertir en una rueda de molino donde los sanitarios se encuentren atrapados. Es una especie de obsesión en la persona que piensa de forma recurrente y repetitiva sobre sus preocupaciones y problemas. Dar vueltas a lo vivido no hace que se comprenda mejor, es un modo de tortura exigiéndose procesar las experiencias y pensar en positivo de una vez por todas. Dichos pensamientos son autodestructivos al tomarse como ciertos afectando a la autoestima y al autoconcepto de uno mismo. Desde ahí no se progresa, sino que ese camino puede llevar al trauma de la depresión. La sobrecarga de lo no dicho, lo no procesado provoca que de repente uno se encuentre en un hoyo del que parece imposible salir. En esa situación los sanitarios puede que se sumerjan en la vivencia de la culpa, sabiendo que así no pueden continuar con su labor asistencial con serenidad y alegría. Es vital y necesario cuidar a los sanitarios a ese nivel cognitivo (Almarza y Yubero, 2021, p. 70):

- Ayudarles a cortar con la cadena autolesiva por el modo de pensar equivocado. Meditar, orar para los que son creyentes (ya profundizaré más en ese sentido más adelante), enseñarles técnicas de relajación, distractoras y de *mindfulness* pues su práctica se ha relacionado con la mejora de las habilidades y competencias relacionadas con una buena práctica médica: ser consciente de los propios contenidos de consciencia, ponerse en posición de observador, capacidad empática, escucha activa, estar presente, metaconocimiento y metaconsciencia de lo que está ocurriendo en la interacción terapéutica y establecimiento de la alianza terapéutica (junto con su componente de creación de vínculos) (Oro, Esquerda, Viñas-Salas, Soler-González y Pifarré. 2015).
- Ofrecer medios profesionales que los acompañen en el proceso adaptativo de las experiencias estresantes y/o traumáticas.

Es deber de las instituciones trazar estrategias para que los profesionales que llevan mucho tiempo luchando en primera línea no lleguen a cruzar el puente entre el trauma a la depresión. Los profesionales sanitarios son los pilares básicos de dichas instituciones por lo que es una irresponsabilidad no cuidarles.

### **3.3. Dimensión social, de relación y de vínculos**

Hay que cuidar también la competencia relacional. El ser humano no está sólo ni aislado en el universo. Sino que establece vínculos de modo explícito o implícito con el entorno que le rodea. Vivimos incluidos en la inescrutable reciprocidad universal, dirá Martin Buber (Buber, 1993, p.16). El vivir humano se desenvuelve en el tejido complejo de

---

las interrelaciones. La persona aparece cuando entra en relación con otras personas. Relación es un término que se refiere al nexo, al vínculo entre dos entidades. En la relación el ser humano conoce su entorno y a sí mismo. (Torralba, 1998, p. 120). Por eso todos necesitamos de los demás. Estamos traspasados de una ausencia radical pues somos seres sociales que no podemos vivir solos. De algún modo estamos incompletos, faltos, carentes. Le pasa al neonato el cual sería incapaz de sobrevivir sin un adulto, pero también nos ocurre a los adultos, que necesitamos la intimidad y el contacto con los otros para ir construyendo nuestra identidad. Mucho de lo que somos, sentimos, pensamos, esperamos y creemos se forja en la relación con los demás. Por muy autosuficientes que seamos siempre necesitamos las capacidades de otros, sus ideas y su presencia sino se da un empobrecimiento de la persona en sí misma, en su ser.

Como señala de la Torre las palabras tienen poder curativo (Torre, 2016, p. 48-49). Los diálogos interdisciplinarios, la escucha de otros en medio de la incertidumbre, aprender el arte de no tener razón en la búsqueda conjunta de respuestas, acoger preguntas, reflexiones, más allá de creer poseer y tener razón, hace bien al reconocer que uno no está sólo, sino que camina con otros. Estamos hechos como hombres y mujeres para los demás y el sufrimiento o el dolor que en algún momento aterriza en nuestras vidas es capaz de crear vínculos estrechos que amortiguarán de alguna manera y como esa red de trapecista que ya nombré, los golpes y las caídas. Cuando se conoce el fracaso y la vulnerabilidad las personas pueden cambiar. Esto puede pasar por las realidades con las que tratan los sanitarios, pruebas de laboratorio, de imagen, tratamientos, resultados etc., siempre detrás está la realidad de una persona y su entorno, su familia, trabajo, proyectos, historia, sueños.

Las personas no son simples resultados, son seres humanos con vínculos relacionales (Cano y Lobo, 2019, p. 98). Cuando además se dan situaciones extremas los mismos sanitarios pueden experimentar que sus vínculos se pueden ver afectados o que incluso necesitarían más presencia de dichos vínculos. La pandemia ha permitido tomar conciencia de la importancia de las personas que nos rodean y de la precariedad y dificultad de las relaciones. En momentos donde la vulnerabilidad y la fragilidad, la intemperie y la indigencia de los sanitarios se hacen más presentes se hace necesario buscar estrategias para reforzar las relaciones, con los pacientes, con los compañeros de trabajo, amigos, familiares, etc.

Es necesario fomentar la comunicación verbal, traspasar las barreras que las situaciones crean (en la pandemia las mascarillas, los guantes) para hacer sentir y sentir nosotros la piel del otro y la nuestra. Darse permiso e invitar a celebrar con los demás la vida que sigue, la vida que nos han dejado las personas que ya no están y que nos han querido

tanto. Vivir los ritos relacionados con los vivos y con los que se han ido y se van. Anclarse a quien nos ama y aprecia, a uno mismo y tratarnos con ternura. Instaurar en los centros de trabajo la cultura del buen trato: del reconocimiento explícito, del diálogo, del respeto, del buen humor, de la palabra amable. Generar espacios donde se escuchen los profesionales sanitarios y puedan crear esos vínculos entre ellos lo que llevará a una mejora en la calidad asistencial. Existen grupos Balint y grupos CoP (Comunidades de práctica) que han sido y pueden ser decisivos en el cuidado de los profesionales sanitarios y en la creación de vínculos y de ayuda entre los mismos sanitarios

a) Los grupos «Balint» surgieron en los años cincuenta creados por Michael Balint (1896-1970), un psiquiatra-psicoanalista húngaro establecido en Inglaterra. Su objetivo era dar la palabra a los médicos en su subjetividad y malestar, y en la relación emocional que se establecía con el paciente demandante de ayuda a través de la enfermedad. Su objetivo no es terapéutico en sí sobre el estado emocional del médico, salvo en la medida en que afecta la relación médico-paciente. Examina las reacciones del profesional con sumo cuidado, con la intención de ayudar a aquellos médicos que desean aprender de la experiencia para mejorar sus habilidades interpersonales. El tipo de aprendizaje fomentado en un grupo Balint consiste en aumentar la conciencia personal y el proceso de reconocimiento y modificación de sus reacciones. La formación del grupo Balint facilita la adquisición de conocimientos y habilidades que permitan al médico hacer frente a las dificultades que previamente tuvo con algún paciente o alguna situación estresante, conflictiva etc. Supone cambios personales fundamentales y se necesitan coraje y tiempo para llevarlos a cabo.

Estos grupos han sido y son importantes pues ayudan a aumentar la capacidad de reflexión, ser más consciente de las reacciones para comprender mejor la relación con los pacientes y compañeros y recontextualizar las situaciones planteadas, aumentando la satisfacción profesional y previniendo el burnout (Vivas, Moreno, Vilariño y García, 2021).

b) Los grupos CoP son aquellos en los que los miembros comparten un interés común y un deseo de aprender y contribuir a la comunidad con su variedad de experiencias. El punto de partida al hablar de dichos grupos es el reconocimiento de que dichas CoP pueden contribuir a la construcción de resiliencia entre sus miembros. Al ser un ambiente reflexivo del que se genera un conocimiento compartido puede ser una fuente de fortaleza y confianza para el equipo sanitario en situaciones especialmente estresantes o con mucha carga ético-moral como ha sido la pandemia. Pueden contribuir a hacer frente al distrés moral siendo de vital importancia no sólo para afrontar la situación de crisis sino para evitar las secuelas a largo plazo al estar trabajando en situaciones de gran incertidumbre. Parten de la idea de

---

que el aprendizaje situado enfatiza las interacciones sociales que apoyan el aprendizaje dentro de una comunidad de aquellos que practican profesiones similares o en campos similares. No necesariamente tienen que trabajar juntas, pero se reúnen y en la medida que va pasando el tiempo comparten información, ideas y consejos, aprendiendo unas de otras, de modo que se ayudan mutuamente a resolver problemas de interés común. El elemento fundamental es el compromiso mutuo entre sus miembros.

En el ámbito sanitario estos grupos surgen de la práctica compartida; ayudan a establecer la identidad profesional; tienen un objetivo o propósito común; no tienen límites geográficos, profesionales u organizativos; tanto el grupo como el enfoque puede variar de vez en cuando; el intercambio de conocimientos se hace de manera formal e informal; la interacción social, tanto cara a cara como virtual tiene gran importancia; el origen del grupo puede ser espontáneo o establecido.

Tiene cinco etapas de desarrollo: potencial, fusión, maduración, administración y transformación. Se comparte compromiso y entusiasmo. Se puede dar una membresía autoseleccionada que a veces tiene más éxito que los nombrados de forma externa. La comunicación e interacción regular entre los miembros es fundamental. Necesitan infraestructura que les apoye. Lo específico es cuando surge y se identifica un problema clínico compartido, relevante para su vida laboral cotidiana, el paciente está en el centro de las CoP de atención médica, a veces son estos problemas clínicos urgentes los que generan la formación de un CoP. En ellos es necesario incluir la dimensión ética que atraviesa toda práctica clínica, y que no sólo tiene que ver con la atención al paciente o la resolución del problema clínico sino también en la interacción entre profesionales sanitarios y la relación con la institución. Aunque se tiene que decir que la dimensión ética ha sido poco estudiada en relación con las CoP, al menos en el ámbito sanitario. Existe una necesidad apremiante de diálogo entre los profesionales sanitarios por lo que se deberían tomar estos CoP en el entorno sanitario, como comunidades morales, como una forma de convivencia ética. Pueden ser una fuente excepcional de apoyo para sus miembros individualmente, así como para el equipo. Ser ético se basa en las relaciones e implica una capacidad de respuesta hacia los demás, así una comprensión interdisciplinaria del espacio moral de los entornos sanitarios podría abrir nuevas formas de pensar, indagar y buscar métodos para abordar desafíos (Delgado, 2020, p 23-37).

### **3.4. Dimensión ética**

Como señalábamos en el primer capítulo el distrés moral ocurre en el entorno cotidiano e involucra situaciones en las que uno actúa en contra de su mejor juicio debido a restricciones internas o externas. Dejar de lado los propios valores y llevar a cabo una acción que uno cree que está mal amenaza la autenticidad del yo moral. La investigación sobre el distrés moral ha identificado que las fuentes del distrés moral son muchas y variadas y que la experiencia del distrés moral lleva a algunos profesionales sanitarios a dejar sus trabajos, o la profesión por completo.

Ha habido un alto índice de sanitarios que han abandonado su carrera y en otros ha habido intentos de suicidio en medio de esta situación vivida (Torijano, Maderuelo-Fernandez, Astier y Añel, 2021). Esta es una realidad de la que se ha podido aprender y de la que todavía podemos seguir aprendiendo. Es probable que algo de distrés moral sea inevitable, pero existen estrategias que pueden reducir el nivel de dicho distrés, o eludir situaciones comunes de distrés moral, para mantener la integridad moral del personal y la unidad en su conjunto, y prevenir la progresión del residuo moral.

Recojo en una tabla (Tabla 1) posibles estrategias y su implementación para disminuir o prevenir dicho distrés moral en los sanitarios sugeridas por varios autores (Austin, Lemermeyer, Goldberg, Bergum, y Johnson (2005); Beumer (2008); Epstein y Hamric (2009); Hamric, Davis, y Childress (2006); Lilly (2000); Puntillo McAdam (2006)) y recogidas en el artículo de Epstein y Delgado ya citado en el primer capítulo (Epstein y Delgado, 2010).

<b>Tabla I. Estrategias para reducir el distrés moral</b> (adaptado de Hamric, Davis y Childress, 2006; Epstein y Hamric, 2009).	
<b>Estrategia</b>	<b>Implementación</b>
Habla!	Identifica el problema, reúne los hechos y expresa tu opinión
Delibera	Busca y piensa con quien necesitas hablar y de qué necesitas hablar
Se responsable	A veces, nuestras acciones no son del todo correctas. Prepárate para aceptar las consecuencias, en caso de que las cosas no salgan como lo habías planeado.
Construye redes de apoyo	Encuentra colegas que te apoyen o que apoyen la actuación para abordar el distrés moral. Habla con una voz autorizada.
Céntrate en los cambios en el entorno de trabajo	Céntrate en el entorno de trabajo para que sea más adecuado más que centrarte en un paciente individual. Recuerda que problemas similares tienden a ocurrir una y otra vez. Por lo general, no es el paciente, sino el sistema, el que necesita cambiar.
Participa en la educación sobre el distrés moral	Asiste a foros y discusiones sobre distrés moral. Aprende todo lo que puedas al respecto.
Hazlo interdisciplinario	Muchas causas de distrés moral son interdisciplinarias. Un servicio por sí solo no puede cambiar el ambiente de trabajo. Se necesitan múltiples puntos de vista y colaboración para mejorar un sistema, especialmente complejo, como una unidad hospitalaria.
Encuentra la raíz de las causas	¿Cuáles son las causas comunes de distrés moral en su unidad? Apúntalos.
Desarrolla políticas	Desarrolla políticas para fomentar la discusión abierta, la colaboración interdisciplinaria y el inicio de consultas éticas.
Diseña un taller	Capacita al personal sanitario para que reconozca el distrés moral, identifique las barreras al cambio y cree un plan de acción

Los sanitarios pueden adaptar las estrategias que describimos a un entorno individual, unitario u organizacional, según corresponda. La Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos en 2005 señaló el distrés moral como un área prioritaria y desarrolló el enfoque de las 4 A (Ask, Affirm, Assess, and Act) para abordar y reducir dicho distrés moral. Aunque inicialmente estaban diseñados para el entorno de cuidados críticos, las 4 A son adaptables y aplicables en muchos entornos de cuidados no críticos. Las 4 A son: PREGUNTAR (ASK), AFIRMAR (AFFIRM), EVALUAR (ASSESS) y ACTUAR (ACT):

**PREGUNTAR:** Revise la definición y los síntomas del distrés moral y pregúntese si lo que está sintiendo es distrés moral. ¿Sus colegas también exhiben signos de distrés moral?

**AFIRMAR:** Afirme sus sentimientos sobre el tema. ¿Qué aspecto de su integridad moral está siendo amenazado? ¿Qué papel podrías (y deberías) desempeñar?

**EVALUAR:** Comience a juntar algunos hechos. ¿Cuál es la fuente de su distrés moral? ¿Cuál crees que es la acción "correcta" y por qué es así? ¿Qué se está haciendo actualmente y por qué? ¿Quiénes son los que están interviniendo en esta situación? ¿Estás listo para actuar?

**ACTUAR:** Cree un plan de acción e impleméntelo. Piense en las posibles trampas y estrategias para sortear dichas trampas.

Varios autores han aportado otras estrategias para abordar el distrés moral (Koppmann, Cantillano y Alessandri, 2021):

- Desarrollar un plan de autocuidado.
- Buscar la ayuda de un consultor en ética o del CEA (Comité de Ética Asistencial).
- Participar en reuniones de equipo compartiendo experiencias de trabajo y sentimientos de distrés (culpa, impotencia o rabia)
- Contar con apoyo y recursos para todo el personal para minimizar el residuo moral y fomentar el bienestar en momentos en los que se puede anticipar un aumento en el distrés moral u otros desafíos para la salud mental de los trabajadores.
- Crear oportunidades de revisión y aprendizaje de lo vivido.

Entre las herramientas para enfrentar el estrés esta la resiliencia que Lachman define como “la capacidad de lidiar con una situación éticamente adversa sin efectos duraderos de distrés moral y residuo moral, que requiere una acción moralmente valiente, activando apoyos necesarios y haciendo lo correcto”, pero no define cuáles son esos apoyos necesarios (Lachman, 2016). La conducta resiliente es una capacidad en construcción que se puede ir desarrollando y ejercitando a lo largo de la vida y en apoyo colectivo, pues dicha resiliencia tiene una dimensión colectiva fundamental especialmente cuando existe una vulnerabilidad colectiva como es el caso de los sanitarios por las situaciones a las que se enfrenta dicho colectivo, por eso será necesario un entorno facilitador que haga posible el desarrollo de dicha capacidad de resiliencia individual y colectiva. La Asociación de Psicología Americana señala los principales componentes de la conducta resiliente:

- Capacidad para desarrollar planes realistas.
  - Autoimagen positiva.
  - Buena capacidad de resolución de problemas.
  - Fuertes habilidades comunicativas.
  - Mantenimiento de relaciones de apoyo dentro y fuera de la familia.
  - Capacidad para manejar emociones fuertes.
  - Adecuado control de impulsos.
-



Promover la resiliencia entre los trabajadores de la salud y las organizaciones comienzan con la comprensión de lo que la resiliencia es (y lo que no es) dirá Rosenberg (2020). La psicología histórica y las ciencias sociales sugirieron que la resiliencia era un rasgo (por ejemplo, resistencia), un proceso (por ejemplo, adaptación), o un resultado (por ejemplo, la ausencia de estrés postraumático o la presencia de crecimiento postraumático después de una adversidad particular). La primera y la última conceptualización son cuestionables, dirá Rosenberg. El potencial para la resiliencia no es un rasgo único que uno tiene o no tiene; la capacidad de resiliencia es inherente a todas las personas. La resiliencia no es un único resultado dicotómico medido en un punto; podemos experimentar simultáneamente estrés postraumático y crecimiento, y estos resultados evolucionan dinámicamente a lo largo de nuestras vidas. La resiliencia no es ni afortunada ni pasiva. Se necesita un esfuerzo deliberado. De hecho, mientras que los investigadores de resiliencia han discutido sobre las definiciones matizadas y los requisitos para la resiliencia, están de acuerdo en que se puede fortalecer con la práctica.

La psicología moderna y las ciencias sociales definen la resiliencia como "el proceso de adaptación adecuada frente a la adversidad, el trauma, la tragedia, las amenazas o las fuentes significativas de estrés". ¿Quién define el bienestar y qué está suficientemente bien para alcanzar el umbral de resiliencia? La mayoría de las personas pueden superar lo suficiente una adversidad como para mirar hacia atrás con perspectiva y evaluarla. Consideran sus efectos sobre sus vidas e identidades, y a veces reflexionan sobre las habilidades que aprovecharon o desarrollaron, las acciones que tomaron, las lecciones que aprendieron, y las razones por las que se mantuvieron (o siguen) adelante. Esto significa que tenemos que deliberadamente transitar por el proceso de resiliencia, pasar y mirar hacia atrás. Comunidades e individuos que enfrentan adversidades tan diversas como la guerra, el hambre, la pobreza, la enfermedad o la muerte hacen esto mediante el aprovechamiento de categorías consistentes y recursos de resiliencia. Nombrar las categorías y ejemplos de sus correspondientes recursos específicos de resiliencia ayuda a identificarlos y aprovecharlos. Las categorías de recursos de resiliencia son individuales (como características y habilidades personales), de comunidad (apoyos sociales y sentido de conexión), y existenciales (sentido de significado y propósito) (Rosenberg, 2020). Rosenberg recoge estas habilidades en una tabla que nos puede servir (Tabla 2).

**Tabla 2. Categorías basadas en la evidencia de recursos de resiliencia y posibles aplicaciones**

<b>Recursos de categorías resilientes</b>	<b>Individual</b>	<b>Comunitaria</b>	<b>Existencial</b>
Cómo considerar el recurso de la resiliencia	¿Qué hago yo (o nosotros) cuando los tiempos se ponen difíciles?	¿Quién me ayuda a mí (o a nosotros) cuando los tiempos se ponen difíciles?	¿Quién quiero ser yo (o nosotros) cuando esto se acabe? ¿Qué habrá significado para mí, (o para nosotros)?
Ejemplos clásicos del recurso de resiliencia	Dependencia personal o grupal característica (resistencia, optimismo); desarrollo personal o de habilidades grupales (manejo del estrés, atención plena, establecimiento de objetivos).	Priorización y aprovechamiento de las relaciones existentes con empatía o comprensión personas (amigos, familiares, redes de pares); desarrollo y cultivo de un nuevo individuo y relaciones grupales con personas que son de ideas afines para validar sentimientos e identificar propósitos compartidos (colegas, comunidades de fe, grupos de defensa)	Replantear la evaluación de la adversidad con la integración de la experiencia adquirida en curso; evaluación interactiva personal o de identidad grupal con enfoque en valores, significado y propósito; identificación de la gratitud y la cosmovisión personal o grupal.
Posible nivel de aplicación personal	Practicar el autocuidado (no podemos ser resiliente si nosotros también estamos enfermos); priorizar el descanso y manejo de técnicas de estrés como la atención plena y el ejercicio; celebrar los éxitos y reconocer el impulso hacia adelante; ser proactivos; ver posibles desafíos en el enfoque para reaccionar.	Cultivar la comunidad: dedica varios minutos de reuniones presenciales o virtuales para registro de conversaciones sobre experiencias en el hospital. (Esto nos ayuda a mantener un sentido de conexión a colegas y amigos).	Replantear y promover actividades para la seguridad del paciente y la comunidad, construir un propósito personal ayudando a los demás. (Esto puede incluir el cuidado del paciente o voluntariado para ayudar a las comunidades desproporcionadamente afectadas en lo social)
Posible nivel de organización: aplicaciones	Practicar el autocuidado; apoyo personal Comunicando claramente las expectativas, reconocer la incertidumbre, expresar gratitud y proporcionar acceso para preguntas frecuentes; celebrar éxitos y reconocimiento; ser proactivo; anticipar desafíos de los sistemas, como el estrés moral, la fuerza laboral y/o escasez de equipos, necesidades de cuidado familiar, y licencia por enfermedad; considerar enfoques novedosos, reuniones compartiendo objetivos organizacionales.	Cultivar oportunidades para el autodescubrimiento del compartir; las organizaciones y el personal pueden reunirse para explorar las lecciones aprendidas, nuevas perspectivas y estrategias para la gestión del estrés de la incertidumbre y/o el miedo ya experimentado en algunas situaciones como la pandemia (Esto nos ayuda a mantener un sentido de conexión con nuestra cultura organizacional.)	Considerar deliberadamente la narrativa futura de La comunidad sanitaria; comenzar a escribir la historia que esperamos contar sobre cómo gestionamos esta adversidad; cultivar y defender lo compartido y el propósito en la atención de la salud para apoyar pacientes, familias y comunidades.

Estas estrategias que he señalado se pueden adaptar a cualquier entorno laboral no siendo necesario llevar a cabo todas ellas. Se debe probar aquellas que podrían funcionar mejor en un entorno de trabajo determinado.

### ***3.5. Dimensión espiritual y de sentido***

El ser humano anhela vivir con sentido, pues solamente desde ahí se puede vivir humanamente, cuando el ser humano se encuentra en la encrucijada del sufrimiento, del fracaso o en situaciones que desestructuran alguna de las dimensiones de su persona y especialmente la dimensión del sentido, la dimensión espiritual, en ese intento de cuidar a dicho ser humano, en nuestro caso al sanitario, es trascendental articular una pedagogía del “sentido”, pues cuidar es mucho más que acompañar, se trata, fundamentalmente, de construir sentido desde el diálogo y la responsabilidad. El ser humano desea vivir, pero no de cualquier manera, sino desea dar sentido a su vida, no sólo vivirla biológicamente. Tiene necesidades somáticas, psicológicas y sociales, y en el plano metafísico tiene la necesidad de sentido. Necesita llenar de sentido sus acciones, toda su vida, pues dicha voluntad de sentido dignifica al ser humano, ya que su plenitud no depende de lo exclusivamente biológico sino también de lo simbólico-espiritual. Por otro lado, esa necesidad de sentido le hace vulnerable pues necesita más recursos para sublimar su voluntad de vivir. Es más arduo desarrollar felizmente la voluntad de vivir en el ser humano que en cualquier otro ser vivo pues en el ser humano inciden aspectos metabiológicos.

Cuando el ser humano atraviesa una circunstancia de máxima vulnerabilidad ya sea sufrimiento físico o moral, el fracaso afectivo o profesional, la proximidad de la muerte propia o ajena, entonces la pregunta por el “sentido” adquiere más intensidad. El sufrimiento es un catalizador, por así decirlo, de la pregunta por el sentido. Así ante una experiencia límite es muy posible que el ser humano abandone el sentido habitual que otorgaba a su vida y formule, de nuevo, el sentido que tiene su existencia. Cuidar de una persona que sufre significa acompañarla integralmente en su circunstancia y en su interioridad. Se requiere en ese sentido una atención particular a la cuestión del sentido porque dicha cuestión incide gravemente en la armonía del sujeto vulnerable, en su estado de ánimo y en su posibilidad de restitución.

El tema del sentido debemos decir que es una cuestión clave ya que se trata de un cambio sustancial y conlleva un cambio de actitud fundamental en el ser humano. Por ello es necesario ver cómo se construye el sentido en el proceso del cuidar de los sanitarios que han vivido o viven situaciones de límite pues es necesario reconstruirlo de nuevo, hallar fórmulas

para recrear de nuevo su vida y encontrar espacios donde ser capaces de realizar su autenticidad y de encontrar sentido. Sólo será posible cruzar el paréntesis que se ha dado en ese momento límite si el sujeto es capaz de construir sentido. Al encontrarse en una situación de precariedad física y moral dicha tarea de construir sentido buscará nuevas posibilidades existenciales pues el ser humano es una síntesis de necesidad y posibilidad. No todo está predeterminado, sino que hay un espacio de libertad para la posibilidad por lo que en el momento de la necesidad hace falta articular una pedagogía de la posibilidad, es decir descubrir el abanico de posibilidades que puede desarrollar con su vida a pesar de la situación de límite que está viviendo. Se trata de vivir desde la inquietud de héroe que hay en cada uno de nosotros pues el héroe siempre percibe una última oportunidad, de tal manera que la muerte nunca puede ser asumida, sino que llega mientras el ser humano sigue intentando alguna posibilidad de seguir existiendo. Ya que ninguno sabemos ni el día ni la hora de nuestra muerte.

La transformación del sentido es vital para subsistir humanamente, dicha transformación implica riesgo, sufrimiento y responsabilidad. Ese sentido nuevo se puede construir desde el diálogo donde se da un intercambio recíproco de problemas. La construcción de sentido es una necesidad y no una responsabilidad ética para el que está en la situación límite, pero para el que cuida se va a tratar de responsabilidad ética puesto que tiene el deber moral de responder a la necesidad de su prójimo. Tratará de restablecer la salud, la integridad, restituir y volver a configurar la estructura pluridimensional y plurirrelacional del sanitario. Cuidar de un ser humano, de un sanitario que sufre, consiste en reconstruir dialógicamente y responsablemente el sentido. Dicha reconstrucción se dará en dos planos: en el marco del diálogo y en el de la responsabilidad social y ética. Mediante el diálogo se podrá ahondar en el sujeto, entrever su sufrimiento y percibir posibilidades existenciales de reconstrucción de sentido. La pérdida de sentido que viven tantos seres humanos como consecuencia de un sufrimiento moral es una cuestión clave de la que todo ciudadano debe hacerse responsable y de la que éticamente no puede mantenerse neutral o al margen. Dicha responsabilidad supondrá simetría en la relación, jamás imposición de un sentido o de un criterio (Torralba, 1998, p. 357-362).

Debo incluir el poder curativo de los símbolos. Dirá de la Torre que los símbolos son un medio de adaptación que no confronta con la realidad directamente. Creando un mundo de sentido ayuda a la persona a recrear la realidad, a transitar por ella, estabilizando su universo que no es sólo físico sino simbólico. Como en el ámbito sanitario se convive constantemente con los límites de la vida y de la muerte, de lo vulnerable y finito, hay

---

realidades que no pueden ser abordadas sólo desde el punto de vista biológico pues las personas somos mucho más que lo físico y biológico por lo que será necesario abordar la muerte, la vida, el fracaso, el abandono, la soledad y el límite ayudándonos de lo simbólico. La religión tiene un enorme poder curativo y sanador para los que han vivido y viven en los límites, para los que palpan constantemente la vulnerabilidad, por eso los símbolos deben ser mirados con respeto en el ámbito sanitario tan cargado de vulnerabilidad, incluso valerse de ellos (Torre, 2016, p. 49). Hay un poder curativo en la espiritualidad que debe ser rescatado en nuestra sociedad tecnificada. Muchas veces se ha constatado la necesidad de que los profesionales sanitarios adquieran *inteligencia espiritual* como parte de sus competencias para poder llevar a cabo un cuidado de todas las dimensiones de la persona.

En algunas facultades de medicina y enfermería donde hay algún crédito de bioética, conociendo la necesidad de profesionales sanitarios que sepan enfrentarse a la realidad del sufrimiento y de la muerte habiendo desarrollado algo más esa inteligencia espiritual, se intenta trabajar esta competencia en los estudiantes pues se sabe que redundará en beneficio de los mismos estudiantes, de los pacientes y de la sociedad haciéndola más competente y humana (Massé y Torre, 2020, p.25).

Cuando la vulnerabilidad toca a nuestra puerta, antes o después, necesitaremos que de alguna manera nuestra interioridad, la parte espiritual que seguramente por lo vivido se ha quedado estancada, paralizada o bloqueada, vuelva a retomar el paso de la vida y acompañe con todo su ser el presente que sigue llegando sin pedir permiso. Desde ahí el acompañamiento espiritual será una propuesta a considerar como esencial para la persona creyente donde el diálogo en busca de sentido se dará con ese Otro, con el Misterio que nos trasciende, en ese transitar las dificultades y el sufrimiento. Ese diálogo, con el lenguaje del corazón, puede llenar de sentido la vida, o por lo menos ayudarnos a madurar internamente, mediante la contemplación de lo vivido, comprendiendo y aceptando lo acontecido, acogiendo una paz profunda que no viene de nosotros que podrá sostener el peregrinar por esta tierra. Será a través de ese diálogo espiritual, de una oración más de contemplación que de meditación, de una vida orante, en la que, desde el sentir de la fe, el ser humano encontrará un sentido existencial que irá más allá de las palabras, más allá de conceptos, reflexiones y explicaciones racionales.

El valor madurativo del sufrimiento aceptado llegará cuando se encuentre un sentido. Cada uno tendrá que hacer el camino existencial que necesite para llegar a encontrarlo. Debemos ayudar a los profesionales sanitarios a encontrar sentido a las situaciones dramáticas, dolorosas y difíciles vividas, pues no se trata de resistir sino de una posible

transformación en algo mejor. De eso hemos hecho experiencia y nos hemos encontrado caminando derroteros saciados de sufrimiento con personas resilientes, que son la mayoría, capaces de transformarse en mejores profesionales, personas delante de las cuales te quitas el sombrero o el corazón se inclina al contemplar su vivir decidido a ser auténticamente ético. Personas que sostienen el mundo con la certeza de que otros y Otro les sostienen. Cuidar al que cuida, ser cuidado por quien es cuidado. En el cuidado, como en el amor, no hay nada mejor que ser correspondido (Almarza y Yubero, 2021).

## CONCLUSIONES

En este trabajo de investigación hemos tratado de reflexionar desde el imperativo ético del “dejarse cuidar”, enmarcando su desarrollo transitando lugares comunes de vulnerabilidad que van más allá de lo que humanamente podemos controlar. Hemos visto que dicha vulnerabilidad debe ser tenida en cuenta por las consecuencias vitales que tiene en los profesionales sanitarios y también que dicho imperativo ético debe ser debidamente atendido.

Nos hemos encontrado con una gran variedad de definiciones de vulnerabilidad según distintos autores, corrientes de pensamiento y disciplinas por lo que no nos ha sido posible llegar a una única definición. Considerando la vulnerabilidad como la capacidad del ser humano de ser afectado en todas sus dimensiones, deteniéndonos en la dimensión antropológica hemos visto que en los profesionales sanitarios esa vulnerabilidad se manifiesta en su corporalidad, en sus emociones que deben ser gestionadas debidamente para acompañar una buena práctica ética; en los vínculos, siendo vitales y necesarios pero que a veces vulneran y deshumanizan la práctica sanitaria; y en la necesidad de recibir “cuidado” y dar “cuidado”.

Hemos visto la centralidad de la vulnerabilidad como principio bioético europeo prioritario que protege no sólo a la persona sino a la humanidad entera. Por lo que consideramos que no podemos olvidar nuestra historia, las raíces humanistas europeas y que debemos por eso ponerlas en el centro para poder rescatar y proteger lo más genuino de la humanidad. Así la vulnerabilidad será ese imperativo ético que deberá ser motor de todo aquel que asista, sufriendo por el otro y teniéndolo a su cuidado; manifestándose entonces lo más genuino de su ser persona, su humanidad.

Hemos reconocido cómo en concreto el profesional sanitario es vulnerado, en algunos casos, porque no puede no priorizar la vida de los pacientes sobre la propia, ya que la vocación sanitaria lleva consigo ese imperativo ético-moral. Pero también, en otras situaciones, es vulnerado en sus dimensiones física, psíquica, emocional y/o espiritual directa o indirectamente sufriendo:

En referencia al síndrome de *burnout* compartimos la opinión de la OMC que cree que debería hacerse un estudio nacional riguroso, pues dicho síndrome es un problema muy grave entre los médicos. Además, urge que las instituciones sanitarias se tomen en serio dicha realidad y cambien factores extrínsecos, condiciones de trabajo, que potencian la aparición de dicho síndrome con especial atención a las especialidades con mayor riesgo como Atención Primaria, urgencias, cuidados intensivos, etc., que evitarían efectos adversos en la atención a los pacientes. Vemos una necesidad clara, como se señalaba, de reintroducir las Humanidades en los currículos académicos de las ciencias de la salud pues la asistencia sanitaria trata con todas las dimensiones del ser humano y creemos que mejoraría no sólo la asistencia sino el cómo el mismo profesional sanitario se enfrenta en el día a día a los desafíos en el trato pluridimensional de la persona.

En cuanto al presentismo vemos necesario que se siga investigando y analizando las causas pues hay pocos estudios.

De las agresiones físicas y verbales nos preocupa el hecho de que haya habido un incremento y el que haya una infradeclaración por parte de los profesionales sanitarios. Sería bueno ver las causas de ese incremento y de la infradeclaración pues no se puede ejercer una asistencia sanitaria adecuada con miedo, las instituciones sanitarias deben velar por la seguridad de sus profesionales.

En cuanto al acoso laboral nos parece que son cifras muy elevadas el que uno de cada cuatro, es decir un 75% de los sanitarios hayan sufrido *mobbing*. Incluso los estudios llevados a cabo por la OMC de España que señalan un 46,6% de las mujeres y un 41,3 % de hombres habiendo sufrido *mobbing* en alguna ocasión cuestionan la actitud ética de la profesión sanitaria. Una profesión que debería vivir la excelencia y el respeto en el trato, al darse estas situaciones nos provoca una gran preocupación. ¿Qué nos está pasando como sociedad? Vemos necesario y urgente un reglamento, unos códigos de conducta y una legislación de seguridad que proteja a los sanitarios y que no esconda como “conspiración muda” lo que está ocurriendo. También que los sanitarios puedan tener acceso a ayudas rápidas y conocer los recursos disponibles y que estos sean reales. Esta realidad ratifica la necesidad de reintroducir las Humanidades en los currículos de las ciencias de la Salud como hemos dicho antes. Algo está fallando en la educación para que lleguemos a estas situaciones donde se ve afectada tanto la integridad como la dignidad de la persona. Debemos recuperar, enseñar, transmitir hasta que se asimilen en la vida, los principios bioéticos europeos: vulnerabilidad, dignidad, integridad y autonomía. Algo tiene que cambiar.

---



En cuanto al distrés moral y al residuo moral creemos que deben ser atendidos con seriedad pues de no hacerlo puede ser perjudicial tanto para el profesional sanitario como para los entornos donde se requiera sensibilidad moral y ética. Debe ser evaluado el grado de dicho distrés para que los profesionales sanitarios no se vuelvan insensibles ante situaciones éticamente desafiantes y necesitadas de una respuesta adecuada, para que por el desgaste moral no se pase por encima, se pueda objetar y buscar ayuda en un CEA y así llegar hasta la raíz ético-moral en cuestión y dar una respuesta adecuada en la medida de lo posible.

En cuanto al contrato social que existe creemos que es falso e injusto, que como hemos señalado en el apartado donde lo tratamos, debe ser revisado para que se solvente el desajuste entre el contrato social implícito y el explícito, pues el malestar dentro de la profesión sanitaria va en aumento y está llevando al abandono de la profesión, a mayores errores, a menor nivel de empatía, etc.. Estamos de acuerdo con lo que señalaba Jovell de la necesidad de redefinir las relaciones entre medicina y sociedad, en el contexto de cambio social, confrontando la tensión entre equidad, buena calidad asistencial, excesos de posibilidades asistenciales y recursos disponibles finitos. Adecuar los contratos y los salarios acordes a la responsabilidad asumida, recuperar autonomía profesional, competencia y sentido de pertenencia con la debida participación de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones que atañen a su profesión. Se debe considerar también el bienestar de los profesionales como parte esencial y central en la atención al paciente e indicador de calidad asistencial.

Hay que decir que, al intentar profundizar en todas estas realidades de vulneración, nos ha conmovido ver lo enmudecida, silenciada, poco comunicada y poco conocida que está en la sociedad y en los más media todas estas problemáticas. Doloroso ha sido comprobar que todas estas realidades de vulneración pueden llegar a minar profundamente los valores, sentido y razón de ser de dichos profesionales sanitarios por lo que vemos urgente que se tomen en serio por parte de las instituciones sanitarias y políticas estas realidades para dar una respuesta adecuada de prevención y cuidado. Reconocemos que ha sido imposible abordar todas las situaciones de vulneración del profesional sanitario con la profundización y precisión que hubiera sido necesario pues cada realidad necesitaría un estudio profundo.

Al indagar sobre el estado actual de la ética del cuidado buscando una posible fundamentación del cuidado del profesional sanitario hemos visto que, hasta el día de hoy, la ética del cuidado sigue enmarcada en un contexto de éticas feministas y de lo femenino

siendo necesario todavía superar ese paradigma. Coincidimos con autores como López al considerar que estamos frente a una virtud que obliga a enunciar el cuidado como principio ético ineludible tanto para varones como para mujeres y que sería necesario seguir trabajando sobre ello. También con Torralba, quien reconoce que aunque el ejercicio del cuidar es un deber racional de carácter universal, no es una práctica puramente y sólo racional, ahí la dificultad de fundamentación, pues incluye aspectos emotivos, sociales, psicológicos, culturales y económicos.

Reconocemos que la razón última del cuidar pertenece a lo metaético pero que al vivir en una sociedad plural y secular es necesario un lugar de encuentro entre la razón filosófica y teológica para que se compartan unos mínimos éticos ineludibles que puedan salvar la ética del cuidar del peligro del relativismo y del dogmatismo, pues tarde o temprano, consciente o inconscientemente todos necesitaremos ser cuidados.

Hemos señalado que el punto de partida de la ética del cuidar se da desde virtudes básicas, prácticas y teóricas como la compasión, la competencia, la confidencialidad, la confianza y la conciencia por lo que éstas deben ser cultivadas como hábitos, como un modo de estar en el mundo.

En el discurso ético hemos visto necesario distinguir entre lo trascendental, lo esencial y lo categorial del cuidar. En lo categorial ético cuando el profesional sanitario puede ser o es vulnerado afirmamos que las instituciones deberían llevar a cabo estrategias concretas de cuidado y de prevención que respondan y acompañen esta realidad. En cuanto a lo esencial recogemos lo que Heidegger dice que “el cuidado es el ser del hombre” reconociendo que el cuidado es una estructura formal, ontológico-existencial del ser humano que se muestra en su quehacer ético y que por tanto esta ética deberá preocuparse para que el profesional sanitario en su ser vulnerable y vulnerado sea cuidado para que pueda seguir siendo y desarrollando su ejercicio profesional. En lo trascendental se deberá cuidar y respetar el mundo axiológico del profesional sanitario, *su mundo simbólico*, su contexto cultural y religioso, introduciendo en el cuidado el lenguaje *simbólico-religioso* como manifestación de la interioridad, de los sentimientos y preocupaciones profundas, pues si se prescinde de lo espiritual, en muchos casos unido a lo religioso, se puede seccionar la cuestión del sentido de la existencia que en toda situación de sufrimiento queda a la intemperie.

Al haber de fondo e influir en la comprensión y en el ejercicio del cuidado de sí y cuidado del otro un cruce de dos paradigmas, el griego y el judeocristiano, vemos necesario tenerlos en cuenta y articular debidamente ese cuidado del otro, de sí y de la institución. Para que se dé un mejor cuidado del profesional sanitario, quien es ante todo una persona

---

vulnerable y muchas veces vulnerado, vemos que en momentos será necesario hacerle ver que cuidarse y dejarse ayudar se puede considerar un acto supremo de generosidad y que redundará en beneficio de todos.

Para terminar, en el tercer capítulo, hemos señalado algunas propuestas éticas del cuidado del profesional sanitario vulnerado en sus distintas dimensiones desde una perspectiva antropológica. Evidenciamos que es necesario para ello un sujeto o institución dispuesta a cuidar del profesional y un profesional dispuesto a dejarse curar y cuidar en aquella desestructuración global que se ha dado en su persona para que vuelva a estructurarse pluridimensionalmente. Hemos intentado dar elementos para la cura o cuidado de lo tangible y no tangible que haya sido o pueda ser vulnerado.

En la dimensión corporal destacamos la necesidad de la presencia corporal y el tacto de otros ya que expresan preocupación ética y de lugares de trabajo donde existan salas preparadas y espacios bellos donde poder descansar pues la belleza cura.

En la dimensión psicoafectiva y emocional recogemos algunas pautas de acompañamiento emocional de los sanitarios como dar tiempo a dichos profesionales para que se recoloquen, tomen conciencia y puedan expresar individual o grupalmente lo vivido. Vemos que es vital cuidar a los sanitarios a nivel cognitivo ayudándoles a cortar con ideas autolesivas, con técnicas de relajación, mindfulness, oración y ofreciendo medios profesionales que acompañen el proceso adaptativo previniendo la depresión con estrategias institucionales.

En la dimensión social, de relación y de vínculos señalamos la importancia de la reciprocidad universal que somos todos y la necesidad de fortalecer el tejido de interrelaciones pues los vínculos estrechos pueden amortiguar las caídas. Junto con eso vemos necesario fomentar la comunicación verbal y corporal en los sanitarios, para que se puedan anclar a aquellos que les aprecian. Generar espacios donde se escuchen y puedan crear vínculos mediante grupos que permitan al sanitario hacer frente a las dificultades o conflictos que tenga. Se pueden tomar dichos grupos como comunidades morales, como una forma de convivencia ética, como fuente de apoyo interdisciplinar.

En la dimensión ética, hemos señalado la necesidad de implementar estrategias para reducir el distrés moral y poder mantener la integridad moral individual y colectiva: hablando, deliberando, buscando la raíz de las causas, construyendo redes de apoyo interdisciplinario, buscando cambios en el entorno y posibles cursos de educación y prevención del distrés, diseñando algún taller y desarrollando políticas que fomenten la discusión abierta interdisciplinaria y el inicio de consultas éticas a un consultor o al CEA.

---

Vemos necesario promover la resiliencia entre los profesionales sanitarios, formulando y recogiendo los recursos resilientes y sus posibles aplicaciones.

Por fin en la dimensión espiritual y de sentido reconocemos que el ser humano cuando atraviesa una situación de máxima vulnerabilidad al surgir en él la pregunta por el sentido será necesario acompañarle en su interioridad con atención particular a esa cuestión ya que dicha cuestión del sentido incide gravemente en la armonía de su ser. Vemos que es una responsabilidad ética reconstruir dialógica y responsablemente el sentido. También hemos visto necesario, desde la propia experiencia, incluir el poder curativo de lo simbólico-espiritual en general y del acompañamiento espiritual como una propuesta a considerar para la persona creyente y no creyente si lo pide.

Creemos que es una tarea ardua levantar a aquellos que han sido vulnerados y que simplemente nos hemos acercado a una primera tímida respuesta a la necesidad de ese cuidado. Hay mucho más todavía por conocer, definir, desarrollar e implementar sobre todo en medidas de prevención pues es más duro, difícil y costoso a todos los niveles curar y levantar que prevenir.

Con todo sabemos que el valor madurativo del sufrimiento aceptado llegará cuando se encuentre un sentido a lo vivido y la persona se transforme en alguien mejor y consistente. Mientras tanto debemos estar ahí, cerca, como centinelas, en la noche que viven muchos sanitarios, para señalarles la luz y transmitir esperanza, aunque dicha noche sea cerrada y sin estrellas pues dichos sanitarios, peregrinando sin querer pasar de largo por el sufrimiento de tantos, han cargado sobre sus vidas: familias, sociedades, injusticias, países, catástrofes, epidemias y pandemias y han naufragado por no poner cálculo a sus fuerzas finitas. Ahora les toca a ellos y ellas, sí, pues es de justicia recoger, abrazar y enjugar cada lágrima derramada e invertida simplemente por querer asumir otras historias grandes y pequeñas de las que decidieron hacerse prójimos. No son héroes son personas hechas del mismo barro que todos.

---





## BIBLIOGRAFÍA

### *Libros*

- Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. (2002). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial*. Madrid: Trota. En: López, M. (2011). *El cuidado: un imperativo para la bioética*. Madrid: U. P. Comillas. (p. 330-332)
- Boné Pina, I. (2010). *Vulnerabilidad y enfermedad mental. La imprescindible subjetividad en psicopatología*, Madrid: U.P. Comillas.
- Buber, M. (1993). *Yo y Tú*. Madrid: Caparrós. En: Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Barcelona: Instituto Borja de Bioética-Fundación MAPFRE Medicina. (p.119)
- Cano, A. sj y Lobo, A. sj. (2019). *Más que salud. Cinco claves de espiritualidad ignaciana para ayudar en la enfermedad*. Cantabria: Editorial Sal Terrae.
- D'Ors, P. (2012). *Sendino se muere*, Barcelona: Fragmenta.
- Feito, L. (2000). *Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*. Madrid: PPC.
- Feito, L (2009). *Ética y enfermería*. Madrid: San Pablo-Comillas.
- Ferrer, J.J y Álvarez, J.C. (2003). *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. Bilbao: U.P. Comillas-DDB.
- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós. (p. 399-400).
- Frankl, V. (1955). *Homo patients*. Buenos Aires: Plantin. En Torralba, (1998), *Antropología del Cuidar*. (p. 234).
- Heidegger, M. (1927). *Ser y Tiempo*. Edición electrónica de [www.philosophia.cl](http://www.philosophia.cl) / Escuela de Filosofía Universidad ARCIS.
- Held, V. (1997). *Ética feminista. Transformazioni della coscienza e familia post-patriarcale*. Milan: Feltrinelli.
- Izquierdo, M.J. (1998). *El malestar de la desigualdad*. Madrid: U. P. Comillas.

- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Jonas, H. (1995). *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Ed. Herder.
- Kierkegaard, S. (1969). *La enfermedad mortal*. Madrid: Ed. Guadarrama.
- Kuhse, H. (1997). *Caring: Nurses, Women and Ethics*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Laín Entralgo, P. (1985). *Antropología médica para clínicos*. Barcelona: Salvat.
- Lévinas, E. (1974). *El humanismo del otro hombre*. Madrid: Siglo XXI
- Lévinas, E. (1987). *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*. Salamanca: Ed. Sígueme.
- Lévinas, E. (1995). *De Dios que viene a la Idea*. Madrid: Caparrós.
- Leymann, H. (1996). *La persecution au travail*. París: Seuil.
- López, M. (2011). *El cuidado: un imperativo para la bioética*. Madrid: U. P. Comillas.
- MacIntyre, A. (2001). *Animales Racionales y dependientes*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Marsico, G. (2003). *Bioética: voces de mujeres*. Madrid: Narcea.
- Maslach, C, Jackson S.E. y Leite, M.P (1996). *Maslach burnout inventory manual*. California: CPP.
- Massé, M.C y Torre (de la), J. (Eds). (2020). *Los profesionales sanitarios ante la muerte*. Madrid: Dykinson, S.L.
- Misztal, B. (2011). *The Challenges of Vulnerability, In Search for Strategies for a Less Vulnerable Social Life*, New York: Palgrave Macmillan Editors. (pp. 42)
- Montero, C. (2012). *Vulnerabilidad, reconocimiento y reparación. Praxis cristiana y plenitud humana*. Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado.
- Montero, C. (2022) *Vulnerabilidad. Hacia una ética más humana*. Madrid: Dykinson
- Noddings, N. (1984). *Caring. A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press. En Ferrer, J.J y Álvarez, J.C. (2003). *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. Bilbao: DDB. (p. 271-286)



- Nussbaum, M (1995). *La fragilidad del bien. Fortuna y ética en la tragedia y la filosofía griega*. Madrid: Visor.
- Patočka, J. (1991). *Platón y Europa*. Barcelona: Ediciones península, historia, ciencia, sociedad. En: López, M. (2011). *El cuidado: un imperativo para la bioética*. Madrid: U. P. Comillas. (p. 323-326).
- Pellegrino, E.D. y Thomasma, D.C. (2008). *Las virtudes cristianas en la práctica médica*. Madrid: Cátedra de Bioética n. 15. Comillas.
- Ricoeur, P. (1993). *Amor y justicia*. Madrid: Caparrós editores. En Torralba, F. (2002). *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina. (p. 151).
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*, Madrid: Siglo XXI.
- Ricoeur, P. (2005). *Caminos de reconocimiento*, Madrid: Ed. Trotta.
- Romero, M. (2004). *Protección frente al acoso en el trabajo*. Albacete: Ed. Bomarzo.
- Ruddick, S. (1989). *Maternal Thinking: Toward a Politics of Peace*. Boston: Beacon Press.
- Scheler, M. (1974). *El puesto del hombre en el cosmos*. Buenos Aires: Losada.
- Schopenhauer, A. (1961). *El mundo como voluntad y representación*. Vol. I. Madrid: Gredos, D.L. 2010.
- Taylor, C. (2001). *El multiculturalismo y la política del reconocimiento*. México: Fondo Cultura Económica de España.
- Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Barcelona: Instituto Borja de Bioética.
- Torralba, F. (2002). *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina.
- Torre (de la), F.J. (2016). *Bioética. Vulnerabilidad y responsabilidad al inicio de la vida*. Madrid: Dykinson, S.L.
- Trias, E. (2003). *Ética y condición humana*, Barcelona; (1999). *La razón fronteriza*, Barcelona; y (2000). *Los límites del mundo*, Barcelona (2ª). Filósofo que desarrolla la comprensión del ser humano como ser de fronteras y límites.
- Turner, B.S. (2006). *Vulnerability and Human Rights*. Pennsylvania: Pennsylvania State University Press.

Vielva, J. (2002). *Ética profesional de la enfermería*. Bilbao: DDB.

### ***Magisterio***

Francisco I. (2020). Carta Encíclica *Fratelli Tutti*. Navarra: Verbo Divino.

### ***Artículos y capítulos de libros***

AACN - American Association of Critical Care Nurses (2005). AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments. From: [www.aacn.org/WD/HWE/Content/hwehome.pcms?menu=Community](http://www.aacn.org/WD/HWE/Content/hwehome.pcms?menu=Community)

Almarza, B. y Yubero, A. (2021). Cuidar a quien cuida: una experiencia en la pandemia. En Del Amo, R (Ed), *Cuidadores y Cuidados*. Madrid: Ballesol.

Ares, A y Ortega, M.M. (2018). El acoso laboral en el ámbito sanitario. Barcelona: Med. Clin. 2018;150(5): 198-201.

Austin, W., Lemermeyer, G., Goldberg, L., Bergum, V., y Johnson, M. S. (2005). Moral distress in healthcare practice: The situation of nurses. *HEC Forum*, 17(1), 33-48

Bangueses, L., Vazquez-Campo, M. y Mouriño, Y. (2020). Vivencias y percepción de los profesionales sanitarios de las urgencias extrahospitalarias ante las agresiones. España: Elsevier. En: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.07.006>

Beumer, C. M. (2008). Innovative solutions: The effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 27(6), 263-267.

Bouza E., Gil-Monte P.R. y Palomo. E. (2020), en representación del Grupo de trabajo para deliberar sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en los médicos de España. Work-related burnout syndrome in physicians in Spain. *Rev Clin Esp*. 2020; (p. 359-363).

Brykczynska, G. (1992). Caring. Some philosophical and spiritual reflections. En: Moya, J., Brykczynska, G. (Eds). *Nursing Care*. Londres: Edward Arnolf.

Cano-Langreo, M., Cicirello-Salas, S., López-López, A. y Aguilar-Vela, M. (2014). Marco actual

- del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Med Segur Trab.* 2014;60: (p.198-218)
- Corley, M. C. (1995). Moral distress of critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 4(4), (p. 280-285).
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6). (p.636-650).
- Cozzo, G. y Reich, M. (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitarios asistenciales. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8. Doi: 10.5872/psiencia/8.1.21
- Delgado, J. (2020). "El papel de las comunidades de práctica en la construcción de resiliencia moral: un análisis a partir de la pandemia de Covid-19", en Garcés M, y Casado, A. (eds): *Debate: Comunidades de práctica y el futuro de la educación. ILEMATA, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, nº33 (p. 23-37).
- Denning M., Goh E.T., Tan B., Kanneganti A., Almonte M, Scott A., et al. (2021). Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. *PLoS ONE* 16(4): e0238666. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238666>
- Dewa, C.S., Jacobs, P., Thanh N.X. y Loong, D. (2014). An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14: (p. 254)
- Epstein, E.G., Delgado, S., (2010) "Understanding and Addressing Moral Distress" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 15, No. 3, Manuscript 1.  
DOI: 10.3912/OJIN.Vol15No03Man01  
<https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol15No03Man01>
- Epstein, E. G., and Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*, 20(4), (p. 330-342).
- Esquerda, M. y Teres, J. (2021). Pandemia COVID-19, profesionalismo y contrato social. *Revista Clínica Española* 221 (2021) (p. 494-495).  
<https://doi.org/10.1016/j.rce.2021.04.004>
- Fidalgo, A.M. y Piñuel, I., (2004). La escala Cisneros como herramienta de valoración del

*mobbing*. *Psicothema*. 2001;16: (p.615-624).

En: <http://www.psicothema.com/pdf/3041.pdf> [cited 20.5.17]

Gil-Monte, P. Moreno B. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*). *Grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.

Hamric, A. B. y Blackhall, L. J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35(2), (p. 422-429).

Hamric, A. B., Davis, W. S., and Childress, M. D. (2006). Moral distress in health care professionals. *Pharos*, 69(1), 16-23.

Hardingham, L. B. (2004). Integrity and moral residue: Nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy*, 5(2), 127-134)

Honneth, A. (1992). "Integridad y desprecio. Motivos básicos de una concepción moral desde la teoría del reconocimiento", ISEGORIA 5. DOI: 10.3989/isegoria.1992.i5.339

Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clinical Issues in Perinatal & Womens Health Nursing*, 4(4), (p. 542-551).

Jovell, A. (2005). Contrato social y valores en la profesión médica. *Rev. Adm. Sanit.* 2005;3:495-503.

Koppmann, A, Cantillano, V y Alessandri, C. (2021). Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19. Santiago, Chile: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.12.009>. e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>.

Lachman, V.D. (2016). "Moral Resilience: Managing and Preventing Moral Distress and Moral Residue". *Medsurg Nursing*, 25, 121-124. En Delgado, J. (2020). "El papel de las comunidades de práctica en la construcción de resiliencia moral: un análisis a partir de la pandemia de Covid-19", en Garcés M, y Casado, A. (eds): *Debate: Comunidades de práctica y el futuro de la educación*. ILEMATA, *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, nº33, (p. 23-37).

Lemaire, JB y Wallace, JE. (2017). Burnout among doctors. *BMJ*, 14: j3360

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j3360>

- Letvak, S.A., Ruhm, C. y Gupta, S., (2012). Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *Am J Nurs.* 2012; 112: (p. 30-38).
- Lilly, C. M., De Meo, D. L., Sonna, L. A., Haley, K. J., Massaro, A. F., Wallace, R. F., and Cody, S. (2000). An intensive communication intervention for the critically ill. *American Journal of Medicine*, 109(6), 469-475.
- López-Cortacans, G., Pérez-García, M., Pérez-García, R. y Pérez-García, D. (2021). Síndrome de *burnout* y efectos adversos: la prevención ineludible. España: Los Autores. Elsevier España S.L.U. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102154>
- McCarthy, J., y Deady, R. (2008). Moral distress reconsidered. *Nursing Ethics*, 15(2), (p. 254-262).
- Meltzer, L. S., y Huckabay, L. M. (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*, 13(3), (p. 202-208)
- Morken, T., Alkaser, K. y Johansen, I.H. (2016). Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2016;17: (p. 54).
- Ofri, D. (2019). The Covenant. *Acad Med.* 2019;94:1646-8.
- Oro, P., Esquerda, M., Viñas-Salas, J., Soler-González, J. y Pifarré, J. (2015). Mindfulness en estudiantes de medicina. [www.fundacioneducacionmedica.org](http://www.fundacioneducacionmedica.org) FEM 2015; 18
- Pérez, A. (1999). Síndrome de desgaste profesional o burnout en médicos y personal sanitario. *Actas españolas de psiquiatría* nº27(5). (p. 310-320).
- Puntillo, K. A., and McAdam, J. L. (2006). Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward. *Critical Care Medicine*, 34(11 Suppl), S332-40.
- Redacción Médica. (2020). Agresiones a enfermeras: Andalucía, la CCAA más violenta, con diferencia. Redacción médica. trabajo [Internet]. 2019 [citado 14 Jun 2020] En: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/derecho/agresiones-a-enfermeras-andalucia-la-ccaa-mas-violenta-con-diferencia-5793>.
- Reich, W. T. (1995) (con la colaboración de Jecker, N.S.), *Care*, en Reich, W.T. (Ed.), *The Encyclopedia of Bioethics* (1). New York: Simon & Schuster Macmillan. (p. 319-329).

- Rendtorff, J.D. y Kemp, P. (2000). Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw. Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability. (Vol. I). Barcelona: Instituto Borja de Bioética, (pp. 45-56); PARTNERS IN THE BIOMED-II Project Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw, *The Barcelona Declaration Policy Proposals to the European Commission, 1998.*
- Rosenberg, A.R. (2020). Cultivating Deliberate Resilience During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. Seattle, Washington: doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1436
- Sánchez-Zaballos, M., Baldonado-Mosteiro, M. y Mosteiro-Díaz, M.P. (2018). Presentismo en profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias. Oviedo: Revista científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). EMERGENCIAS 2018; 30:35-40.
- Serrano M.I., Fernandez M.T., Satústegui, P.J. y Urcola, F., (2019). Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2019;93: e1-16.
- Stalsett, S.J. (2015). Towards a Political Theology of Vulnerability: Anthropological and Theological Propositions: Political Theology 16/5.
- Suzuki, T., Miyaki, K., Sasaki, Y., Song, Y., Tsusumi, A., Kawakami, N. y al, (2014). Optimal Cutoff values of WHO – HPQ presenteeism scores by ROC analysis for preventing mental sickness absence in Japanese prospective cohort. PLoS One. 2014;9: (p. 1-10)
- Torijano, M.L., Maderuelo-Fernández, J.A., Astier, M. P. y Añel, R. (2021). La seguridad de los profesionales como condición indispensable para la seguridad de los pacientes. España: Elsevier S.L.U. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102216>
- Torralba, F. (2002). Pedagogía de la vulnerabilidad. Madrid: Instituto Calasanz de Ciencias de la Educación (ICCE/CCS).
- Torralba, F. (2005). Esencia del cuidar. Siete tesis. Cantabria: Sal Terrae 93.
- Torralba, F. (2013). Hacia una antropología de la vulnerabilidad. *Revista Forma*, 2.
- Torre (de la), J. (2017). Vulnerabilidad. La profundidad de un principio de la bioética. *Perspectiva teológica*, 49 (1), (155-176). DOI: 10.20911/21768757v49n1p155/2017.

---

Torre (de la), J. (2020). El principio de vulnerabilidad y el coronavirus. En Amo Usanos, R., Montalvo (de) Jääskeläinen, F. (Eds.). *La humanidad puesta a prueba. Bioética y COVID-19* (p. 105-121).

Vivas, C., Moreno, M., Vilariño, B. y Gracia, H. (2021). Experiencia de un grupo Balint durante la pandemia COVID. 2021 – España: Elsevier.  
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102177-0212-6567>  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Webster, G., y Bayliss, F. (2000). Moral residue. En S. Rubin, & L. Zoloth (Eds.), *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown, MD: University Publishing Group, Inc

### ***Documentos***

#### **Legislación y Orientaciones Nacionales e Internacionales**

INFORME BELMONT, (1979), Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento, Federal Register, USA. Se puede encontrar en: [www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf](http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf) (p. 7).

Ministerio de Empleo y Seguridad Social, (2011). VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de 2011. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) [Internet]. Instituto Nacional de seguridad e Higiene en el Trabajo; 2011; En: <http://www.insht.es/porta%F1l/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=100b47975dcd8310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=ac18b12ff8d81110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD> [cited 21.5.17]

Organización Internacional del Trabajo OIT (2002), Consejo internacional de enfermeras CIE, Organización Mundial de la Salud OMS, Internacional de Servicios Públicos ISP, Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud (ILO/ICN/WHO/PSI). Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud. Ginebra. En: [https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_071411/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_071411/lang--es/index.htm)

OCM-Organización Médica Colegial de España-(2017). Estudio sobre la situación laboral de los médicos en España. Madrid: Cuarta oleada. [Internet]; 2017. En: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/informe\\_resultados\\_cuarto\\_muestreo\\_encuesta\\_situacion\\_laboral\\_medicos\\_en\\_espana\\_23\\_2017.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/informe_resultados_cuarto_muestreo_encuesta_situacion_laboral_medicos_en_espana_23_2017.pdf)

OMC de España (2019). Estudio del Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos/as. Observatorio de Agresiones [Internet]. 2019 [citado 16 Mar 2019]. [https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/agresiones\\_a\\_medicos\\_datos\\_2018.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/agresiones_a_medicos_datos_2018.pdf).

UNESCO, 2005, Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos. Francia. En: <https://es.unesco.org/about-us/legal-affairs/declaracion-universal-bioetica-y-derechos-humanos> (art. 8).



## ÍNDICE GENERAL

Páginas

<b>SUMARIO</b>	<b>V</b>
<b>SIGLAS Y ABREVIATURAS</b>	<b>VII</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
<b>1. EL PROFESIONAL SANITARIO COMO SUJETO VULNERABLE Y VULNERADO</b>	<b>15</b>
1.1. CONCEPTO DE VULNERABILIDAD .....	15
1.2. DIMENSIÓN ANTROPOLÓGICA DE LA VULNERABILIDAD .....	18
1.3. PRINCIPIO DE VULNERABILIDAD .....	25
1.4. VULNERABILIDAD DEL PROFESIONAL SANITARIO .....	26
1.5. EL PROFESIONAL SANITARIO VULNERADO .....	31
<b>2. LA ÉTICA DEL CUIDADO: EL PROFESIONAL SANITARIO COMO OBJETO DEL CUIDADO</b>	<b>51</b>
2.1. ESTADO ACTUAL DE LA ÉTICA DEL CUIDADO .....	52
2.2. ITINERARIOS DE FUNDAMENTACIÓN DE LA ÉTICA DEL CUIDADO .....	59
2.3. HACIA UNA ÉTICA DEL CUIDAR DEL PROFESIONAL SANITARIO .....	65
2.4. CUIDAR DE SÍ MISMO, CUIDAR AL CUIDADOR, CUIDAR DE LA INSTITUCIÓN .....	70
2.4.1. CUIDAR DE SÍ MISMO .....	70
2.4.2. CUIDAR DEL CUIDADOR.....	73
2.4.3. CUIDAR DE LA INSTITUCIÓN .....	73
2.5. EL PROFESIONAL SANITARIO OBJETO DEL CUIDADO.....	74
<b>3. ALGUNAS PROPUESTAS ÉTICAS DEL CUIDADO DEL PROFESIONAL SANITARIO</b>	<b>77</b>
3.1. DIMENSIÓN CORPORAL .....	78
3.2. DIMENSIÓN PSICOAFECTIVA Y EMOCIONAL .....	80
3.3. DIMENSIÓN SOCIAL, DE RELACIÓN Y DE VÍNCULOS .....	82
3.4. DIMENSIÓN ÉTICA .....	86
3.5. DIMENSIÓN ESPIRITUAL Y DE SENTIDO .....	91
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>95</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>103</b>
<i>Libros</i>	103
<i>Artículos y capítulos de libros</i>	106
<i>Documentos</i>	111
<b>ÍNDICE GENERAL</b>	<b>CXIII</b>

