

VOLUMEN 17 • NÚMERO 33

*euph*Yía

REVISTA DE FILOSOFÍA

VARIA

La inclusión de métodos y relaciones deductivas para fortalecer la teoría
en ciencias sociales, Nancy Abigail Nuñez Hernández

La cooperación como finalidad de la moral, Ana Patricia Melchor-
Organista

Las tres cuestiones kantianas y la relación de cuidado, Ericbert Tambou
Kamgue

Injusticia epistémica para un análisis filosófico de las exposiciones
digitales del arte visual, Vicent Costa, Alger Sans Pinillos y David
Casacuberta

¿Qué es la “ética preventiva”? Una indagación exploratoria, Joaquín
Suárez-Ruíz

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

John Abromeit, *Max Horkheimer and the Foundations of the Frankfurt
School*, Nueva York: Cambridge University Press, 2011, 441 pp.

Pável Ernesto Zavala Medina



ISSN 2683-2518

Las tres cuestiones kantianas y la relación de cuidado

The three Kantian questions and the relation of care

Ericbert Tambou Kamgue
Université de Bertoua
ericberttk@outlook.fr

Resumen

La aparición de una enfermedad en la vida de un individuo es siempre una fuente de ansiedad y preocupación para él y quienes lo rodean: es por eso que acude al encuentro del cuidador. El gran objetivo de dicho encuentro es cuidar al paciente para mejorar su salud. A pesar de la multitud de reflexiones sobre este tema, la relación de cuidado aún suscita interrogantes. Una de las preguntas éticas que se plantean los protagonistas de esta relación es ¿cómo hacer lo correcto? El objeto de este estudio es ver cómo se puede pensar este encuentro singular a partir de las cuestiones kantianas: ¿Qué puedo saber? ¿Qué debo hacer? ¿Qué puedo esperar? De hecho, estas pueden considerarse como una herramienta analítica para comprender mejor la relación de cuidado. Este

trabajo propone partir de estas preguntas kantianas para aprehender y comprender mejor la racionalidad médica que se despliega en la relación paciente-cuidador donde los dos protagonistas son todos seres razonables.

Palabras clave: Kant; cuidador; paciente; deber; dignidad.

Abstract

The appearance of an illness in the life of an individual is always a source of anxiety and worry for him and those around him: that is why he goes to meet the caregiver. The main objective of this meeting is to take care of the patient to improve their health. Despite the multitude of reflections on this topic, the care relationship still raises questions. One of the ethical questions that the protagonists of this relationship ask themselves is how to do the right thing? The object of this study is to see how this singular encounter can be thought about from Kantian questions: What can I know? What ought I to do? For what may I hope? In fact, these can be considered as an analytical tool to better understand the care relationship. This work proposes starting from these Kantian questions to better apprehend and understand the medical rationality that unfolds in the patient-caregiver relationship where the two protagonists are all reasonable beings.

Key words: Kant; caregiver; patient; duty; dignity.

1. Introducción

La relación de cuidado se entiende sobre todo como un encuentro que es social con dimensión institucional. Generalmente dos actores principales están en el centro de este encuentro: el cuidador y el paciente. Cada uno de ellos asume una postura particular. Para

Manoukian y Masseur, la relación de cuidado es un “encuentro entre al menos dos personas, es decir dos personajes, dos psicologías particulares y dos historias” (2008: 14). En este encuentro, el paciente es quien requiere ayuda y el cuidador quien tiene el conocimiento y los medios para brindar esa ayuda necesaria. La aparición de una enfermedad, especialmente cuando es grave o incurable, en la vida de un individuo es siempre fuente de angustia y preocupación para él y quienes lo rodean: es por eso que acude al encuentro del cuidador. El gran objetivo de este encuentro es cuidar al paciente para mejorar su salud. Sin embargo, a pesar de la multitud de reflexiones sobre este tema, la relación de cuidado en su práctica aún suscita interrogantes. Una de las preguntas éticas que se plantean los protagonistas de esta relación es ¿cómo hacer lo correcto?

Me parece que las preguntas kantianas pueden ser una herramienta analítica para comprender este encuentro singular. De hecho, toda la obra de Kant se reduce a tres cuestiones que “resumen todos los intereses de la razón y hacia las cuales esta facultad dirige todos sus esfuerzos. Nadie, ni el filósofo ni el hombre corriente, puede escapar a estas preguntas” (Granja, 2010: 251-252). La segunda sección del “Canon de la Razón Pura” se abre con estas palabras: “todo el interés de mi razón (tanto especulativa como práctica) se concentra en las tres preguntas siguientes: 1. ¿Qué puedo saber? (*Was kann ich wissen?*) 2. ¿Qué debo hacer? (*Was soll ich tun?*) 3. ¿Qué puedo esperar? (*Was darf ich hoffen?*)” (Kant, 1980: 671). Estas preguntas son consideradas en este trabajo como un paradigma para comprender los desafíos de la relación de cuidado, con el fin de ayudar al cuidador y al paciente a vivirla de manera correcta respetando la dignidad del otro. No se trata aquí de hacer decir a Kant lo que no dijo sobre la relación de cuidado,

ya que nunca fue objeto de estudio para él. Este trabajo propone partir de estas cuestiones kantianas para aprehender y comprender mejor la racionalidad médica que se despliega en la relación paciente-cuidador donde los dos protagonistas son todos seres razonables. Por racionalidad médica, se entiende el “conjunto integrado y estructurado de prácticas y saberes, que van desde sistemas médicos complejos (...), hasta terapias y métodos de diagnóstico” (Tesser & Luz, 2008). Siguiendo la lógica kantiana, podemos decir que la relación de cuidado se desarrolla en tres secuencias principales: el diagnóstico (¿qué puedo saber?), la terapia (¿qué debo hacer?), y el pronóstico (¿qué puedo esperar?).

2. El diagnóstico: ¿Qué pueden saber el cuidador y el paciente?

La primera pregunta de Kant: “¿Qué puedo saber?”, es el objeto de estudio de la *Crítica de la razón pura*. Para él, se trata de cuestionar los límites y posibilidades del conocimiento racional. En efecto, la razón quisiera saber todo, incluso lo que está más allá de sus límites. Así, el deber de una filosofía crítica, el que se asigna Kant, es delimitar lo que la razón puede saber y lo que no puede saber. A la pregunta “¿qué puedo saber?”, Kant responde que nunca puedo conocer las cosas como son en sí mismas, sino sólo como son para mí.

El “¿qué puedo saber?” también puede utilizarse como clave para comprender la relación de cuidado. Ésta es una pregunta que debería hacerse cada uno de los protagonistas de la relación.

En la relación de cuidado, que es también una relación de ayuda, el paciente es el vulnerable, el que busca atención.

Entonces, a la pregunta “¿qué puedo saber?”, el paciente debe ante todo saber que es un ser vulnerable y frágil. Desde su existencia, el ser humano es un ser vulnerable. Esta vulnerabilidad expresa persuasivamente la finitud de la condición humana. En consecuencia, estar enfermo no es un delito ni una excepción. Por tanto, la enfermedad es una experiencia humana. Por eso, Canguilhem “piensa que es normal enfermarse mientras se está vivo” (2000: 88). Además, la enfermedad es una experiencia singular y subjetiva porque el paciente la siente y la vive: siente dolor y no se encuentra bien. En efecto, la aparición de la enfermedad en la vida de un individuo es ante todo una experiencia que ocurre en su intimidad y sólo después, durante la consulta clínica o el encuentro con el cuidador, puede ser tematizada y conceptualizada. Entonces, no hay que avergonzarse de estar enfermo porque la enfermedad nos recuerda que somos seres vulnerables. La consecuencia de esta experiencia de enfermedad es la petición de ayuda y la apertura a los demás en términos de necesidad vital. Esta solicitud de ayuda muchas veces resulta en una visita a una institución hospitalaria. Los seres humanos van al hospital porque se sienten enfermos.

A la pregunta “¿qué puedo saber?”, el paciente debe saber que el hospital es el lugar ideal para encontrar una solución a su problema de salud, aunque para determinadas enfermedades como la gripe basta con acudir a una farmacia para recibir tratamiento. En el hospital, hay profesionales capacitados cuyos conocimientos y saber hacer pueden brindar alivio al enfermo para ayudarlo a recuperar su salud. El hospital, escribe Emmanuel Hirsch, “es testigo de la preocupación de una sociedad por los más vulnerables” (2011: 8). Es el lugar para recordar los peligros de la automedicación que puede definirse como el simple acto de darse

un capricho o cualquier práctica encaminada a cuidarse sin recurrir a un profesional de la salud. En efecto, al integrar la información recibida de ambas partes, el enfermo dispone de conocimientos que le permiten gestionar por sí solo determinados aspectos de su salud. Sin embargo, esta práctica, aunque a menudo produce efectos beneficiosos para el paciente, puede provocar complicaciones como resistencias microbianas, drogodependencia, accidentes farmacológicos o interacciones medicamentosas que no son beneficiosas para el interesado. Cuando se presenta la enfermedad, recurrir a un profesional de la salud sigue siendo fundamental para una mejor atención.

Del lado del cuidador, la pregunta “¿qué puedo saber?”, puede surgir en términos de “¿qué puedo saber sobre el paciente cuando viene a mi encuentro?” Una de las primeras cosas que el cuidador debe saber en la relación de cuidado es que el paciente viene a su encuentro para encontrar una solución a su enfermedad o sufrimiento y no para ser juzgado o condenado. Nadie quiere estar enfermo. El hospital no es un tribunal ni un lugar donde se sermonea al paciente por haber tenido conductas de riesgo. La vulnerabilidad del paciente es un desafío ético para cuidarlo, para brindarle una atención de calidad. La práctica médica es un ejercicio racional y experimental; es también un arte (Canguilhem, 1966) porque designa la dirección, la habilidad, el saber hacer que el cuidador utiliza para lograr el fin de preservar la salud del paciente. Por lo tanto, no es de orden metafísico o religioso porque se basa en hechos observables y experienciales en la mayoría de los casos. Cuando un paciente llega al hospital, el objetivo de la medicina es buscar las causas, los métodos de diagnóstico y los tratamientos adecuados. El paciente acude al hospital porque está convencido de que el cuidador es capaz de encontrar la causa de

su malestar y repararlo. Es a partir de la experiencia sensible del paciente que el cuidador establece su diagnóstico: la práctica médica se centra así en lo observable.

En contacto con el paciente, el cuidador busca conocer su condición, comprender e interpretar los signos y síntomas para poder cuidarlo mejor. Por tanto, no se trata de intimidar al paciente ni de hacerlo sentir culpable. Por eso, el cuidador hace preguntas y examina al paciente para conocerlo bien. Estas preguntas que formula proporcionan información esencial para el diagnóstico. Gracias al lenguaje que le proporciona la cultura, el paciente es capaz de expresar su sufrimiento y sus sentimientos. Incumbe al cuidador decodificar este lenguaje e insertarlo en el lenguaje médico. En el discurso del paciente sobre su enfermedad, el cuidador retiene lo que le parece relevante y lo aplica a su grilla de análisis para determinar a qué tipo de enfermedad se refiere su discurso y los síntomas que presenta. Este proceso es equivalente a lo que hace Kant en la *Crítica de la razón pura*, especialmente en el nivel de la analítica trascendental, donde el entendimiento utiliza categorías *a priori* para captar intuiciones sensibles. Kant describe esta actividad en la Analítica de los principios. La considera como una actividad de subsunción, propia a la facultad de juzgar. En efecto, dado que el entendimiento es la facultad de concebir reglas de manera general, el juicio se convierte aquí en la facultad de subsumir bajo reglas, es decir, de decidir si algo cae o no bajo una regla dada. Así, durante una consulta médica, el cuidador puede tener buenas reglas en su cabeza, es decir, un buen conocimiento de la medicina, y fallar en la aplicación de estas reglas ya sea por falta de juicio natural o por falta de ejemplos de juicio. En este nivel, podemos decir inspirándonos en Kant, que el

establecimiento de un buen diagnóstico por parte del cuidador es fruto de la rutina (ejemplos de juicio) en la práctica médica.

El cuidador no puede conocer al paciente si no le deja hablar, si la comunicación no es buena. La comunicación es verbal (historia del paciente) y no verbal (tacto, auscultación, vista, palpación, etc.). Haciéndose la pregunta “¿qué puedo saber?”, el cuidador busca conocer los elementos que escapan a la razón objetiva (práctica médica, es decir, análisis, experimentación) y por tanto sólo el paciente puede entregárselos. En efecto, antes de ser un acontecimiento visible y socializado, la enfermedad es ante todo una experiencia vivida. El movimiento del paciente hacia el cuidador es la traducción misma de la existencia de la medicina en la medida en que, como subraya Canguilhem, es porque “los hombres se sienten enfermos que hay medicina”; y es sólo entonces “que los hombres, porque hay una medicina, saben de qué manera están enfermos” (1966: 156).

A pesar de su formación y múltiples habilidades, el cuidador no sabe todo. Por eso, se requiere humildad de la razón en el encuentro con el paciente. El alcance de su conocimiento se detiene en el nivel de la intimidad o experiencia del paciente.

3. La terapia o la problemática del actuar en el cuidado

La razón humana no es sólo una razón especulativa, capaz de conocer; es también una razón práctica, capaz de determinar la voluntad y la acción moral. Así, la segunda pregunta de Kant se refiere a la acción o la moral. A la pregunta “¿qué debo hacer?”, Kant responde que debo actuar por deber. «El deber es la

necesidad de realizar una acción por respeto a la ley» (Kant, 2006: 66). Por tanto, Kant identifica el deber como el elemento central de la moralidad. Actuar por deber no significa actuar por conocimiento en la medida en que el conocimiento no genera alguna obligación de deber. Existe un estrecho vínculo entre deber y libertad: “actuar por deber significará, por tanto, actuar por libertad. [...] el deber debe obligarme absolutamente sin obligarme en algún modo” (Billier, 2008: 50). La moral de Kant se basa en la libertad. Hay una diferencia entre actuar por deber y actuar por conformidad al deber. Una acción consistente con el deber no tiene “verdadero valor moral” (Kant, 2006: 63). Todas las acciones realizadas por deber son desinteresadas y necesariamente contienen buena voluntad. Además, a esta segunda pregunta, Kant responde que debo actuar de tal manera que pueda desear que la máxima de mi acción se convierta en ley universal. La única norma de acción puramente formal consiste en preguntarse: ¿puedo realmente querer sin contradicción que mi modo de actuar se extienda a todos los seres humanos y se convierta en ley universal?

¿Cómo puede esta segunda pregunta de Kant ayudar a comprender racionalmente la acción del cuidador y del paciente en la relación de cuidado? ¿Qué podría significar, para el cuidador y para el paciente, actuar por puro deber?

Cuando ocurre una enfermedad y la persona acude al encuentro del cuidador, éste debe realizar una determinada cantidad de acciones para que pueda tener esperanza de recuperar la salud. Así, actuar por deber, para el paciente, podría significar que le diga al cuidador exactamente lo que siente para que éste pueda hacer un diagnóstico correcto. Este primer requisito es en cierto modo una prohibición de mentir. Mentirle al cuidador u

ocultar la experiencia del propio malestar sería sin duda perjudicial para el paciente; es una máxima que él no puede establecer como ley universal. Kant “condena la mentira desde el punto de vista del sujeto moral quien no debe mentir bajo ninguna circunstancia, sin importar las consecuencias. Mentir es contradicción entre el habla y el pensamiento y arruina la esencia misma de palabra, normalmente sinónimo de confianza” (Lemoine & Vassal, 2017: 153). Uno de los momentos fuertes del encuentro es el diálogo, debe ser franco y sincero. Actuar por deber significaría poder decirle la verdad a su cuidador.

El “¿qué debo hacer?” también es un desafío para el paciente, quien debe estar preparado para colaborar lo más posible con el cuidador como socio. Con el acceso a internet y la democratización del conocimiento médico, cada vez más llega un nuevo tipo de paciente a los hospitales; pacientes que quieren ser a la vez cuidadores y pacientes. Con Internet asistimos a la difusión de “información médica a gran escala y de forma caleidoscópica: ‘cadenas de clínicas médicas’, ‘redes de salud’, ‘líneas de atención’, ‘ciber medicina’, ‘portales de salud’, ‘sistemas informáticos de apoyo a las decisiones’, ‘registros médicos personales’” (Le Coz, 2010: 243-244). Actuar por deber significaría también asumir la postura de paciente y colaborar con el cuidador en la lucha contra el enemigo común que es la enfermedad. Es difícil ser juez y parte, es decir cuidador y paciente al mismo tiempo en la relación de cuidado. Cada uno debe asumir su postura con estricto respeto hacia el otro.

A la pregunta “¿qué debo hacer?” en la relación de cuidado como paciente, la respuesta podría ser: debo respetar al cuidador. En efecto, éste no es sólo un cuidador, sino ante todo un ser humano, un ser razonable. No debe considerarse como un objeto

o medio con fines de salud. Hay que respetarlo por lo que es. Uno de los requisitos de la moral kantiana es querer que la máxima de la propia acción se convierta en una ley universal. Siguiendo este análisis, la falta de respeto del paciente hacia el cuidador no puede convertirse en ley universal porque, al universalizarla, ya no tratamos al otro como un fin en sí mismo sino como un medio. Además, el paciente no querría que el cuidador le faltara el respeto. El deber de respeto del paciente implica cortesía y simpatía hacia el personal médico.

La pregunta “¿qué debo hacer?” ofrece varias respuestas al cuidador siguiendo la lógica kantiana. Esta pregunta podría ser entendida por el cuidador en términos de “¿qué debo hacer para que mi ayuda beneficie al paciente?” o “¿qué debo hacer para cuidar mejor al paciente?”. Inicialmente, la respuesta a esta pregunta puede ser la del respeto a las normas y principios éticos que rigen la práctica médica. Estos principios permiten al cuidador actuar por deber porque sus máximas podrían establecerse como ley universal. También son el conjunto de normas y deberes éticos que rigen el ejercicio de una profesión. Por eso, estos principios son esenciales para todos los cuidadores (Laurent, 2015). Actuar según la ética médica significa actuar éticamente porque la ética y la deontología son las dos alas que permiten humanizar la práctica médica. La ética como enfoque orienta las elecciones del cuidador; es una ayuda esencial para la toma de decisiones.

Una de las respuestas a la pregunta “¿qué debo hacer?” podría formularse en estos términos: “Debo respetar el secreto profesional o el secreto médico”. De hecho, la confidencialidad médica es el núcleo de la relación de cuidado. Según Louis Portes, citado por Patrick Verspieren, “no hay cuidado sin confidencias, confidencias sin confianza, confianza sin secreto” (2007: 10). La

confidencialidad médica se refiere a una confianza o conocimiento adquirido durante una consulta. Es sobre todo una cuestión de confianza en la medida en que lo que se dice y los procedimientos médicos realizados no deben ser conocidos por un tercero ajeno a la atención del paciente. El secreto médico tiene como objetivo respetar la vida privada del enfermo. Al abordar la cuestión de la confidencialidad médica, Patrick Verspieren escribe:

[El cuidador] está obligado a mantener en secreto lo que aprende en el ejercicio de su profesión, por respeto a la confianza demostrada por una persona en estado de fragilidad. El paciente es inducido a hacer confidencias, a revelar lo que mantiene oculto a los demás, incluso si su cuerpo es sometido a diversos medios de investigación. Sería una traición a esta confianza revelar, por cualquier motivo, lo que se descubrió durante este “coloquio singular”, este “encuentro clínico” entre quien tiene el estatus y está amparado por la dignidad de [cuidador] y quien, en su vulnerabilidad, se vio en la necesidad de poner, por un momento, su cuerpo y su vida en sus manos (2007: 9).

Aunque en determinados casos existen exenciones legales para la revelación del secreto médico (caso de enfermedades contagiosas o epidémicas), hay que reconocer que el secreto médico sigue siendo esencial para respetar la dignidad del paciente que, a pesar de su enfermedad, sigue siendo parte al “reino de los fines”: sigue siendo un ser razonable y, por tanto, un fin en sí mismo. Además, el incumplimiento de este deber no puede convertirse en una ley universal porque la máxima de que el cuidador traiciona la confianza del paciente al divulgarla no puede ser una ley universal en la medida en que debilita el cuerpo social al disuadir a las personas de buscar atención médica o ir al hospital. Esto pone en peligro a la profesión médica en su conjunto.

Los terceros (otros cuidadores) que tengan acceso al expediente médico además del cuidador tratante están sujetos a la obligación de confidencialidad.

Entre otras respuestas a la pregunta “¿qué debo hacer?” desde el punto de vista del cuidador podemos responder: “Debo dar información clara al paciente sobre su estado de salud”. De hecho, la obligación de proporcionar información existe durante toda la atención del paciente. De acuerdo con el artículo 35 del Código de Ética Médica, “el médico debe a la persona que examina, trata o aconseja información justa, clara y adecuada sobre su estado, las investigaciones y los cuidados que ofrece. Durante toda la enfermedad, tiene en cuenta la personalidad del paciente en sus explicaciones y vela por su comprensión”.¹ La información puede ser oral o escrita. El propósito de la información es obtener el consentimiento informado del paciente antes de cualquier procedimiento médico. La información debe ser expresada de forma clara y comprensible por el paciente quien debe poder dar su acuerdo sin presiones. Según Nadine Poulet, “los textos [legislativos] consagran hoy oficialmente lo que eran sólo normas éticas: toda persona tiene derecho a ser informada sobre su estado de salud, y ningún procedimiento o tratamiento médico puede ser realizado sin su consentimiento libre e informado” (2018: 88). Esta obligación a través de los textos legislativos no es otra cosa que la obligación de respetar la autonomía del paciente porque “la autonomía es [...] el principio de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza razonable” (Kant, 2006: 115). Como se mencionó anteriormente, el paciente a pesar de su

¹ Ver <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/linformation-patient>

vulnerabilidad y su enfermedad sigue siendo un ser razonable; sigue perteneciendo al reino de los fines. Obtener su consentimiento informado significa permitirle ejercer su autonomía. La información y el consentimiento informado convierten al paciente en actor de su salud y sujeto de cuidados. Al ejercer su autonomía, el paciente puede aceptar o rechazar un tratamiento o una investigación. En caso de que el paciente no pueda expresar su consentimiento, corresponde hacerlo a su representante legal. En todos los casos, como subraya Nadine Poulet, “se debe solicitar sistemáticamente el consentimiento del paciente, ya sea mayor de edad, capaz o incapaz, o menor de edad. Si el paciente no puede expresar su voluntad, los textos organizan la formulación del consentimiento mediada por la persona de confianza o, en su defecto, por uno de sus familiares” (2018: 91). Es deber del cuidador respetar la dignidad del paciente obteniendo el consentimiento informado. Debe reconocerse, sin embargo, que el rechazo del paciente a ciertos actos de atención o servicios no cancela su derecho a una atención de calidad. Sin embargo, es importante reconocer que informar al paciente no es siempre fácil porque la información puede causar más daño que beneficio, especialmente cuando se trata de enfermedades graves. De ahí la necesidad de que el cuidador encuentre el mejor momento y la mejor manera para hacerlo. En efecto, “la información debe destilarse según el ritmo propio de cada paciente, de su deseo de saber, de su derecho a no saber, su capacidad para escuchar lo que le sucede, para reaccionar y no negar ninguna esperanza ni ningún proyecto” (Lemoine & Vassal, 2017: 155).

Además, para el cuidador, el “¿qué debo hacer?” podría tener la siguiente respuesta: “Debo respetar la dignidad del paciente”. En cualquier actuación del cuidador se debe respetar

siempre la dignidad del paciente. Actuar respetando la dignidad del paciente significa tratarlo como un fin en sí mismo, es decir, tratarlo como sujeto de cuidado y no como objeto de cuidado. El sujeto de cuidado tiene valor, tiene derechos. Este respeto por la dignidad del paciente puede reflejarse en la acogida y la escucha. De hecho, estos dos elementos son signo de una verdadera solidaridad hacia los pacientes. Dar la bienvenida al paciente y a sus allegados es más que un acto de cortesía; es un momento de impronta donde el paciente puede tener una idea del tipo de relación que florecerá en el ambiente hospitalario y también de la calidad de la atención que se le brindará. Cuando es bien recibido, el paciente comprende que sigue siendo humano, un ser razonable, a pesar de su enfermedad. Escuchar, por su parte, permite darse cuenta del grado de humanidad del cuidador. Escuchar es estar disponible para los demás, ayudarlos a mantener viva su humanidad. Podemos decir que la escucha hace del cuidado un espacio para compartir humanidad. Sin embargo, para escuchar hay que estar presente, estar con el paciente. Sólo una presencia auténtica podría facilitar una actitud de escucha y un espacio real para acoger las palabras del paciente, sus quejas, pero también su silencio. Al respetar la dignidad del paciente, el cuidador actúa de manera ética y responsable y se coloca así en la posición de “guardián de su hermano” en la humanidad.

4. El pronóstico: ¿la curación como esperanza?

La última pregunta de la trilogía es una pregunta que, como tan bien lo recordó Kant en la *Crítica de la razón pura*, pretende ser tanto teórica como práctica. En efecto, “¿qué se me permite esperar

después de haber actuado por deber?”. Existe un vínculo muy estrecho entre esta cuestión y la segunda cuestión (la del deber). El problema que Kant plantea aquí es el de la esperanza (*Hoffnung*) después del cumplimiento del deber: “si hago lo que debo, ¿qué se me permite entonces esperar?: esta repetición amplificada de la pregunta subraya que su significado depende enteramente de la declaración de la segunda parte” (Greisch, 2019). Para Greisch (2019), plantearse la pregunta “¿qué se me permite esperar?” equivale, más o menos, a preguntarme a qué felicidad “tengo derecho”, a qué felicidad puedo “esperarme”, que al mismo tiempo significa hacia qué felicidad debo apuntar. La felicidad se convierte así en objeto de mi esperanza después de haber demostrado buena voluntad. No es empírico, ni mucho menos natural (Canullo, 2015), es del orden de la esperanza.

En el contexto de la relación de cuidado, ¿a qué podría referirse esta tercera pregunta de Kant tanto para el cuidador como para el paciente? ¿Qué pueden esperar después de haber actuado por deber?

Siguiendo los análisis de Kant, me parece que el objeto de esperanza del paciente y del cuidador después de haber actuado por deber es que el paciente recupere la salud o que sane. La curación podría, en este caso, considerarse como objeto de esperanza en la relación de cuidado. El cuidador y el paciente trabajan juntos, cada uno a su nivel, para garantizar que el paciente recupere la salud; para que pueda sanar de su enfermedad. La realidad permite comprender, sin embargo, que después de haber actuado por deber, el paciente no siempre recupera la salud. Entonces, ¿qué significa para el paciente recuperar la salud?

La OMS define la salud como un estado de bienestar general en diferentes esferas de la existencia, a saber, física, mental y social.

Sólo hay que recordar la última vez que estuviste enfermo para darte cuenta de que te encontrabas en un estado de infelicidad que va más allá de la simple esfera somática. Gadamer (1998) considera la salud como una experiencia de equilibrio. Entonces, si la salud es una experiencia de equilibrio, la enfermedad también se convierte en una experiencia de desequilibrio que puede localizarse dentro de nuestro cuerpo o entre nosotros y nuestro entorno. Cuando ocurre una enfermedad, la curación se convierte en una esperanza y nunca en una promesa o seguridad. La curación se ve a menudo como un retorno a la situación anterior a la enfermedad, como una especie de deshacer el acontecimiento a través de cuidados con la esperanza de recuperar un cuerpo renovado. Significa para el paciente y, a menudo, para el cuidador, escribe Maraninchi, “volver a vivir sin enfermedad y sin cuidados” (1997: 413). Estamos ante una visión mecanicista del cuerpo reparado. Está claro que esta concepción de la curación debe ser corregida porque para un ser vivo

ni siquiera podemos actuar “como si” la curación fuera una cancelación de la enfermedad. Cualquier patología, de hecho, transforma todo el sujeto vivo tanto orgánica como psicológicamente [...]. En este sentido, podemos decir que la enfermedad, incluso superada, da lugar a una reorganización del individuo que nunca es realmente el mismo “después del hecho”. (Folscheid & Wunenburger, 1997: 143-144).

Muy a menudo, la curación no se logra después del tratamiento; este es el caso de las enfermedades graves o incurables. Esta situación puede llevar a una pérdida de confianza entre el cuidador y el paciente porque el objeto esperado (la curación), a veces incluso prometido por el médico o los medios de

comunicación, no está ahí. Además, el paciente puede no reconocerse en la persona declarada “curada” por la medicina. Se vio curado de otra manera, pensó en volver al estado anterior a la enfermedad. Por lo tanto, le toma mucho tiempo reconocerse curado. Existe un vínculo entre el concepto de salud y la noción de curación. El enfermo muchas veces mide su recuperación no por el fin de la enfermedad misma, sino por el regreso al estado anterior. Sin embargo, este no es el caso de todas las enfermedades. Hay quienes, a pesar del final, dejan secuelas que transforman la vida del individuo: es el caso de determinadas personas que han sufrido un accidente cardiovascular.

Así, la curación no es la remisión o restauración propiamente dicha del estado anterior a la enfermedad sino la creación de una nueva entidad. Es la institución de nuevas normas y un nuevo orden biológico. Esto es lo que nos dice Canguilhem cuando escribe:

La curación es la reconquista de un estado de estabilidad de las normas fisiológicas. Está tanto más cerca de la enfermedad o de la salud cuanto que esta estabilidad está menos o más abierta a posibles cambios. En cualquier caso, ninguna cura supone un retorno a la inocencia biológica. Sanar es establecer nuevos estándares de vida, a veces superiores a los antiguos. Hay una irreversibilidad de la normatividad biológica (1966: 156).

Según Kant, el objeto de la esperanza (la felicidad en su filosofía y la curación en el contexto de la relación de cuidado) no depende del individuo. Así, actuando por deber, cuidador y paciente se hacen dignos de esta curación. La curación, recordemos, es la del paciente y da satisfacción y alegría al cuidador. Esta curación no depende de los dos protagonistas. Ésta

es la razón por la que la curación no debe considerarse como el objetivo último de la relación de cuidado porque, a pesar de las grandes hazañas de la medicina, a menudo nos enfrentamos a pacientes que ni están curados ni muertos: personas mayores y enfermos crónicos o que padecen enfermedades incurables. Con este tipo de pacientes, asistimos al cuestionamiento de una visión del cuidado basada en la curación. Según Rothier-Bautzer, “el cuidado como medio al servicio de un único fin curativo legítimo se convierte en una actividad carente de significado tan pronto como la perspectiva de curación retrocede” (2012: 197). Lo que finalmente cuenta es cuidar al paciente, es decir “siempre aliviar y curar si es posible y, según el precepto hipocrático, (...) ante todo no hacer daño” (Ricot, 2003: 32). Cuidar al paciente significa preocuparse por él, es decir “prestar especial atención a una persona que está viviendo una situación que le es particular, con el objetivo de ayudarlo, de contribuir a su bienestar, a su salud” (Hesbeen, 1999: 8). Con esta visión, el cuidado se convierte en el reflejo de una humanidad activa, compasiva y empática hacia una humanidad que sufre: lo que convierte al cuidador en un guardián de la humanidad. Por lo tanto, cuidar al paciente equivale a cuidar la humanidad en su forma más frágil.

5. Conclusión

Para el resto, el pensamiento de Immanuel Kant a través de sus preguntas “¿qué debo saber?”, “¿qué debo hacer?” y “¿qué puedo esperar?”, nos permite comprender racionalmente la relación de cuidado. Estas tres preguntas, utilizadas en el contexto médico, pueden dar sentido a la relación cuidador-paciente. En efecto, esta

relación es una relación entre dos seres razonables: uno es vulnerable y el otro es quien puede ayudarlo. De las reflexiones que se han realizado en este trabajo pueden surgir dos grandes ideas: humildad y humanidad. Humildad porque cuidador y paciente deben adoptar esta postura para luchar mejor contra el enemigo común que es la enfermedad. Sin humildad, el paciente no puede dejarse ayudar por el cuidador y éste no puede escucharlo y cuidarlo mejor. El ser humano, aunque forma parte del mundo fenoménico, no pertenece a él. Es a la vez fenómeno y noúmeno: de ahí la necesidad de acercarse a él y relacionarse con él con humildad. La segunda idea, la de humanidad, nos parece el principio fundamental de la relación de cuidado. Lo que debe preservarse en este coloquio singular es la humanidad, incluso la dignidad de cada protagonista del cuidado. Actuar con respeto a su dignidad y a la del otro es el deber que incumbe tanto al paciente como al cuidador en la relación de cuidado. Mejor aún, es la máxima que debe guiar sus acciones diarias. Puede permitirse, leyendo a Kant, concluir que cuidador y paciente, que son seres razonables y por tanto sujetos de derecho, están invitados a “no tratarse nunca a sí mismo y tratar a los demás simplemente como medios, sino siempre al mismo tiempo como fines en sí mismo” (Kant, 2006: 111).

Referencias

- Arroyó, M. & Jaén, M. (2015). *Kant ¿Que podemos saber y que debemos hacer? En busca de los límites del conocimiento y de la moral*. Madrid: RBA.
- Billier, J.-C. (2008). *Kant et le kantisme*. París: Armand-Colin.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. París: PUF.

- Canguilhem, G. (2000). *Écrits sur la médecine*. Paris: Seuil, coll. «Champs Freudien».
- Canullo, C. (2015). “Du “*que m’est-il permis d’espérer ?*” de Kant au “*comment puis-je espérer ?*” : un parcours phénoménologique”. En Leclercq, J. & Lavigne, J. (eds.), *Espérer : Études de phénoménologie*. Louvain-la-Neuve: Presses universitaires de Louvain.
- Folscheid, D. & Wunerburger, J-J. (1997). “Le nouveau contexte éthique de la médecine”. En Folscheid, D., Le Mintier, B. & Mattei, J-F. (eds.), *Philosophie, éthique et droit de la médecine*. Paris: PUF.
- Gadamer, H-G. (1998). *Philosophie de la santé*, Dautré, M. (trad). Paris: Grasset-Mollat.
- Granja, M. D. (2010). *Lecciones de Kant por hoy*. México: Anthropos Editorial.
- Greisch, J. (2019). ““Que m’est-il permis d’espérer ?” : un “Sésame ouvre-toi” herméneutique de la philosophie de la religion?”. *Revue des sciences religieuses*.
- Hesbeen, W. (1999). “Le caring est-il un prendre soin?”. *Perspective soignante* 4: 1-20.
- Hirsch, E. (2011). *L’hospitalité. Une éthique du soin*. Paris: Fondapol.
- Kant, E. (2006). *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Paris: Librairie Générale Française.
- Kant, E. (1993). *Leçons de métaphysique*, Castillo, M. (trad). Paris: Librairie Générale Française.
- Kant, E. (1980). *Critique de la raison pure*, Delamarre, A. & Marty, F. (trads). Paris: Gallimard.
- Laurent, D. (2015). “La déontologie médicale en 2015”. *Tribunes de la santé* 48: 23-32.

- Le Coz, P. (2010). "L'information médicale et la relation de soin".
En Hirsch, E. (ed.). *Traité de bioéthique*. Toulouse: Erès.
- Lemoine, E. & Vassal, P. (2017). "La relation de soin à l'épreuve du mensonge". *Éthique et santé* 14: 151-157.
- Manoukian, A. & Masseur, A. (2008). *La relation soignant-soigné*.
Reuil Malmaison: Lamarre.
- Maraninchi, D. (1997). "Le médecin et la mort". En D. Folscheid, B.
Le Mintier & J-F. Mattei (eds.), *Philosophie, éthique et droit de la médecine*. Paris : PUF.
- Poulet, N. (2018). "L'information du patient et consentement éclairé en matière médicale". *Trahs* 4 : 86-100.
- Ricot, J. (2003). *Dignité et euthanasie*. Nantes: Ed. Pleins Feux.
- Rothier Bautzer, E. (2012). *Entre cure et care : les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Walters Kluwer: Lamarre.
- Tesser, C. & Luz, M. (2008). "Racionalidades médicas e integralidade". *Ciência & Saúde Coletiva* 13(1) : 195-206.
- Verspieren, P. (2007). Le secret médical et ses fondements. *Laennec* 55: 6-11.