

# Por un cuidado respetuoso

Geraldo das Dôres de Armendane

## Resumen

Los médicos se enfrentan, a diario, con conflictos y dilemas morales de los que muchas veces no pueden dar cuenta. Ante eso, este artículo presenta la propuesta de una bioética filosófica especial, a partir de las contribuciones de Darlei Dall'Agnol para el debate filosófico en Bioética, basado en el cuidado respetuoso, y la importancia de este nuevo concepto para la relación entre médico y paciente, según la concepción metaética de un cognitivismo moral, de inspiración wittgensteiniana. Sin embargo, cabe considerar que las cuatro reglas prácticas de la medicina (veracidad, privacidad, confidencialidad y fidelidad) no consiguen lidiar con conflictos y dilemas morales que los médicos enfrentan en el ejercicio de la profesión. Por ello, consideramos imprescindible que estos profesionales tengan una formación moral basada en la sabiduría práctica, integrando el principio del cuidado con el principio del respeto en un único concepto, el "cuidado respetuoso", como actitud humana fundamental para la relación saludable entre médicos y pacientes.

**Palabras clave:** Bioética. Médicos. Atención al paciente. Pautas de la práctica en medicina.

## Resumo

### Por um cuidado respeitoso

Os médicos deparam, cotidianamente, com conflitos e dilemas morais dos quais muitas vezes não conseguem dar conta. Diante disso, este artigo apresenta a proposta de uma bioética filosófica especial, a partir das contribuições de Darlei Dall'Agnol para o debate filosófico em bioética, com base no cuidado respeitoso, e a importância desse novo conceito para o relacionamento entre médico e paciente, segundo a concepção metaética de cognitivismo moral de inspiração wittgensteiniana. Vale considerar, porém, que as quatro regras práticas da medicina (veracidade, privacidade, confidencialidade e fidelidade) não conseguem lidar com conflitos e dilemas morais que os médicos enfrentam no exercício da profissão. Por isso, consideramos imprescindível a esses profissionais formação moral baseada na sabedoria prática, que integre o princípio do cuidado e o princípio do respeito em um único conceito, o "cuidado respeitoso", como atitude humana fundamental para o relacionamento salutar entre médicos e pacientes.

**Palavras-chave:** Bioética. Médicos. Assistência ao paciente. Padrões de prática médica.

## Abstract

### For respectful care

Physicians face daily conflicts and moral dilemmas that they often cannot handle. In light of this, this article presents the proposal for special philosophical bioethics, founded on the contributions of Darlei Dall'Agnol to the philosophical debate in Bioethics, which are based on respectful care, as well as the importance of this new concept for the relationship between doctor and patient, according to the *metaethical* concept of *moral cognitivism*, of Wittgensteinian inspiration. However, it is worth noting that the four practical rules of medicine (*veracity, privacy, confidentiality and fidelity*), cannot account for conflicts and moral dilemmas that doctors face in the daily exercise of their profession. Therefore, we argue that it is imperative that these professionals have a moral training based on practical wisdom, integrating the principle of *care* with the principle of *respect* in a single concept, called *respectful care*, as a fundamental human attitude to the healthy relationship between doctor-patient.

**Keywords:** Bioethics. Physicians. Patient Care. Practice patterns physician's.

---

**Doutorando** g5armendane@yahoo.com.br – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC, Brasil.

## Correspondência

Residencial Village Horizonte, bloco 26, apt. 201, Parque Ideal (Dirceu I) CEP 64077-850. Teresina/PI, Brasil.

Declara não haver conflito de interesse.

Desde su origen, en la década de 1920, la bioética fue concebida como una sabiduría práctica abocada al actuar humano en su relación con las diferentes formas de vida en la tierra<sup>1</sup>. En “Principios de ética biomédica”, los bioeticistas Tom Beauchamp y James Childress<sup>2</sup> presentan los cuatro principios que predominan y actualmente validan la práctica clínica: respeto por la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Además, existen cuatro reglas prácticas (veracidad, privacidad, confidencialidad y fidelidad)<sup>2</sup>, que orientan la relación entre profesionales de la salud y pacientes. Estas reglas, no obstante, no consiguen dar cuenta de los conflictos y dilemas morales que estos profesionales enfrentan en el ejercicio de la profesión.

A partir de un nuevo concepto filosófico en bioética, desarrollado por Darlei Dall’Agnol<sup>3</sup>, se argumenta que, además de las cuatro reglas prácticas abocadas a la relación médico-paciente en Brasil, es imprescindible para estos profesionales una formación moral en la sabiduría práctica, teniendo como base a la bioética filosófica especial.

Primeramente, se presentarán las cuatro reglas prácticas que orientan la relación entre médicos y pacientes, tomándose en consideración la realidad de estos profesionales en el país, a partir del estudio del Código de Ética Médica<sup>4</sup>; seguidamente, se presentará la propuesta de la bioética filosófica especial como sabiduría práctica, en base a las contribuciones de Dall’Agnol<sup>5</sup>, al actual debate filosófico en este campo, tomándose en cuenta la noción de cuidado respetuoso, y su importancia para la relación entre profesionales de salud y pacientes, teniendo como base epistemológica la concepción de un cognitivismo moral.

### La relación entre médicos y pacientes

Considerando algunos aspectos importantes del Código de Ética Médica (CEM), se presentarán cuatro reglas prácticas que orientan esa relación: veracidad, privacidad, confidencialidad y fidelidad. También se señalarán algunos conflictos y dilemas morales que estos agentes de salud enfrentan en el ejercicio de la profesión.

#### Veracidad

Al decir la verdad al paciente sobre su real situación de salud, el profesional de medicina contribuye en sobremanera a establecer una relación de confianza, sinceridad y transparencia con este individuo, facilitando diagnósticos, pronósticos y los

procedimientos terapéuticos necesarios para el tratamiento y la cura. En países de cultura latina, las relaciones familiares tienen un carácter más colectivo y solidario entre los miembros, lo que las diferencia de los anglosajones, como Estados Unidos, por ejemplo, de formación más individualista, donde prevalece la autonomía del paciente. De esta forma, el paciente tiene prioridad en el acceso a las informaciones y puede decidir si quiere compartirlas con otras personas<sup>6</sup>.

En el caso de Brasil, muchas veces los médicos prefieren informar diagnósticos y pronósticos primero a los familiares y después al enfermo. Es importante explicar, no obstante, que el CEM especifica que el médico no puede dejar de informar al paciente sobre diagnóstico, pronóstico, riesgos y objetivos del tratamiento, excepto cuando la comunicación directa pueda traerle daños. En este caso, el médico debe comunicarlo al representante legal<sup>4</sup>.

Con relación a las obligaciones de veracidad de los médicos con sus colegas de profesión, el CEM establece que es un deber del médico *denunciar los actos que contraríen los postulados éticos a la comisión de ética de la institución en la que ejerce su trabajo profesional y, si fuera necesario, al Consejo Regional de Medicina*<sup>7</sup>. En otras palabras, es un deber moral del médico ser honesto y transparente, denunciando casos de negligencia que violen las reglas del código durante el ejercicio de la profesión, de forma tal de preservar la buena imagen y la confianza de la sociedad en la institución médico-hospitalaria, además de la credibilidad de los colegas de profesión.

En Estados Unidos, por ejemplo, los errores médicos, la mayoría de las veces, se ven envueltos por los muros del silencio. Los vínculos de lealtad profesional, enfatizados en la tradición hipocrática y de la ética médica, representan enormes barreras en este caso<sup>2</sup>. No obstante, creemos que, en la práctica, la realidad brasileña no es tan diferente de la norteamericana. Hay muchos casos de errores y negligencia médica en el país que sólo se hacen conocidos cuando son divulgados por la prensa.

Finalmente, el dilema ético del médico no se sitúa entre revelar o no el diagnóstico al paciente, o cualquier otra información significativa, sino en la forma y en el momento de comunicarlo<sup>4</sup>. Por eso, vale la pena recordar el argumento de que la garantía recíproca de informar la verdad y de no ser engañado es uno de los principios básicos de la relación entre profesionales de salud y pacientes.

### Privacidad

La regla de la privacidad se caracteriza por el acceso limitado y restringido del profesional de salud a las informaciones y a la intimidad del paciente o participante de investigación. Así, en esa relación, la privacidad existe cuando se respeta el derecho del paciente a mantenerse apartado o permanecer solo, es decir, éste tiene derecho a no ser acompañado sin su autorización.

En cuanto a la violación de la privacidad de los pacientes participantes de investigación, en hospitales-escuela, el CEM es bastante claro cuando obliga al investigador a *obtener de parte del paciente o de su representante legal el documento de consentimiento libre e informado para la realización de investigación con seres humanos, luego de las explicaciones correspondientes sobre la naturaleza y las consecuencias de la investigación*<sup>8</sup>. Por lo tanto, es fundamental que estos participantes sean conscientes de los procedimientos del estudio, pues lo que está en juego es su integridad.

Uno de los puntos importantes que envuelve al derecho a la privacidad del paciente es la realización de exámenes clínicos exigidos por los médicos. El CEM<sup>4</sup>, en este estudio, explica que le corresponde al médico respetar el pudor de la persona que está bajo sus cuidados profesionales. Entretanto, esto significa que el profesional de la salud jamás puede invadir el espacio privado del paciente, es decir, su cuerpo. En este caso, es común, por ejemplo, que las mujeres se sientan constreñidas y se rehúsen a hacerse exámenes ginecológicos, sobre todo el Papanicolaou, para detectar el cáncer de cuello de útero.

Es común también que algunos hombres, por encima de los 50 años, por una cuestión cultural, se rehúsen a realizarse el examen de tacto rectal, para detectar el cáncer de próstata. Frente a esto, ¿qué debe hacer el profesional de la salud? El médico obviamente no debe invadir la privacidad del cuerpo del paciente. No obstante, eso no lo exime de la responsabilidad de informarlo sobre los riesgos de no realizar exámenes preventivos. Según el CEM<sup>4</sup>, es un deber del médico esclarecer e informar al paciente el diagnóstico, el pronóstico, los riesgos y los objetivos del tratamiento clínico.

Es importante dejar clara además la diferencia entre el quiebre de la privacidad y el quiebre de la confidencialidad. El primero se refiere al acceso innecesario o al uso de informaciones sin la debida autorización del individuo. El quiebre de la confidencialidad tiene lugar cuando un profesional de la salud revela informaciones brindadas a éste en

confianza. Así, por ejemplo, una persona viola el derecho a la privacidad cuando entra en la sala de registro o en el banco de datos de una institución hospitalaria para acceder a informaciones del historial de ese paciente. En este caso, sólo la institución hospitalaria, a la cual la información es concedida de forma confidencial, puede ser acusada de violar el derecho de confidencialidad.

### Confidencialidad

La confidencialidad debe existir cuando el paciente revela información al profesional de salud; y a la persona a quien tal información es revelada promete no divulgarla a un tercero sin su permiso. En este caso, sólo tiene lugar una violación del derecho de confidencialidad de A (paciente), cuando B (profesional de salud), a quien A reveló la información en confianza, no la protege o deliberadamente la revela a C (un tercero), sin el consentimiento de A<sup>2</sup>.

En Brasil, cuando se trata de acceder a secretos del enfermo, el CEM prohíbe que los médicos hagan *referencia a casos clínicos identificables* o que exhiban *pacientes o sus retratos en anuncios profesionales o en la divulgación de temas médicos, en medios de comunicación en general, incluso con autorización del paciente*<sup>9</sup>. Aunque la legislación sea bastante criteriosa con relación al secreto profesional, el quiebre de la confidencialidad es muy común – por ejemplo, cuando los médicos o enfermeros hacen comentarios sobre pacientes en las áreas comunes de hospitales<sup>6</sup>. Frente a esto, es necesario establecer procedimientos para evitar que las personas sin ningún involucramiento con el paciente violen ese derecho.

Esta violación también se da cuando, con fines de auditoría o evaluación de la calidad de la atención brindada, la administración hospitalaria expone innecesariamente uno o más pacientes, o cuando los profesionales de salud, con fines de investigación, utilizan datos que constan en prontuario. Este uso debe ser resguardado y permitido sólo para proyectos previamente aprobados por el Comité de Ética en Investigación (CEP), cuando se desdibuja la identificación del paciente, sus iniciales y el registro hospitalario. Incluso en las publicaciones científicas no deben ser identificados en fotografías u otras imágenes<sup>6</sup>.

También de acuerdo con el CEM, está vedado a los médicos *revelar informaciones confidenciales obtenidas a partir del examen médico de trabajadores, inclusive por exigencia de los dirigentes de empresas o de instituciones, salvo si el silencio*

pusiera en riesgo la salud de los empleados o de la comunidad<sup>10</sup>. Por lo tanto, el médico no puede ofrecer ese tipo de información al empleador sin autorización del enfermo.

La regla de la confidencialidad sólo puede ser quebrada en circunstancias especiales como: 1) testigo en corte judicial, en situaciones previstas en leyes; 2) comunicación a la autoridad competente de la ocurrencia de enfermedades, maltrato de niños o adolescentes, abusos de cónyuge o ancianos – o lesión por arma de fuego o de otro tipo, cuando existiera sospecha de que la lesión fue causada por un delincuente<sup>6</sup>.

En algunas situaciones, no obstante, cuando se tiene en cuenta la legislación brasileña, no es tan simple romper la regla de la privacidad. El CEM prohíbe a los médicos revelar informaciones de enfermos, incluso cuando se trata de hechos de conocimiento público o cuando ya han fallecido. Inclusive en los casos en los que el médico es llamado a declarar como testigo, debe comparecer frente a la autoridad y declarar su impedimento. Además, en la investigación de sospecha de delito, el médico está impedido de revelar un secreto que pueda exponer al paciente a un proceso penal<sup>4</sup>.

### Fidelidad

La fidelidad entre médico y paciente es fiduciaria, es decir, está basada en la confianza. En esta relación, no obstante, el médico es el depositario de la confianza del paciente. Además, esta cuestión es importante también para la recuperación de la salud y el bienestar del enfermo. Cabe destacar que este modelo de fidelidad se basa más en los valores de lealtad y confianza que en ser fiel a la propia palabra<sup>2</sup>.

El CEM, por ejemplo, prohíbe que los médicos abandonen a los pacientes bajo sus cuidados. El abandono sería considerado una violación a la referida fidelidad. Sólo puede renunciar a brindar atención en los siguientes casos: 1) cuando ocurrieran hechos que, a criterio del médico, perjudiquen su relación con el enfermo o el pleno desempeño de la actividad profesional; y 2) por algún motivo justo. En estas situaciones, siempre debe comunicarlo al paciente o a sus familiares con antelación<sup>4</sup>.

El médico está obligado a respetar el derecho del enfermo o de su representante legal a decidir sobre la ejecución de prácticas diagnósticas o terapéuticas, salvo en caso de inminente riesgo de muerte. En estos casos, por lo tanto, es un deber del profesional salvar la vida del paciente<sup>4</sup>. Por ejemplo, los hijos de padres que son testigos de Jehová,

cuya creencia religiosa prohíbe la transfusión de sangre. Aunque el contrato inicial de atención de la salud haya sido establecido por un tercero, en caso de riesgo de muerte, el médico es responsable, por encima de todo, de la vida del niño.

Con esto, las obligaciones del médico y de la institución hospitalaria con los padres son fácilmente suplantadas, dado que el profesional puede recurrir a los tribunales, oponiéndose a las decisiones de los padres que contraríen el mejor tratamiento o pongan en riesgo la integridad de los hijos. En Estados Unidos los tribunales han permitido que adultos testigos de Jehová rechacen transfusiones de sangre para sí mismos, pero se niegan al rechazo del tratamiento cuando son sus hijos quienes lo necesitan.

Muchas veces, los padres son acusados de negligencia en relación con los hijos cuando dejan de buscar o no permiten que se realicen tratamientos benéficos y recomendados por los médicos<sup>2</sup>. Una situación que tiene lugar con relativa frecuencia en Brasil, por ejemplo, es que los padres desatiendan, en relación con los hijos, el tratamiento preventivo con vacunas.

Además, en la asistencia de la salud, los profesionales de salud frecuentemente entran en conflicto con las políticas y los objetivos de las instituciones en las que trabajan. Un médico militar, por ejemplo, debe someterse a determinadas obligaciones del Ejército, diferentes de aquellas que son aceptadas por el médico civil. No obstante, todos los médicos tienen la obligación de rechazar acciones que violen derechos humanos y cánones de la ética médica.

El CEM también reconoce que es un deber moral del médico denunciar prácticas que lesionen la dignidad humana. En este caso, no puede *dejar de denunciar la práctica de la tortura o de procedimientos degradantes, inhumanos o crueles, practicarlas, así como ser connivente con quien las realice o proveer los medios, instrumentos, sustancias o conocimientos que las faciliten*<sup>11</sup>.

Los intereses económicos que implican a profesionales de salud, instituciones y enfermos han provocado serios conflictos éticos. En Estados Unidos, por ejemplo, una discusión bastante preocupante implica la creación de incentivos, por parte de instituciones hospitalarias y planes de salud, para que los médicos limiten su asistencia a los pacientes<sup>2</sup>. En el caso brasileño está vedado a los médicos el *ejercicio mercantilista de la medicina*<sup>12</sup>. Lo que se observa, no obstante, es que el ejercicio de la medicina en nuestro país se ha tornado una actividad

bastante lucrativa, y esto se debe, en gran medida, a las carencias y a las deficiencias del sistema público de salud, dado que las personas, frente a las dificultades, recurren cada vez más a la salud privada.

Finalmente, considerando lo expuesto, se constata que, para el profesional de medicina, no es tan simple seguir normas y reglas formales presentes en los códigos de ética profesional, principalmente cuando se trata de la noble misión de cuidar pacientes vulnerables. Se puede observar que los agentes de salud, en el ejercicio de su actividad profesional, se deparan, cotidianamente, con conflictos y dilemas morales que no consiguen resolver de inmediato. Frente a esto, es indispensable reconocer que el cumplimiento de reglas y normas éticas exige de este profesional un tipo de conocimiento práctico, es decir, un “saber cómo”, que se consustanciara en el aprendizaje de reglas y normas morales, teniendo como núcleo común un nuevo concepto sobre los fundamentos metaéticos de una bioética especial de cuidado respetuoso.

### Fundamentos metaéticos de la bioética filosófica especial

Enfrentar enfermedades puede ser uno de los momentos de mayor vulnerabilidad del ser humano. Dicho de otro modo, nos sentimos particularmente vulnerables cuando nos enfermamos o cuando necesitamos cuidados y protección ajena, sobre todo por depender del tratamiento de un profesional de la medicina. Y, en esa relación, es imprescindible considerar, por lo tanto, qué actitudes de cuidar y respetar son formas de valorar intrínsecamente a los seres humanos<sup>5</sup>.

El acto de cuidar es una forma de preservar o proporcionar bienestar a un paciente vulnerable. No obstante, esta actitud puede resultar en paternalismo, cuando el cuidador impone a la persona vulnerable cierto procedimiento o concepción de vida buena, desconsiderando su autonomía. Paradójicamente, el acto de respetar también puede conducir a actitudes negativas. Esto ocurre, por ejemplo, cuando, en nombre del respeto a la autonomía del individuo vulnerable, se busca no interferir y proteger los derechos de la persona. De este modo, el respeto puede resultar en indiferencia e individualismo.

Sin embargo, vale aclarar que “cuidado” significa “velar”, “atención especial”, “buen trato”, “tratamiento especial” y, por lo tanto, es inherente a la palabra “respeto”. Esto significa decir que, en

vernáculo, la unión de cuidado y respeto (cuidado respetuoso) tendría sentido pleonástico. No obstante, en la bibliografía de la ética biomédica, los dos términos representan las dos tradiciones del principialismo en bioética; por un lado, la tradición hipocrática, en la que “cuidado” integra los principios de la beneficencia y la no maleficencia y, por el otro, la tradición kantiana, cuyo término respeto une los principios de respeto a la autonomía del paciente y justicia.

Frente a esto, Dall’Agnol<sup>5</sup> trata, entonces, de repensar los fundamentos de una nueva bioética filosófica especial, integrando estos dos términos de la tradición principialista en bioética en un único concepto, el cuidado respetuoso, como actitud humana fundamental y necesaria para una relación saludable entre cuidadores e individuos vulnerables.

El verdadero cuidado supone simpatía, la capacidad humana de compartir alegría o tristeza, dolores y sufrimientos ajenos. Se trata, por lo tanto, de un sentimiento inmediato e involuntario que surge de las interacciones intersubjetivas de los seres humanos. La simpatía, por su parte, viene siempre acompañada de la empatía, que significa imaginarse en el lugar de los otros. No obstante, los sentimientos de simpatía y empatía pueden comprometer la actitud humana de cuidar. Cualquier profesional de salud que cuide de un paciente en una camilla de hospital, y se deje guiar por la ansiedad en el intento de reestablecer su salud, puede verse llevado a cometer errores. Ante esto, los sentimientos de simpatía y empatía deben ser moderados por la reflexión sobre lo que realmente puede ser benéfico para el enfermo<sup>13</sup>.

El cuidado presupone la identificación con el objeto de atención, teniendo en cuenta el bienestar de individuos vulnerables. Sin embargo, en la relación entre médicos y pacientes, se debe considerar que la salud y el bienestar son ingredientes importantes, pero no suficientes. Es necesaria, por encima de todo, la valoración moral intrínseca de quien cuida a personas vulnerables. Un ejemplo de ello es el médico que busca mejorar la salud y el bienestar del paciente en el hospital, reconociéndolo como sujeto dotado de *valor intrínseco*<sup>14</sup>, con derechos fundamentales y como alguien que necesita cuidados especiales.

El cuidar y el respetar deben integrarse en un único concepto, en el cuidado respetuoso, para evitar las actitudes paternalistas. Esta idea constituye una única actitud moral y un nuevo concepto sobre los fundamentos metaéticos de bioética filosófica especial, pensada y aplicada como sabiduría

práctica. Así, reproduciendo a Dall'Agnol parafraseando a Kant, es posible afirmar que *el cuidado sin respeto es ciego (esto es, conduce al paternalismo); el respeto sin cuidado es vacío (o mejor, conduce al individualismo)*<sup>15</sup>.

### Saber cómo cuidar: nueva base epistemológica para el cuidado respetuoso

En su obra "Ética a Nicómano", Aristóteles<sup>16</sup> fue quien primero trató de sistematizar los tres tipos de saber más conocidos en la literatura filosófica: 1) el saber teórico (razón teórica); 2) saber técnico (razón poiética); y el 3) el saber práctico (razón práctica).

El saber teórico se ocupa de "lo que es". En otras palabras, mediante el ejercicio de la reflexión teórica, los seres humanos buscan comprender y explicar cómo son las cosas. El saber técnico o poiético se ocupa del hacer, en el sentido del producir y operar humano en el mundo. Este tipo de saber es propio de la racionalidad tecnocientífica, esto es, la racionalidad instrumental, predominante actualmente. Finalmente, el saber práctico se ocupa del actuar humano, esto es, de la acción ética y política del ser humano en el mundo. De esta forma, la razón práctica se ocupa del "deber ser", es decir, del actuar ético del ser humano. El foco de esta discusión será el saber práctico como fuente del actuar humano, desde el punto de vista de una metaética de inspiración wittgensteiniana, como el fundamento epistemológico para el cuidado respetuoso indispensable en la relación del profesional de la salud y el paciente.

La actitud humana de cuidar y respetar, según Dall'Agnol<sup>5</sup>, posee una connotación moral y presupone un tipo especial de saber. Para ello, es importante identificar de antemano dos tipos de saberes: el "saber qué" (*know that*) y el "saber cómo" (*know how*). El "saber qué" es aquel tradicionalmente definido como "creencia verdadera y justificada", es decir, implica una actitud proposicional. De esta forma, una persona sólo sabe si es capaz de justificar por qué sabe. No obstante, el saber no se reduce simplemente a tener una creencia verdadera y justificada. Lo más importante, por encima de todo, es saber efectivamente cómo hacer. Para ello, es necesario un "saber cómo", o mejor, un tipo de saber que implica el dominio de prácticas y habilidades humanas adquiridas, por ejemplo, alguien que sabe jugar al ajedrez, nadar, andar en bicicleta, cocinar, entre otras actividades.

Para Dall'Agnol<sup>13</sup>, el "saber cómo" tiene dos sentidos: el tácito y el explícito. En el sentido tácito, se refiere al tipo de conocimiento no codificado o implícito, que tiene lugar cuando alguien domina una actividad y no sabe explicar por qué sabe. Alguien, por ejemplo, sabe andar en bicicleta o conducir un automóvil sin reflexionar sobre las normas y reglas involucradas en esa actividad.

El "saber cómo", en el sentido explícito, por su parte, implica habilidades humanas adquiridas para seguir reglas y principios normativos, es decir, se trata de un conocimiento procedimental<sup>13</sup>. Por tratarse de un tipo de saber en tanto capacidad humana adquirida para seguir estándares y principios normativos, pudiendo afirmar que, en este sentido *explícito*, se sitúa en un dominio que es propio de la moralidad. En este punto, Dall'Agnol destaca que el "saber cómo" explícito, en el sentido moral, sería la base para una nueva epistemología moral, denominada "cognitivismo práctico":

*El cognitivismo práctico es la tesis epistémica de que existe un conocimiento moral y que éste es mejor comprendido en términos de saber cómo y no sólo en términos de saber qué. La idea central es que la base de una epistemología moral revela que el conocimiento moral es principalmente un problema de saber cómo seguir estándares normativos*<sup>17</sup>.

El cognitivista práctico reconoce, en este sentido, que existe un "saber qué", es decir, un tipo proposicional que procura explicar teóricamente cómo cuidar bien de individuos vulnerables. Por ejemplo, un profesional de salud que cuida de un enfermo que está en la UTI puede conocer y dominar muy bien las teorías, técnicas y procedimientos terapéuticos necesarios para el tratamiento paliativo de un paciente en estado terminal. Aun así, el conocimiento proposicional y el procedimental, como expresiones del dominio de habilidades técnicas relevantes, no son suficientes para lidiar con los conflictos y dilemas morales que envuelven la actitud humana de cuidar a individuos vulnerables.

Hay dos sentidos para el saber cómo cuidar a estos individuos: 1) saber cómo cuidar en el sentido normal y 2) saber cómo cuidar en el sentido moral. El primero implica el conocimiento de técnicas y procedimientos que los profesionales de salud deben dominar y que, por lo tanto, son necesarios para reestablecer la salud del paciente. No obstante, no son suficientes, dado que es necesario saber cómo cuidar, en el sentido moral. El criterio, para ello, es la valoración moral intrínseca de individuos vulnerables.

## Consideraciones finales

Las reglas prácticas funcionan como “guías” que orientan la relación entre médicos y pacientes. No obstante, la superación de conflictos y dilemas morales que estos profesionales enfrentan, cotidianamente, en el cumplimiento de esas reglas, exige un entrenamiento moral. Se trata, por lo tanto, de una actividad continua de formación de carácter del ser humano tanto en el ámbito familiar como en la vida social como un todo.

Vale destacar que este proceso de formación procura, por encima de todo, la preparación de ciudadanos éticos para actuar conforme los principios de la ciudadanía plena, respeto y cuidado. Así, un niño que fue educado en un ambiente familiar y social estimulado por el egoísmo y el individualismo, en el cual el ser humano es tratado como un medio para alcanzar fines deseados, no va a estar preparado para evaluar normas y estándares morales que guiarán su vida profesional en el futuro.

En estas condiciones, un profesional que tuvo una buena formación académica médica, es decir, adquirió habilidades para la práctica de la medicina,

como el conocimiento de teorías, técnicas y procedimientos necesarios para el tratamiento y la cura de pacientes, no está necesariamente moralmente preparado para cuidar y respetar a individuos vulnerables.

Frente a esto, consideramos que este nuevo concepto en bioética filosófica, el “cuidado respetuoso” desarrollado por Dall’Agnol, es una propuesta interesante para la valoración de presupuestos fundamentales que marcan la convivencia armónica y pacífica entre las diferentes formas de vida humana, como “no producir daños”, “no causar sufrimientos físicos”, “no matar” y “no ofender”. Por eso, creemos que además del aprendizaje de teorías, técnicas y procedimientos abocados a tratar y curar los pacientes, los profesionales de medicina deben también aprender cómo cuidar y respetar moralmente a los individuos vulnerables.

Una vez que los profesionales médicos se apoyen en estándares y normas morales comúnmente compartidos, sabrán cómo respetar y cuidar a los pacientes. De esta forma, estarán también contribuyendo a construir una sociedad más humana y solidaria, en la que el cuidado y el respeto estén integrados.

## Referências

1. Pessini L. No berço da bioética: o encontro de um credo com um imperativo e um princípio. In: Pessini L, Bertachini L, Barchifontaine CP, organizadores. Bioética, cuidado e humanização. São Paulo: Loyola; 2014. p. 5-34.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2011.
3. Dall’Agnol D. Care and respect in bioethics. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing; 2016.
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. Diário Oficial da União. Brasília; nº 183, p. 90-2, 13 out 2009. Seção 1.
5. Dall’Agnol D. Cuidar e respeitar: atitudes fundamentais na bioética. Bioethikos. 2012;6(2):133-46.
6. Francisconi CF, Goldim JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: Costa SIF, Oselka G, Garrrafa V, organizadores. Iniciação à bioética. Brasília: CFM; 1998. p. 269-85.
7. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. Art. 57.
8. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. Art. 101.
9. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. Art. 75.
10. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. Art. 76.
11. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. Art. 25.
12. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. Art. 58.
13. Dall’Agnol D. Knowing-how to care. J Med Ethics. 2016;42(3):1-6. p. 5-6. DOI: 10.1136/medethics-2015-103226
14. Dall’Agnol D. Op. cit. 2016. p. 3-5.
15. Dall’Agnol D. Op. cit. 2012. p. 145.
16. Aristóteles. Ética a Nicômaco. 2ª ed. Brasília: Editora Unb; 1992.
17. Dall’Agnol D. Op. cit. 2016. p. 1-2.

