



03/

Tecnologización sanitaria y fragmentación del cuidado.

Josep Antoni Boix Ferrer,

Responsable del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa.

Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Especialista en Enfermería Geriátrica, Máster en Logoterapia y Análisis Existencial

Empiezan a abundar las predicciones de que, hacia la mitad del siglo XXI, las máquinas habrán reemplazado a los seres humanos en la mayoría de los lugares de trabajo. En el presente artículo se distinguen los conceptos de racionalidad y sabiduría y de Inteligencia Artificial débil y fuerte y se apunta que, en un escenario en que humanos y máquinas compartan las tareas de cuidado de las personas enfermas y dependientes, la propia fragmentación del cuidado puede provocar su devaluación. Esto es debido a que, en los contextos de cuidado, es la atención a aquellas necesidades más prosaicas de la persona la que suele propiciar la explicitación de su vulnerabilidad afectivo-existencial, siempre más compleja de transparentar.

Palabras clave: Cuidado íntimo, Cuidado fragmentado, Inteligencia Artificial (IA), Humanización.

Predictions that machines will replace human beings in most workplaces by the middle of the 21st century are beginning to abound. In this article, the concepts of rationality and wisdom, and of weak and strong artificial intelligence are distinguished, and it is pointed out that, in a scenario in which humans and machines share the tasks of caring for sick and dependent persons, the selfsame fragmentation of care may lead to its devaluation. This is due to the fact that, in contexts of care, it is the attention to the most prosaic needs of the person that usually tends to make explicit the person's affective and existential vulnerability, something which is always more difficult to evidence.

Key words: Intimate care, Fragmented care, Artificial intelligence (AI), Humanisation.

La vida es un frágil milagro. Está ahí, sin que sepamos con certeza cómo es eso posible. Y, a la vez, ¡cuán fácilmente se marchita! La vida prosigue y se extinguen las vidas. Perdura la vida bajo formas contingentes. Sólo el ser permanece, mientras que los seres... fallecen.

Nosotros, los humanos, estamos hechos así, inquieta mezcolanza de eternidad y finitud, transitando una existencia amenazada, a la espera de los dioses. Incompletos y vulnerables, sabemos que no sabemos y aventuramos que moriremos. Autoconscientes, cargamos dolores pasados y tememos el sufrimiento venidero.

Por causa de la carne amada, hemos experimentado enfermedad, culpa y muerte. Y, por todo ello, aunque no queramos, también sabemos de la inevitabilidad del cuidado.

Explica [Lina Pinzón de Salazar](#), profesora del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Caldas (Colombia), que

“Para Heidegger el ser humano es estructuralmente cuidado y es así, como cuidado, como establece sus relaciones con el mundo, con los otros y consigo mismo” (2009, pp. 13-14).

Acreedores de una gestación más prolongada que nos impediría salir del útero materno, arribamos a este lado de la existencia siendo com-

pletamente dependientes: hambrientos de aire, faltos de alimento, deseosos de arrullo, aspirando calidez...

En definitiva, necesitados de cuidado. Y, aunque con los meses y los años ganemos en autonomía, nunca dejaremos de buscar aire, alimento, arrullo, calidez y cuidado. Somos portentosa existencia carenciada. Y eso es algo que le gusta poco a esa parte de nosotros mismos con ínfulas de grandeza.

Esa parte que antepone el orgullo a cualquier otra cosa y que confunde dignidad con soberbia. Incluso aquellos más conscientes de que, por su precariedad, la condición humana demanda fraternidad y solidaridad, lógicamente, antes prefieren verse en el lugar del que ayuda que no en el del que precisa de auxilio.

En todo espíritu noble es fácil que la compasión fluya a borbotones hacia el otro extenuado, hambriento, desnudo o descartado; más difícil es el recibirla. Sin embargo, señala [Martin E. P. Seligman](#), padre de la **Psicología Positiva**, que, de entre las capacidades y fortalezas que caracterizan al ser humano, la más valiosa de todas ellas, la “**Reina de las fortalezas**”, es la capacidad de ser amados. Simple y llanamente. Por un solo motivo: porque llegará un día en que, de manera crucial, necesitaremos ejercerla. ¿Hacia dónde apunta Seligman con esta proclama?

A que tarde o temprano, en uno de los recodos de nuestra vida, llegará un momento en que necesitaremos de la ayuda de otros, literalmente y sin paliativos. Y, para entonces, más convendrá que sepamos aceptar, acoger y agradecer dicha ayuda. Para no añadir todavía más penurias al dolor que bajo una forma u otra nos aqueje en esa circunstancia y, en consecuencia, para tampoco expulsar con nuestro resentimiento a quienes vengan a socorrernos en pleno trance. Solo cuando seamos capaces de abrazar nuestra escasez, podremos celebrar con gozo sincero el don que nos sacia. ¡Pero cuán difícil es! ¡Cuán trémula y renuientemente entramos en contacto con nuestras insuficiencias!

Quizás por ello, a menudo, los seres humanos nos cuidamos unos a otros con disimulo. Ciertamente, existen algunas relaciones de cuidado con carta de legitimidad, institucionalizadas incluso, formal o informalmente: la familia, la escuela y el hospital son lugares nutricios, articulados alrededor de formas diversas de cuidado. Son lugares, también, de relación no-horizontales, donde suele resultar claro quien sostiene la responsabilidad del cuidado y quien tiene reconocido el derecho a ser atendido.

Pero fuera de esos espacios de cuidado oficializado, contados, las personas tendemos a sostenernos unas a otras con discreción. E, incluso en dichos espacios, no es lo mismo vendar un tobillo que un corazón lastimado. Cuanto más íntima sea la fragilidad que nos fuerza a recibir ayuda, con frecuencia, menos obvia preferimos que resulte dicha ayuda, menos explícitamente debemos prestarla.

Decía el personaje de **San Vicente de Paul**, en la película **Monsieur Vincent (1947)** de **Maurice Coche**, que únicamente por nuestro amor nos perdonarían los pobres el pan que les diésemos. Por atavismos que todavía nos condicionan, la pobreza, en sus distintas formas, tiene visos de ser interpretada como indignidad.

Y, por tanto, el socorro entregado puede tener algo de humillante. Esta conexión entre ayuda y devaluación solo puede desactivarse de dos maneras: con naturalidad o con reverencia. O bien auxiliado y auxiliador trivializan la situación, envolviéndola de cotidianidad para que pase desapercibida. O bien aquel que socorre explícita con tal respeto y estima su apoyo que dicho amor, paradójicamente, dignifica la experiencia por entero. Algunos de entre los nuestros, sabiéndonos a todos de barro, están preparados para recibir apoyo de las dos maneras. Otros sólo pueden aceptarlo sin que se note, especialmente, en lo que a heridas del alma se refiere.

Así pues, para que aceptemos la caricia que arroja nuestra profundidad, a menudo precisamos de aquella sutil delicadeza maternal que

suele pasarnos inadvertida porque se reviste de humildad, de insignificancia y de normalidad. De cuidado invisible. Cuando algo duele, es toda la persona la que se duele y es toda la persona la que necesita consuelo, pero los que nos dedicamos a profesiones de ayuda debemos tener presente que hay ciertas confidencias que sola brotan en la imprevisibilidad del cuidado más trivial.

Porque es en lo trivial donde se tejen las complicidades y es la complicidad lo que posibilita la palabra sentida y compartida. Está en nuestra esencia. Desde que, como primates, nos despiojábamos unos a otros, hasta hoy en día, en que en peluquerías y barberías siguen verdeando las confesiones.

Dice a menudo un hermano de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios que él hace Pastoral con la jeringa en la mano. ¡Cuánta lucidez entraña su alegato! Desde la profesión enfermera es bien sabido que los momentos de cuidado del cuerpo -por ejemplo, al lavarlo o curar una herida- son grandes propiciadores de posteriores revelaciones.

Como también a veces, en las unidades de Cuidados Paliativos, es la mujer de la limpieza, en su acotado paso por cada habitación, quien consigue las primicias más preciadas de pacientes y familiares.

Nos resulta más fácil pedir ayuda como quien no quiere la cosa y otorgarla de la misma manera, porque la intimidad doliente gusta de los números de prestidigitación en los que uno no sabe si atender a las palabras o a los gestos, permitiendo así que por un breve lapso de tiempo sintamos la magia de la comunión comprensiva y compasiva. Hablar desde lo más hondo de nuestro ser personal cuando parece que solo estamos atentos a las magulladuras del organismo.

A sabiendas de todo esto, resulta natural preguntarse hasta qué punto puede fragmentarse el cuidado. [Joan Tronto](#), profesora de **Ciencias**

Políticas de la Universidad de Minnesota, identifica con acierto que cuidar supone una serie de fases, cada una de ellas con una cualidad moral que se pone en juego: percatarse de una necesidad, responsabilizarse de ella, la acción de cuidar propiamente dicha, la recepción de ese cuidado y, finalmente, la conciencia común de que se mantendrá la atención mientras perdure la necesidad.

También señala que pueden ser diversos los agentes que intervengan en cada fase. Quede claro que aquí, aunque pueda darse que las cinco fases se produzcan en un único momento, de lo que estamos hablando es del tercer y cuarto movimiento del cuidado, de darlo y recibirlo, argumentando que pueden ser de distinta índole los cuidados que se dan al cuidar, que en un mismo espacio de cuidado pueden congregarse diferentes acciones “cuidadosas”, que los cuidados visibles e invisibles (“duros” y “blandos”) suelen andar de la mano. Y que, siendo así, según como parceleamos las distintas atenciones a ofrecer, algunas quizás nunca lleguen a producirse; porque no sean solicitadas o no sean plenamente recibidas. Tal vez, si diseccionamos sobremanera el cuidado, por alguna parte se nos perderá el milagro de la interacción cuidadosa, del instante entrañable.

Todo esto viene a cuento de que, en el momento presente, a finales del primer cuarto del siglo XXI, con la progresiva y acelerada automatización de la sociedad y la incorporación progresiva de la tecnología a la vida diaria, son muchas las voces que auguran una masiva delegación de tareas tradicionalmente humanas en todo tipo de entes cibernéticos, desde robots disciplinados a inteligencias artificiales autoconscientes. Lo explica concienzudamente [Marco Schorlemmer](#), científico titular del [Instituto de Investigación en Inteligencia Artificial del CSIC](#):

Cuando se habla de superinteligencia, a menudo se hace referencia a la posibilidad de que las máquinas

reemplacen a los seres humanos en la mayoría de los lugares de trabajo, y hay quien incluso se atreve a pronosticar que eso puede suceder en apenas los próximos veinte o treinta años. Basado en un estudio realizado por investigadores de la universidad de Oxford junto con la consultora Deloitte, la BBC ha creado una página web que permite calcular el riesgo de automatización que tienen determinadas profesiones. Así, por ejemplo, a los taxistas y chóferes les asigna una probabilidad de automatización del 57%, y a los bibliotecarios, del 97%. En cambio, para las enfermeras o comadronas el riesgo de automatización se sitúa en el 2%. (2019, p. 13)¹

A pesar de que en el ámbito de los cuidados sanitarios, según esta predicción, parece haber poca probabilidad de robotización, [Carmen Domínguez Alcón](#), Enfermera y Doctora en Sociología por la [École des Hautes Études en Sciences Sociales](#) de París, aporta que

“En relación con la salud y los cuidados, hay un creciente interés por la tecnología y su desarrollo (Economist Intelligence Unit 2014), con proyectos variados en distintos campos de aplicación -cirugía, prótesis, tratamientos, rehabilitación, hospitalario, asistencial, farmacia, endo y micro-robots-” (2017, p. 625).

La misma autora añade algo de contexto a la mencionada intención de incrementar la tecnología del cuidado, haciendo referencia

“A la demanda creciente de cuidados de larga duración y la dificultad de cobertura en un modelo de

1. Todas las citas de esta obra se han traducido del original en catalán

2. Olvidándonos de la naturaleza metafórica de nuestras concepciones de mente, inteligencia y racionalidad, y tomándonoslas literalmente.

3. En el polaco más culto y tradicional la palabra utilizada para referirse a la dignidad, *godnosc*, puede referirse también al apellido.

tradición familista, como es el caso español” (ibid, p. 626).

¿Serán robots los que tendrán que acudir en nuestra ayuda para atender la necesidad de cuidados de una humanidad envejecida? Antes de aventurarnos en semejantes conjeturas, convendría clarificar someramente a qué tipo de Inteligencia Artificial (IA) nos referimos. A nivel conceptual, primero deberíamos distinguir entre IA débil (sistemas informáticos que exhiben algún comportamiento inteligente) e IA fuerte (inteligencia de nivel humano), teniendo en cuenta que actualmente lo único que tenemos son IA débiles que igualan o mejoran el rendimiento humano en tareas cognitivamente complejas muy concretas. En segundo lugar, cuando hablamos de IA solemos adoptar

“Una comprensión idealizada de lo que significa que un agente actúe de manera inteligente, reduciendo la inteligencia a la racionalidad; y así, por actuar racionalmente se entiende escoger la acción que produce el mejor resultado” (Schorlemmer, 2019, p. 14).

A medida que “racionalizamos” inconscientemente nuestras actividades humanas en términos de computación algorítmica, por nuestra incapacidad de distinguir nuestras metáforas conceptuales², los humanos iremos ajustando de manera imperceptible nuestras decisiones y acciones a estos procesos “racionalizados”, sin cuestionarnos su aptitud.

Y como las máquinas son mejores (y más rápidas) a la hora de ser “racionales” (según la conceptualización metafórica dominante), los humanos se podrán substituir fácilmente por sistemas

informáticos, y hasta se consideraría poco ético dejar de hacerlo. Si un sistema de diagnóstico basado en IA realiza diagnósticos médicos con un índice de error mucho menor que un médico, ¿no tendríamos que dejar en sus manos la tarea de diagnosticar? (ibid, p. 23)

Volviendo al tema que nos ocupa, en un escenario de IA débil, cuando hablamos de delegar cuidados en entes artificiales de dispar autonomía, queda claro que inicialmente nos referimos a automatizar tareas muy específicas, retales particulares dentro del inmenso tapiz que constituye el universo del cuidado.

Robots realizándole la higiene a una persona o tomándole la presión arterial mientras que el cuidador humano, en una visión idealizada de su profesión, se dedica a escucharle a pie de cama, incluso cogiéndole empáticamente de la mano.

¿Es ahí dónde queremos llegar? ¿No sería ese el epítome del cuidado fragmentado del que hemos venido hablando a lo largo del presente artículo? Llegados a ese punto, ¿quedaría espacio para el contacto humano entre tanto roce artificial?

¿Apetecerían las confesiones susurradas y las confidencias al oído sobre el telón de fondo de alarmas, pitidos y bips? ¿Nos decidiríamos a llorarle a ese profesional que viene expresa y exclusivamente a escucharnos cuando justo antes ni él ni ninguna otra persona se han dignado a palpar con su carne la carne de nuestro vientre dolorido?

¿Nos atreveríamos a compartirle nuestros temores más hondos cuándo pareciera que ni él ni ninguna otra persona nos han encontrado dignos de que sean ellas quienes nos sonden, como si nuestra uretra fuese menos merecedora de delicadeza que la suya? Cuanto más se reparte el cuidado, más se anonimiza, siendo el anónimo la antítesis de la dignidad³. Cuanto más se automatiza, menos caben las palabras, si al

otro lado no hay nadie que -mientras que nos “cuida”- escuche verdaderamente.

Cabe preguntarse, por último, si llegados a un futuro donde la IA fuerte sea una realidad, sería concebible, rentable y óptimo que autómatas autoconscientes aglutinaran el repertorio completo de cuidados posibles, deviniendo una suerte de supercuidadores.

Pero, ¿sería eso posible siquiera? Porque, si por inteligencia seguimos entendiendo racionalidad y obviamos el papel que en la sabiduría humana juegan la cognición corpórea y la interacción e intra-acción de los organismos vivos con el entorno y entre ellos, ¿qué autoconsciencia sería esa? Sin duda, no sería ni humana ni entrañable ni blanda ni dubitativa ni libre... aunque pudiesen simularlo una miríada de algoritmos.

Porque, al fin y al cabo, como cuidadores, al acercarnos a aquel que sufre, solo podemos concebir el dolor que, de alguna manera, en alguna medida, alguna vez, también nosotros hayamos sentido.

Referencias Bibliográficas

Libros

DOMÍNGUEZ, C. (2017).
Evolución del cuidado y profesión enfermera.
Ediciones San Juan de Dios.

PINZÓN, L (2009).
*El cuidado espiritual en enfermería.
¿utopía o esperanza?*
Editorial Universidad de Caldas.no.3
Universidad Anáhuac México.
Ciudad de México

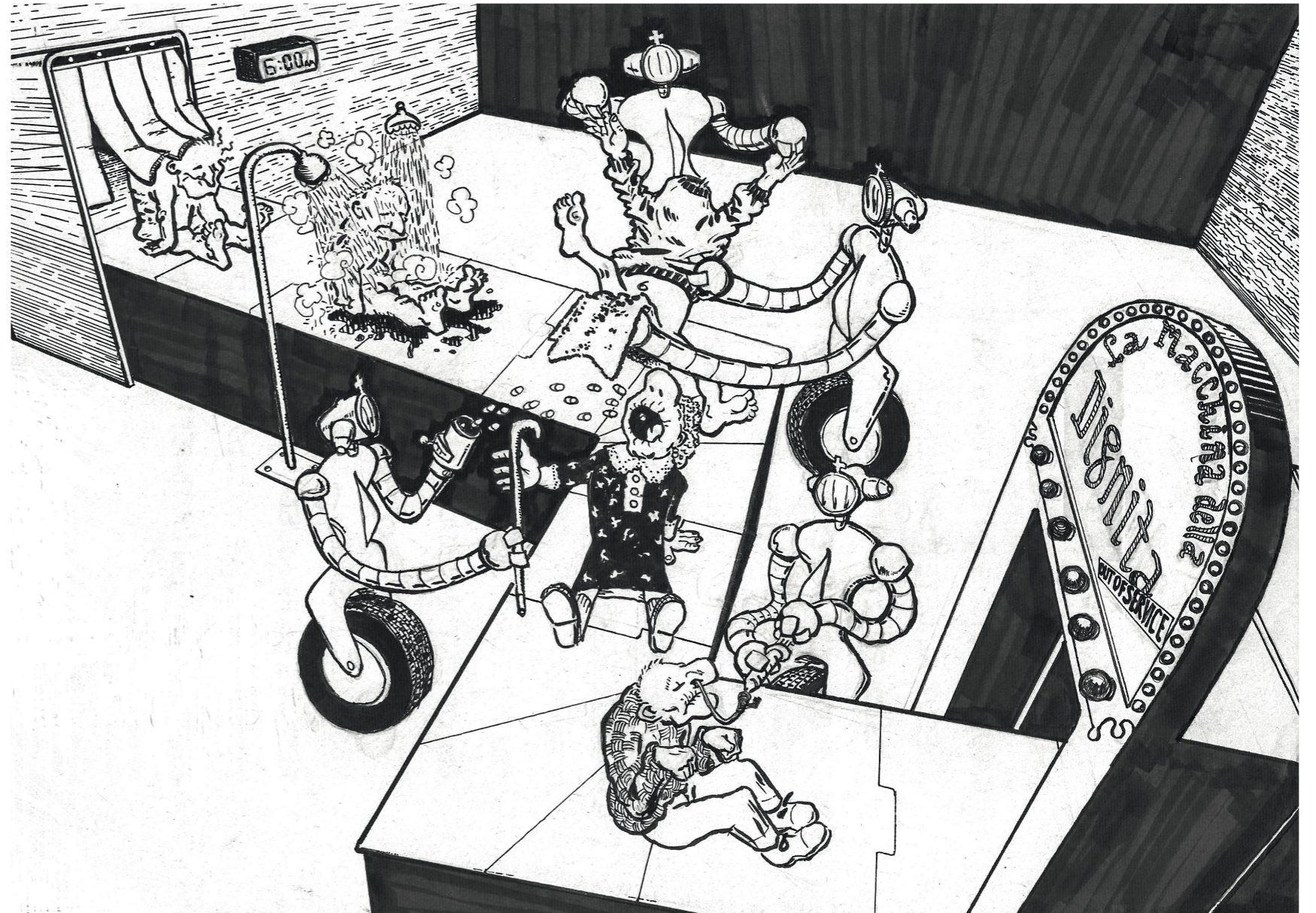
Revistas

SCHORLEMMER, M. (2019).
*Quaderns, 121. Indagació contemplativa
per a l'era de la intel·ligència artificial*.
Fundació Joan Maragall
(Cristianisme i Cultura)

Bibliografía

SELIGMAN, M. (2011).
La auténtica felicidad. B de Bolsillo.

TRONTO, J. (2017).
*La democràcia del cuidado como antídoto
frente al neoliberalismo*.
En DOMÍNGUEZ ALCÓN C, KOHLEN
H, TRONTO J.
*El futuro del cuidado. Comprensión de la ética
del cuidado y práctica enfermera*.
Ediciones San Juan de Dios, pp. 19-36.
Disponible en: <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/d23d4137-42f4-4331-924e-b660473acf64>



Creditos Imagen

Ilustración de Toni Boix-Ferrer para la publicación “[Educating for Dignity, a multi-disciplinary workbook](#)” (2004).

The Dignity and Older Europeans Project (contract number QLG6-CT-2001-00888) – European Comisión, DG Research, Directorate E: Biotechnology, Agriculture and Food, under FP5, Quality of Life Programme