



Cuadernos de Bioética

ISSN: 1132-1989

bioética@um.es

Asociación Española de Bioética y Ética

Médica

España

García Sánchez, Emilio

EL RESCATE DE LO HUMANO EN EL ENFERMO QUE SE MUERE

Cuadernos de Bioética, vol. XXIII, núm. 1, enero-abril, 2012, pp. 135-149

Asociación Española de Bioética y Ética Médica

Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87524465010>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

EL RESCATE DE LO HUMANO EN EL ENFERMO QUE SE MUERE

THE RESCUE OF THE HUMAN IN THE PATIENT WHO DIES

Emilio García Sánchez

Universidad CEU Cardenal Herrera-Valencia (España)

emilio.garcia@uch.ceu.es

Resumen

En este artículo expongo una propuesta de recuperación del contenido esencial del concepto naturaleza humana a través de la cuidadosa atención ética que ha de recibir un enfermo incurable en la última fase de su vida. Propongo la medicina paliativa como vía para rescatar lo humano presente en la vida de enfermos moribundos a los que les pertenece en plenitud la naturaleza y la dignidad humanas. Planteo el objetivo de recuperar el *ethos* médico originario mediante el ejercicio de las virtudes a través de las cuales el personal biosanitario pueda capacitarse para reconocer que los débiles, los enfermos miserables, los desahuciados son importantes, son dignos para la medicina, sirven para la ciencia: son humanos y por tanto absolutamente válidos.

Palabras clave: cuidados paliativos, enfermedad terminal, vulnerabilidad, naturaleza y dignidad humana.

Abstract

In this article I discuss briefly a proposal for the recovery of the essential content of the concept of human nature through the careful attention to ethics which must be received by a terminal ill person in the last phase of life. I propose palliative medicine as a way to rescue the human mind in the life of dying patients to whom the fullness of nature and human dignity belongs. It's about recovering the original medical *ethos* through the exercise of the virtues through which staff can be trained to recognize the weak, the sick, miserable, the dispossessed are important, are worthy of medicine, used for science: are human and quite valid.

Key words: nature human, dignity, palliative care, terminally patients.

1. Introducción

Desde hace tiempo en las ciencias biomédicas y particularmente en la bioética se constata la existencia de una fuerte ambigüedad en los conceptos naturaleza y dignidad humana. Tal distorsión conceptual representa una consecuencia final de un largo y antiguo proceso de crisis acerca de lo que se entiende por naturaleza humana y por su dimensión o cualidad inherente a ella: la dignidad. La pulverización crítica de estos conceptos —inseparables entre sí—, está generando graves dificultades en la resolución de conflictos éticos que actualmente plantean las ciencias biomédicas, las biotecnologías y las legislaciones sobre la vida humana. Por tanto se hace del todo necesario la búsqueda de vías correctoras que permitan la recuperación «filosófica» del contenido esencial del concepto *naturaleza* y de este modo poder desarrollar una correcta y afinada fundamentación bioética¹. Como fruto de esa recuperación se podría llegar más concretamente en la práctica biosanitaria a la desaparición o al menos a una importante disminución de la ambigüedad en el respeto incondicional que merece la vida humana en cualquiera de sus fases. Sugiero una posible vía de rescate de esos dos conceptos a través de la inspiradora oferta antropológica que subyace en los cuidados paliativos dis-

pensados a los enfermos en fase terminal. Mi propuesta empieza con una pregunta: ¿Está ayudando esta nueva área de la medicina paliativa a reconocer por parte de los sanitarios que el enfermo moribundo no es un fragmento de naturaleza humana sino un ser humano pleno y total?

2. El enfermo en fase terminal ante sí mismo como ser humano

El ejercicio antropológico de introducirse en la situación personal por la que atraviesa un enfermo en fase terminal arroja luz sobre la percepción que él mismo tiene sobre su naturaleza y dignidad como ser humano. Resulta ilustrativo conocer los detalles del reconocimiento que este tipo de enfermos tienen de sí mismos cuando están expuestos a grados extremos de fragilidad y dependencia. Y la correcta y completa comprensión de esa situación existencial puede permitir —a través de los cuidados paliativos— afrontar con éxito la recuperación en el enfermo —y en los que le atienden— de la visión correcta de su naturaleza y dignidad humanas, las cuales llegan a cuestionarse e incluso a negarse en esas críticas circunstancias.

Para la finalidad propuesta no interesa tanto especificar los deterioros de los procesos fisiológicos de la enfermedad en su fase final ni ahondar en la descripción de los trastornos moleculares y celulares que están teniendo lugar en ese estado de decrepitud biológica. Resultan más útiles los datos extraídos de una detenida reflexión antropológica y fenomenológica elaborada desde la contemplación de en-

1 Cf. Spaemann, R., *Lo natural y lo racional*. RIALP, Madrid, 1989. Cf. González, A.M., *En busca de la naturaleza perdida. Estudios de bioética fundamental*. EUNSA, Pamplona 2000. Cf. González, A.M., *Naturaleza y dignidad. Un estudio desde Robert Spaemann*. EUNSA, Pamplona 1996.

fermos a los que se les ha diagnosticado una enfermedad incurable e irreversible. Es un estudio pormenorizado de las reacciones humanas que se dan desde el inicio de la notificación de ese pronóstico fulminante que acaba con la muerte. Tales resultados ayudan a entender por qué en algunos casos se solicita la muerte como decisión ulterior de un proceso de pérdida de dignidad, consecuencia del rechazo de la naturaleza humana. Evidentemente no es posible ni conviene obviar la dimensión biológica y física de este proceso de degradación de la salud. Pero en esta reflexión se opta por la elevación a un plano superior multidimensional que permita alcanzar una percepción holística del enfermo. Es decir, interesan todas las dimensiones o facetas humanas —no solo las físicas— si no también las psíquicas, religiosas, espirituales, culturales².

En esta delineación ético-antropológica que voy a llevar a cabo parte de una verdad o principio ético que necesariamente da sentido, alumbra toda la argumentación siguiente. Consiste ese principio en reconocer que de frente a un enfermo «moribundo» nunca estamos ante un problema técnico múltiple, visión que incluso podría llegar a tener el mismo paciente, y que dificultaría captar a fondo qué le sucede. En esa complicada situación en la que al enfermo le está fallando todo, es imprescindible afirmar

—para hacer una ética valoración— que nos encontramos ante a un ser humano insustituible y único, con una vida e historia personales, con una intimidad y que padece un apuro mayúsculo: *se está muriendo y lo sabe*. Personalmente es consciente de que sus órganos vitales por separado le fallan, causándole un gran dolor físico y psíquico. Pero percibe con una mayor conciencia si cabe que su vida entera, su naturaleza, él mismo, está a punto de desaparecer.

Este marco constituye el *principio de humanidad* que ha de estar constantemente presente y que debe prevalecer en toda atención terminal.³ Por tanto, la consecuencia de esta máxima de dignidad es que preocupa *todo el enfermo*, no alguna de sus partes enfermas, sino todo él, la totalidad de su vida. Asumiendo dicha actitud se logra que el enfermo esté cómodo en todo su ser, en cada una de esas dimensiones nombradas⁴. El propio enfermo reclama que se le considere también así, en su totalidad y no en su parcialidad funcional deteriorada. En este sentido se comparte y se sigue la visión de los cuidados paliativos de la doctora Cicely Saunders, fundadora del movimiento *hospice* y unas de las pioneras mundiales de la medicina paliativa⁵.

3 Cf. Roy, D – Rapin, Ch.H., *A propos de l'euthanasie*. Eur J Pall Care 1 (1994), pp. 184-188.

4 García Baquero, M.T., «Atender a un ser humano al final de la vida es un privilegio», entrevista en la revista Mundo Cristiano, abril 2011, p. 53.

5 Cf. Saunders, C., *Some Challenges that Face us*. Palliat Med. 1993, 7, pp. 77-83; Cf. Saunders, C., Baines, M., *Living with Dying: A Guide to Palliative Care*. Oxford: Oxford Medical Publications 1983, 64. Cf. Du Boulay, S., Rankin, M., Saunders C., *The Founder of the Modern Hospice Movement*. London:

2 Cf. Schaefer, R., *Acompañar al moribundo: una responsabilidad a compartir*, en Junto al enfermo incurable y al que muere: orientaciones ética y operativas (actas de la XIV Asamblea General de la Pontificia Academia Para la Vida). BAC, Madrid 2009, p. 230.

2.1. «Soy vulnerable, frágil: dependiente»

Es una de las primeras percepciones que el enfermo constatará en este proceso de crisis médica, antropológica, psicológica etc., que acompaña la fase final de una enfermedad mortal. Puede suceder que el reconocimiento de esta cualidad intrínsecamente humana —la vulnerabilidad— ya estuviera asumida con anterioridad e incluso en ausencia de enfermedad. Pero es ahora donde ese rasgo de la condición humana se le desvela con toda radicalidad en su propia naturaleza. La descubre o redescubre sin posibilidad de ocultarla a no ser que se halle en un estado grave de inconsciencia.

El enfermo en fase terminal se encuentra turbado como jamás lo ha estado. Rodeado de su propia miseria existencial es conducido a un reencuentro personal con lo humano que aceptará, rechazará o discutirá. Inevitablemente desnuda ante sí mismo y ante los demás su verdadera naturaleza, permitiendo frente a esa visible desnudez reflexionar acerca de quién es el hombre, de quién es él mismo, su identidad e inseparablemente de cuál es su fin. La mirada contemplativa de su vulnerabilidad exhibida en ese escenario final actualiza la comprensión de lo

Society for Promotion Christian Knowledge, 2007. Cf. Du Boulay, S., *Cicely Saunders*. Palabra 2011. Cf. Zylicz, Z., *Cuidados paliativos, hospicios y atención domiciliaria*, en Junto al enfermo incurable y al que muere: orientaciones éticas y operativas (actas de la XIV Asamblea General de la Pontificia Academia Para la Vida). BAC, Madrid 2009, p. 250. Cf. Centeno Cortés, C., - Muñoz Sánchez D., *Cuidados paliativos, respuesta bioética de la medicina a la situación terminal*. en Tomás y Garrido, G., *La bioética: un compromiso existencia y específico*, p. 190.

verdaderamente humano, del rostro más descarado de su humanidad: *soy vulnerable, frágil, enfermo... soy así*. Trae al presente —desvelándose con más fuerza— lo que ya estaba impreso en el origen de su naturaleza animal: que es una debilidad encarnada y mortal, es decir humana. Intenta aceptar esta percepción quizás eclipsada temporalmente por la existencia de una vida llena de vigor y de actividad físico mental.

Los estados terminales e iniciales del ser humano se juntan en esta propiedad humana de la vulnerabilidad. De hecho este tipo de enfermos adultos en fases finales suelen sentir una desnudez «infantil» porque ahora los otros se lo han de hacer todo. El reencuentro con esa inocencia natural alteradora de su autonomía les va a recordar que nunca han dejado de ser «hombres niños» o «mujeres niñas», en definitiva *animales racionales y dependientes*⁶.

2.2. Mirar hacia atrás: ¿quién he sido?

La vida se le está yendo de las manos y el enfermo reacciona elaborando un *flashback* re-constructivo de su vida pasada para saber quién ha sido hasta ahora. Emprende un viaje en el tiempo retrocediendo hasta su origen, un itinerario de reconocimiento de su propio ser en donde se expone la verdad de su biografía que está cerrando su último capítulo. Se trata

⁶ MacIntyre, A., *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes*. Editorial Paidos. p. 15. Cf. Marcos, A., *Dependientes y racionales: la familia humana en este mismo nº de Cuadernos de Bioética*.

de un proceso de revisión naturalmente humano, un *making-off* del guión vivido, de la puesta en escena de sus actuaciones históricas personales.

Sin duda para algunos esta operación puede resultar una experiencia ardua pero es a la vez purificativa, catárquica, propia de la condición humana. Y es purificativa y catárquica porque en esos momentos se puede reconocer por primera vez y con honradez actuaciones pasadas desacertadas, errores cometidos con un mismo y con los demás que ahora son reevaluados. Si pueden elaborar ordenadamente tal autorreflexión es debido a que son sujetos pacientes de un sufrimiento desconcertante que les está empujando inexorablemente a la muerte. De algún modo el sufrimiento es el estado condicionante que motiva y posibilita el acceso a todo ese itinerario personalísimo de encuentro consigo mismo y con su naturaleza de hombre. Pero no es una declaración de elogio al sufrimiento sino más bien una oferta en el modo en el que éste puede ser asumido. Aunque sea cierto que tales análisis retrospectivos pueden elaborarse fuera de estos extremos, el sufrir facilita tanto la reformulación de los grandes interrogantes de la vida así como sus respuestas: *se quién soy y quién he sido cuando sufro*. Al mismo tiempo hay que matizar esta visión purificativa porque no hay que olvidar que el sufrimiento puede alcanzar tal intensidad que impida al enfermo realizar ningún tipo de consideración sobre sí mismo, sobre su existencia y mucho menos sobre decisiones terapéuticas.

Todo este proceso de revisión que ha sido activado requiere *tiempo y espacio, tiempo y espacio para ajustar sus cuentas con su vida*⁷ vivida. Además necesitan contarla, transmitirla a alguien cercano e íntimo porque el hombre es un ser dialógico-relacional por naturaleza. De todas formas aunque el enfermo reclame una afectuosa compañía y un coloquio íntimo con los otros, simultáneamente no menos decisivos y respetados han de ser los espacios y tiempos dedicados en solitario a elaborar sus propios y profundos monólogos. El moribundo siempre reivindica una cierta privacidad, una dosis de soledad interior para poder mirar hacia atrás el solo porque su vida es suya y se trata de su muerte. Por eso algunos de ellos protestan diciendo: *yo soy el que me muero no vosotros, soy el propietario de mi muerte y nadie me la puede arrebatar*.⁸ En este sentido hay que advertir críticamente la existencia de la sobreatención extrema sobre el enfermo que podría llegar a ser particularmente molesta en este momento, convirtiéndose en una variante de encarnizamiento terapéutico de índole psicológica. Por el contrario en el extremo opuesto no son raros los casos perjudiciales de desatención o de abandono del enfermo quedando incomunicado y aislado durante largos períodos de tiempo.

7 Saunders, C., «Some Challenges that Face us». *Palliat Med.* 1993, 7, pp. 77-83.

8 Cf. Yespes Stork, R., -Aranguren, J., *Fundamentos de antropología. Un ideal de la excelencia humana*. 6^a Ed. Eunsa, agosto 2003, pp. 344-345.

2.3. «Ya no controlo mi vida: ¡me controlan!»

Revisada su vida pasada aumenta progresivamente el miedo a desaparecer porque las terapias agresivas y los tratamientos se vuelven cada vez más inútiles. Se acelera la decrepitud de su estado físico medible en dolencias cada vez más intensas. La sucesión de estos factores encadenados puede desembocar en una angustia descontrolada, en una depresión vital que necesita urgentemente ser tratada porque de lo contrario podría conducir a un deseo estresante de morir, y a la consiguiente posibilidad de petición del suicidio o la eutanasia⁹. Se va incoando con una fuerza creciente el desenfoque de su dignidad como humano y entra en una fase de mayor nivel crítico. A esos factores se añade un elemento decisivo: la inevitable pérdida de la independencia del entorno y de los otros. El *ya no controlo mi vida, me controlan* lo considera como un estado alcanzado incompatible con la dignidad, sobre todo cuando se siente especialmente una carga para los demás, y piensa que les hace sufrir porque le tienen que hacer todo: curar, lavar, llevar al baño, cambiar. Estos específicos cuidados constituyen un certificado de pérdida de autonomía y por esta razón se consideran como uno de los *elementos de predicción más fuerte de pérdida de dignidad en el paciente terminal*¹⁰.

9 Cf. Janssens, R.J., Ten Have, H.A., Zylicz, Z., «Hospice and Euthanasia in The Netherlands: An Ethical Point of View». *Journal Medicine Ethics* 1999, 25, pp. 408-412.

10 Chochinov, H.M., Hack, T., Hassard, T. *Dignity in the Terminally ill: A Cross-sectional, Cohort Study*. Lancet 2002, 360, pp. 2026-2030.

2.4. «No soy humano: no soy digno»

El momento crítico descrito explota en algunos enfermos —posiblemente en un entorno familiar y social desfavorable— cuando caen en una fase acelerada de deformación de su imagen como humano. Se llega a no contemplarse más como un ser de esas características, y se autoregristra como huérfano de dignidad, alguien inválido para la vida y el mundo. Es entonces cuando el propio enfermo puede llegar al extremo de pedir expresamente la muerte. Sin duda este paso constituye el asalto más peligroso e inhumano a su dignidad porque supone entrar en la visión más degradante y humillante de su propia vida. Piensa que ya no queda nada salvable ni recuperable de ella, no le queda nada por hacer: sin función ni misión en el mundo. Algunos hablan de la aparición «psíquica» de un *dolor social*¹¹ derivado de la pérdida completa de roles sociales que antes desempeñaba. Exprestará que ha finalizado la búsqueda de la dignidad de su naturaleza, ya *sin honor y estima*¹², contemplándose a sí mismo más como un cadáver mantenido o un objeto de cuidado¹³ que como un ser humano. Se ha ido maljuzgando a sí mismo cualitativamente hasta el autodesprecio estético, reduciéndose a un problema

11 Gómez, J., *Intentaré que la muerte me encuentre bien vivo*. Entrevista en el diario *La Vanguardia*, en la sección La contra. Sábado 10 de abril de 2010.

12 Cf. Chochinov, H.M.; Hack, T.; Hassard, T., op.cit, pp. 2026-2030.

13 Cf. Zylicz, Z., *Cuidados paliativos, hospicios y atención domiciliaria*, en Junto al enfermo incurable y al que muere: orientaciones ética y operativas... op.cit p. 250.

técnico que desesperadamente exige a la alta tecnología una curación irracional y milagrosa¹⁴ que ya no es posible. Sin escapatorias a su sufrimiento asciende a una atmósfera anaeróbica en la que queda suspendido sin saber si aún le queda algo humano donde agarrarse. Es la prueba de fuego para el propio enfermo y su familia, la prueba de fuego para el médico, la enfermera: es el momento más difícil de su vida al que se enfrenta el enfermo.¹⁵ Es una provocación, propiamente la provocación que esgrimirá la mentalidad pro-eutanasía¹⁶ como respeto a la autonomía absoluta del paciente: *respetar lo que está deseando, transformando ese deseo en un derecho humano irrenunciable.* Llegados a esta crisis el enfermo moribundo puede plantear morir pero ya no dignamente como un hombre porque se ha autoexcluido de esa naturaleza. En el peor de los casos acaba rindiéndose como humano poniéndose a merced de otros hombres – médicos, familiares- que terminarán por arrebatarle su vida, y con ella su dignidad humana.

2.5. Necesito ayuda y una explicación

Aunque el reclamo de ayuda por parte del enfermo está presente desde las fases iniciales es ahora cuando va a solicitarla de un modo *deseperado*. El nivel de sufrimiento físico y psíquico se han vuelto tan intensos que la situación es ins-

portable, además los síntomas se hecho refractarios a cualquier tratamiento terapéutico. Necesita un atención afectiva y pide un socorro con la misma intensidad con que lo gritaba cuando era un bebé endeble aunque ahora sus gritos sean palabras entrecortadas o jadeos sonoros casi imperceptibles. En esta situación, el aislamiento del enfermo sufriente es particularmente perjudicial¹⁷. Además la afectividad en este tipo de enfermos críticos tiende a estar particularmente desenfocada, desorientada, padeciendo una susceptibilidad a flor de piel que deforma la realidad.

En esta fase dolorosa el enfermo con urgencia está necesitado de una explicación totalizante, una aclaración de por qué sufre así, y de si ese dolor tiene que ver realmente con él o por el contrario es algo extraño y ajeno a su naturaleza. Para asimilar lo que le sucede requiere romper el silencio –gritar, protestar...¹⁸–, huir de esa soledad sin sentido que ahora le ahoga, y que puede llegar a constituir el dolor más punzante y desesperante. Necesita hablar libre y espontáneamente, expresar sus sentimientos¹⁹, conocer la verdad sencilla de lo que le está sucediendo, acciones posibles en un contexto de diálogo entre dos humanos: paciente y médico, enfermo y familia. En este preciso momento reclama médicos expertos en

14 Ibíd., p. 256.

15 Cf. Herranz, G., *Eutanasia y dignidad del morir*, en Vivir y Morir con dignidad, EUNSA, enero 2002, p. 180.

16 Cf. Ibíd., p. 184.

17 García Baquero, M.T., op.cit, p. 52.

18 Gómez, J., «Intentaré que la muerte me encuentre bien vivo». Entrevista en el diario *La Vanguardia*, en la sección *La contra*. Sábado 10 de abril de 2010.

19 Cf. Saunders, C; Baines, M., *Living with Dying: A Guide to Palliative Care*, Oxford: Oxford Medical Publications 1983, p. 64.

humanidad²⁰ y no peritos sintomatólogos; reclama comprensión porque ahora ya solo alcanza a entender un lenguaje humano sencillo que es el que le permitiría reenfocar correctamente la realidad de su enfermedad y la inminencia de su muerte.

Va a preguntar callada o abiertamente si existe la oferta de otra elección viable que no sea la muerte, otra alternativa en el menú de esa fase final de la enfermedad. En definitiva suplica si es posible la desaparición o al menos el alivio y la disminución de su sufrimiento para llegar a un equilibrio con la vida. En esta situación agónica no se descarta que, como única vía de mitigar el dolor, el paciente o en su defecto su familia si sus competencias de autonomía están ya demasiado alteradas quieran aceptar la pérdida de cierta capacidad de comunicación y conciencia como consecuencia de la administración de una sedación controlada.

Finalmente pueden encontrarse casos de pacientes que en esos momentos prefieran sencillamente *no saber* o que soliciten acceder a una información parcial porque así lo deseen. Si fuera así su decisión habría que respetar su libertad de ejercer este aspecto de la confidencialidad como un derecho humano, el derecho a recibir solo la información que se quiera recibir. De todas formas está ampliamente aceptado que lo respetuoso y lo que conforma además un deber ético es comunicar al paciente y a sus familiares que la muerte está próxima porque el estado de la enfermedad es terminal²¹.

20 Cf. Schaefer, R., op.cit. p. 226.

21 Cf. Ibíd., p. 231.

3. Los cuidados paliativos: el rescate de lo humano en la medicina

La medicina paliativa a través de unos especializados cuidados en la atención de enfermos incurables está removiendo interesantes consideraciones ético-antropológicas acerca de la vida humana que habían sido recluidas al pasado o a la subjetividad personal. De nuevo es oportuno recordar que el interés que suscita esta área médica no se centra directamente en la parte *médicotécnica* del especialista en paliación del dolor. Sin olvidar esa insustituible función, el aspecto más relevante es el que se deriva de las raíces antropológicas vinculadas a ese modo de hacer medicina. De esta especialidad está aflorando una fundamentación bioética que está promocionando la recuperación original del *ethos* médico en el mundo biosanitario²². Y se puede advertir con optimismo que esta recuperación ética no es otra cosa que la recuperación misma del contenido real de lo que es el ser humano: su naturaleza y su dignidad.

Son muchas las asociaciones médicas de Europa y América que de modo unánime están recomendando los cuidados paliativos como medida proporcionada a la dignidad del moribundo, como respuesta auténticamente humana ofrecida a los enfermos incurables en su fase terminal. En algunos estados donde está despenalizada la eutanasia —Oregón,

22 Cf. Centeno Cortés, C., - Muñoz Sánchez D., *Cuidados paliativos, respuesta bioética de la medicina a la situación terminal.* en Tomás y Garrido, G., *La bioética: un compromiso existencial y específico*, pp. 179-180.

Países Bajos— el desarrollo en la red del sistema sanitario de unidades de cuidados paliativos suficientes y «de calidad» está provocando un descenso de las peticiones individuales de eutanasia o de suicidio asistido²³. Asimismo la extensión y profesionalización de los paliativos está reduciendo considerablemente los casos inéticos de encarnizamiento u obstinación terapéutica sobre los enfermos terminales. La eficacia de tales cuidados confirma con esperanza la suplantación de modos inhumanos de tratar la vida humana en su fase final. Las propias organizaciones médicas reclaman la iniciativa de que los cuidados paliativos se incorporen como una competencia básica más de todos los profesionales sanitarios con independencia de su especialidad.²⁴

Cuando el equipo médico de paliativos se propone cuidar vidas humanas que están muriéndose es consciente de que tiene por delante un reto incomparable con otras especialidades. Es una medicina —humana— que sobrepasa lo científico ya que su función es irreducible al control de síntomas y al alivio del dolor en general. Probablemente en ninguna otra especialidad la centralidad del paciente se muestra a los doctores y enfermeras más cargada de sentido y en

otros momentos más oscura²⁵. Oscuridad dada por la irremediable y cuantificable ausencia de beneficios o progresos en la salud de esos enfermos. Por tanto, si se puede hablar así, en la medicina paliativa la responsabilidad o fuerza moral asumida por el médico se hace mayor, dependiente de una exigencia personal y de un crecimiento *interior* que requiere de las virtudes²⁶. Este entrenamiento virtuoso en el personal biosanitario paliativo es determinante si se pretende alcanzar el rescate de lo humano de un ser enfermo en el que aparentemente está eclipsada su naturaleza humana. La carencia de estos hábitos o su debilitamiento puede hacer sucumbir al equipo médico que en este duro cometido ha de resistir inevitablemente una fuerte presión emocional derivada de esa dramática situación humana próxima a la muerte.

3.1. El primer cuidado: la admiración natural ante el enfermo

El enfermo cae física y emocionalmente en los brazos del equipo médico que se dispone de acuerdo con el *ethos* médico a tratarlo y a cuidarlo hasta el último momento. Les estalla en las manos un ser humano en declive que les persuade

23 Cf. Martínez-Selles, M., *La muerte. Reflexiones desde la Bioética*. Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Octubre 2009, p. 38. Cf. Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, Kraemer DF, Delorit MA, Lee MA., «Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act». *N Engl J Med* 2000; 342, pp. 557-63.

24 VV.AA, *Los médicos españoles dan sus propuestas sobre cuidados paliativos*. ACEPRENSA, 26 de enero de 2011, nº 6/11.

25 Herranz, G., *Intervenciones para mantener la vida y pacientes terminales: contenido de la medicina paliativa y la medicina de cuidados intensivos*. en Junto al enfermo incurable y al que muere: orientaciones ética y operativas...op.cit. p. 77.

26 Cf. Pellegrino, ED., *The Recovery of Virtue in the professional Ethics of Medicine*, en *Le radici Della Bioética*, Vol I, Elio Sgreccia & Gonzalo Miranda, (eds), Vita e Pensiero, Milano, 1998. Cf. Pellegrino, ED., - Thomasma, DC., *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York 1993.

—con su casi extinguida presencia— para que descubran ante sus ojos un rostro humano verdadero. Al mirarle no han de olvidar que sigue siendo realmente un ser humano vivo y no una cosa, un detritus o un fragmento de hombre. De partida esta es la única opción bioética razonable que puede barajarse en esta delicada situación ante la que se enfrenta el personal biomédico. ¿Cómo podríamos sino preservar, cuidar al hombre sin reconocerlo como tal, sin ver limpiamente una naturaleza humana destinada a un fin, si no existiera ésta?

Por tanto la primera actitud ética de todas las que ha de estar presente en el equipo médico es la de la admiración puramente existencial ante ese ser humano debilitado que reclama una protección, un cuidado respetuosos. Aunque terapéuticamente o técnicamente pueda parecer un movimiento sutil o imperceptible se trata sin duda de la medida paliativa más prioritaria de las que se ha de empezar aplicar al enfermo: *mirarle con admiración*. Mirar humanamente el rostro de un moribundo constituye no solo en el tiempo una acción previa a todas las demás, sino que todas las subsiguientes intervenciones deberían verse moduladas por esos encuentros visuales que exigen penetración y detenimiento y que reprochan la rutina y la superficialidad. Esta primera condición o característica paliativa es del todo clave para que no se pervierta desde el inicio el pleno reconocimiento de lo verdaderamente humano presente en esa vida paupérrima de un valor inapreciable. La mirada natural explicita sin error el primero de los datos: el enfermo

es un ser humano vivo²⁷, y este dato se actualiza en cada encuentro, en cada visita, convirtiéndose en una exigencia a la libertad humana para que actúe con dignidad sobre él: «*La cara del otro se presenta con toda la carga de una llamada a mi libertad, para que lo acoja y cuide de él, para que aprecie todo el valor que él encierra en sí mismo y no en la medida en que pueda acomodarse a mi propio interés*»²⁸.

Por tanto la desviación bioética en esta atención médica y que tarde o temprano conduce a un conflicto se inaugura en el momento en que se decide dejar de contemplar el rostro humano del enfermo. La mirada desviada se va tornando insensiblemente miope porque la óptica natural humana viene suplantada por otra artificial utilitarista fundada en la belleza estética, en la calidad de vida, en la autogestión racional y en la fuerza. Tales propiedades cualitativas no son excluyentes de la configuración de lo humano pero tampoco exclusivas ni mucho menos determinantes para hacer dudar de la naturaleza y de la dignidad del sujeto enfermo que está muriéndose²⁹. En definitiva, la persistencia como actitud de ese tipo de contemplación deformada e interesada acaba desarraigando al enfermo de su status natural humano. Y esta defunción de la identidad humana aboca como resultado final a la eutanasia, puntilla que anula la vida digna

27 Cf. González, A.M., *En busca de la naturaleza perdida. Estudios de bioética fundamental*. EUNSA, Pamplona 2000, p. 168.

28 Ratzinger, J. *El cristiano en la crisis de Europa*. Ediciones cristiandad. Roma 2005. p. 62 (cf. cap. Derecho a la vida y Europa).

29 Cf. González, A.M., op.cit., pp. 154-155.

del moribundo. Y solo así con esa lógica invertida se entiende que este tipo de seres no sean humanos y sean mirados y tratados con la correspondiente inhumanidad es decir como seres *repugnantes*, una suerte de desechos de los que lo demás intentan desembarazarse.³⁰ Han de hacerse violencia para poder certificar que se trata de falsos humanos porque de lo contrario no podrían justificar éticamente su acción eliminativa.

En las antípodas de esta visión inicua y anti-natural se alza otra —natural— que extrae una indubitable verdad: la existencia real de naturaleza humana en el enfermo incurable. Esta verdad de orden físico y moral se aprehende con una mirada limpia y virtuosa sobre el enfermo. Provoca a la libertad humana para que esta decida salir de sí misma y dé espacio al otro en su estado de vulnerabilidad sin cerrarle la existencia. De esta manera la mirada ética se convierte en un erguido guardián que defiende inexpugnablemente la dignidad de lo humano enfermo y frágil protegiéndolo de ser reducido a simple cosa disponible para su eliminación³¹.

De todas formas el hombre mismo siempre será mucho más inabarcable de lo que la mirada humana pueda abarcarle. Por tanto en la contemplación de cualquiera de sus rostros la sola mirada no será capaz de agotar lo humano, porque siempre será mucho más grande.

3.2. Espacio y tiempo para escuchar

La admiración inicial como primera medida «paliativa» requiere por parte del médico, de la enfermera etc., pararse ante el enfermo, y pararse quiere decir tiempo. Correr, ir con prisas en paliativos es perjudicial para el enfermo: *anti-paliativo*. El enfermo es muy sensible a las prisas del equipo médico que no se detiene lo suficiente, y lo puede interpretar recelosamente como un *no les intereso mucho o debe ser que les he decepcionado cuando me han visto como estoy*³². Si hay un tratamiento paliativo eficaz ese es el tiempo, el tiempo real de dedicación del médico a escuchar. Y en este caso el instrumento paliativo o terapéutico más valioso es la *silla*³³. El enfermo terminal no solo reclama del médico, de la enfermera una inmediata reducción de sus dolores físicos. Esto es insuficiente porque no es lo único que debe tratarse con rapidez. En estos momentos lo que los pacientes esperan de sus cuidadores es que estos admitan el hecho de que ellos también son seres humanos, y por eso exclaman: «quiero que mi médico sea humano conmigo», y esto no puede ser un *optional deontológico*³⁴. Se trata de una tarea objetiva que no debe hacerse depender de una fijada e inflexible disponibilidad de tiempo aunque obviamente siempre exista una limitación temporal de dedicación. En cualquier caso este tipo de pacientes pueden requerir en ocasiones que los médicos se salten los cálculos temporales

30 De Hennezel, M., *La morte intime*. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 1996, p. 52.

31 Cf. Ratzinger, J. op.cit. p. 65.

32 Schmitt, Eric-Emmanuel, *Cartas a Dios*. Ediciones Destino, p. 6.

33 Cf. Schaefer, R., op.cit. p. 227.

34 Cf. Ibíd., pp. 226-227.

que marca el protocolo —si lo hubiera— de distribución de tiempo por enfermo. A veces la ligereza en la atención puede desvelar una falta clara de interés en el cuidado aunque algunos en su defensa esgriman el argumento del respeto a la intimidad del paciente como excusa para no entrometerse en su vida personal y no dedicarle más tiempo.

El enfermo de estas características solicita acompañamiento³⁵, pide que no se retire el cuidador y que se siente; le pide tiempo y silla pegada a la cama, y lo suplica como si se tratara de la medicina más eficaz para su sufrimiento actual. El equipo médico paliativo puede asumir con más profundidad y ser más consciente de la dignidad del enfermo si tiene tiempo para él, para mirarle, para permanecer a su lado en silencio, tiempo largo fundamentalmente para escucharle. Necesita desahogarse, expresar lo que piensa, manifestar sus últimos pensamientos y voluntades. Demanda apertura³⁶, crear espacios con tiempo para hablar sin ser interrumpido, sin que le corten las frases³⁷, demanda que se le oiga lo que piensa sobre la misma muerte.

La marcada necesidad afectiva de estos enfermos interpela al personal médico para que no trabajen solo con manos e instrumentos técnicos sino sobre todo a que pongan en funcionamiento el corazón y la mente. Han de aliviar y acompañar a

un ser humano igualmente con corazón y mente que en ese estado de miseria solo entiende el lenguaje humano cercano que da el hablar³⁸. Es muy reconfortante para el enfermo que pueda decir que al final de su vida ha encontrado personas que tenían tiempo para él, para escucharle: esto es compartir seriamente el dolor³⁹, auténtica compasión. Son actitudes médicas que constituyen uno de los núcleos de la medicina paliativa. Y de esta manera la actitud personal de escuchar, y de dar un apoyo emocional al paciente se convierte en el más ineludible de los compromisos para aquellos que decidan incorporarse a esta área médica, aunque por supuesto este tipo de compromiso sea extensible a cualquier área médica. Sin duda alguna la asunción de este exigente encargo requiere más de un aprendizaje, una formación y fortaleza humanas⁴⁰ que de sugestivas habilidades comunicativas o de brillantes conocimientos médicos, sin de ningún modo despreciar a estas cualidades.

3.3. Rescatarle su naturaleza y dignidad humanas

Aunque parezca abstracto y no pueda medirse bajo la racionalidad empírica de un protocolo, el equipo médico y la familia han de lograr con su atento cuidado devolver al enfermo la visión plena de su naturaleza, la seguridad sobre su humanidad ahora en crisis y desvigorizada.

35 Deschamps, P., *La mort à l'hôpital*, Project 1975: 98, pp. 924-933.

36 Saunders, C - Baines, M., *Living with Dying: A Guide to Palliative Care*, Oxford: Oxford Medical Publications 1983, p. 64.

37 Cf. Schaefer, R., op.cit. p. 227.

38 Zylicz, Z., op.cit, p. 250; Saunders, C., *Some Challenges that Face us*. Palliat Med. 1993, 7: pp. 77-83.

39 Idem., op.cit, p. 250.

40 García Baquero, M.T., op.cit. p. 54; cf. Du Boulay, S., *Cicely Saunders*. Ed. Palabra 2011, p. 61.

zada. Rescatarle lo humano y agarrarse a ello significa ayudarle a que relativice su imagen estética porque vale mucho más que su físico deformé. Se ha de lograr que no tenga asco de sí mismo. Y precisa que se le diga y se le confirme que ese cuerpo ahora en un estado inhabitable y que se le escapa, inservible para la ciencia y para el mundo, no es lo que único que posee su naturaleza humana, no es ni siquiera lo más esencial en él, porque hay algo que trasciende su materia corporal y que sí que ocupa la parte central. Necesita sentirse humano, vivo, y se le ha de asegurar que aunque su cuerpo no le funcione, por dentro rebosa de vitalidad y sentido⁴¹.

Al enfermo moribundo se le ha de transmitir con palabras contundentes que debe oír y con gestos evidentes que debe sentir, que: *me importas tú por ser tú, sin juzgarte, me importas por ser quién eres, donde estés, como estés, como seas y me importas hasta el último momento.* Así es cómo lo dictaba la doctora Saunders⁴². Creerse esto cada miembro del equipo integrado y multidisciplinar, y asumir este principio de *humanidad* es algo valiente y arduo en medio de una cultura —también biosanitaria— predominantemente utilitarista e individualista. Resulta difícil adoptar esta actitud «bioética» sin el adiestramiento de las virtudes humanas y morales⁴³. Y

41 García Baquero, M.T., op.cit. p. 54.

42 Ibíd., op.cit. p. 54; cf. Du Boulay, S., *Cicely Saunders*. Ed. 2011.

43 Cf. Pellegrino, ED., *The Recovery of Virtue in the professional Ethics of Medicine*, en *Le radici Della Bioética*, Vol. I, Elio Sgreccia & Gonzalo Miranda, (eds), Vita e Pensiero, Milano, 1998. Cf. Pellegrino, ED., - Thomasma, DC., *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York 1993.

por este motivo de nuevo se apela a las virtudes personales para poder alcanzar dos fines primordiales para los que solo el hombre virtuoso está capacitado. El primero de ellos reconocer en su esencia la naturaleza humana presente en cualquier sujeto humano independientemente de sus cualidades fisicomontales; y el segundo consistente en llevar a cabo la acción humana más benevolente que existe: acudir en socorro de la vida humana necesitada. Estas consecuencias prácticas se derivan del hecho de que las virtudes conforman los hábitos capaces de reconocer en uno mismo y en cada ser humano una *naturaleza teleologizada*, y en la medida en que la contemplan así, *teleologizada*⁴⁴ se disponen mejor a ayudar a esa naturaleza a alcanzar sus fines intrínsecos que se resumen en llegar a la vida lograda: a la felicidad. El médico, la enfermera y el familiar virtuosos se comportan ante el enfermo del modo más natural de los que existen porque actúan según su naturaleza, es decir a favor y no contra ella, con un fin. Cuidan de esa vida humana porque se trata de la vida de un ser humano querido por sí mismo que está destinado a ser feliz. Por tanto no aceptan que la plena dignidad del enfermo proceda de una naturaleza considerada como pura exterioridad o mero fenómeno biológico temporal, porque entonces se justificarían todos los actos manipuladores y eliminativos sobre ella. Al contrario fundamentan la dignidad en una naturaleza finalizada

44 Cf. González, A.M., *En busca de la naturaleza perdida. Estudios de bioética fundamental*. EUNSA, Pamplona 2000, p. 46.

suprabiológica a la que está inherida intrínsecamente.⁴⁵

Es un reto humano que se convierte para el médico en una tarea apasionante porque han de convencer al enfermo para que acepte en toda su radicalidad —si aún no lo ha hecho él mismo— la dignidad de su vulnerabilidad. Despertarle en su conciencia el incalculable valor que también ahora tiene su vida humana enferma y frágil. Lograr devolverle la confianza en su propia dignidad y hacerle sentir que su vida merece un respeto máximo significa que ni lo van a discriminar y ni mucho menos a eliminar⁴⁶. Y precisamente se le ha de transmitir que es por esa misma dignidad que posee su naturaleza viva por lo que se le va ayudar a mejorar en lo posible sus cualidades, cuidando de ella hasta el final⁴⁷. Esta actitud virtuosa —humanitaria— puede permitir más fácilmente al enfermo darle sentido a su estado doliente, y a aceptar sus condiciones naturales. Solo por el hecho de existir, como individuo —único e irrepetible de la familia humana— bastaría ya para tratarle con dignidad y acudir en su ayuda; solo por quién es, —una naturaleza humana total no parcial— y no por su mejor o peor estado físico sería suficiente para ser respetado, cuidado incondicionalmente. De hecho, para los especialistas en paliativos, este tipo de especialidad no debería sorprender su novedad porque se trata de cuidados

tan antiguos como la Humanidad. Es innato al ser humano — forma parte de su naturaleza teleologizada— el respeto universal por el otro⁴⁸, hasta el punto que los hombres pre-históricos heridos serían cuidados naturalmente por su entorno⁴⁹. De todas formas, la misma historia humana pondrá de manifiesto muy pronto que esta inclinación natural puede pervertirse incluso hasta en la propia medicina, apareciendo médicos, enfermeras desvirtuados y provocadores de la eliminación de esos enfermos.

Finalmente este proceso aventurero de rescatar lo humano del enfermo que muere puede culminar más felizmente si al re-teleologizar su existencia (recordar su naturaleza olvidada que no perdida) se logra acompañarle a re-descubrir el sentido último de su vida humana que quizás ha podido desfigurarse con el paso del tiempo⁵⁰ y que posiblemente desee reconducir. Cuando esto se conquista, no pocos enfermos descubren al final de la vida —en medio del sufrimiento— la existencia de una tendencia natural a la Trascendencia, que constituye el fin intrínseco especial inherente a la naturaleza humana por el que ser humano puede fundamentar la superioridad de su dignidad sobre el resto de seres vivos.

48 Aparisi, A., *Proyecto Genoma Humano e Ingeniería Genética: la perspectiva de la bioética*, en Vivir y Morir con dignidad, Eunsa, enero 2002, p. 86.

49 García Baquero, M.T., op.cit. p. 54; cf. Du Boulay, S., *Cicely Saunders*. Editorial Palabra 2011, p. 52.

50 Andorno, R., *Bioética y dignidad de la persona*. Tecnos, 1997, p. 164 y ss; Cf. Saunders, C., *Some Challenges that Face us*. Palliat Med. 1993, 7: p. 79.

45 Cf. Ibíd., pp. 40, 42, 45 y 136.

46 Sulmassy, D.P., *Death and human dignity*, Linacre Quart, 1994, 61(4), 27-36.

47 Cf. González, A.M., *En busca de la naturaleza perdida* op.cit, pp. 155 y 166.

Conclusión

Sin duda alguna lograr el rescate de lo humano de un moribundo es uno de los mayores logros que un médico y la propia medicina pueden alcanzar. Conseguir que el enfermo incurable viva con la máxima dignidad posible los últimos momentos de su vida es de una excelencia humana admirable porque es ayudar a vivir como ser humano al que va a morir, renunciando a provocar la muerte del que todavía vive. Y se trata de un logro completamente paradójico y desconcertante porque es asumir por parte de la ciencia médica que la enfermedad incurable y terminal tiene interés, tiene un interés superior que no se puede medir en beneficios objetivos de curación porque esta es ya inalcanzable, porque ya no hay lugar a la esperanza⁵¹. Es la gran nobleza de las profesiones relacionadas con la salud, el redescubrimiento de su vocación originaria: los débiles, los enfermos miserables, los desahuciados son importantes, son dignos para la medicina, sirven para la ciencia: son humanos absolutamente válidos.

La oferta bioética de los cuidados paliativos constituye sin duda una apuesta y una iniciativa específica que ayuda a cualificar la calidad moral de los profesionales de la medicina, y en definitiva también a la sociedad en la que conviven ese tipo de enfermos. Desde estas líneas se propone el relanzamiento y el desarrollo desde la medicina paliativa de una nueva cultura, una cultura de la vida humana que recupere el arrinconado escenario de las virtudes para aprender a convivir y acompañar al enfermo en su dolor. Solo así lograremos aliviarle su sufrimiento y facilitarle a la vez la humana tarea de ver en ese dolor una oportunidad para descubrir el sentido de su vida.

La recuperación del *ethos* médico a través de esta especialidad puede ayudar a reincorporar y a extender esta ética al resto de áreas médicosanitarias. Desde este ámbito específico de la medicina —trabajando en él— es más fácil aunar a otros muchos actores sociales en torno a un mismo concepto de naturaleza y dignidad humanas, y desde este trampolín alcanzar el respeto incondicional de la vida del hombre desde su origen hasta el final.

Recibido: 17.10.2011

Aceptado: 24.11.2011

51 Cf. Herranz, G., *Eutanasia y dignidad del morir*, en Vivir y Morir con dignidad, EUNSA, enero 2002, pp. 187-188.

