

ASIGNATURA DE LIBRE CONFIGURACIÓN CURRICULAR  
Curso 2008-2009

*“SUFRIMIENTO Y DOLOR EN  
MEDICINA PSICOSOMÁTICA”*

*CONFERENCIA INAUGURAL  
22-X-2008*

## **INTRODUCCIÓN.**

Hace más de dos meses, el director del curso, mi buen amigo el Dr. Don Manuel Álvarez, me encargó la preparación de una charla sobre sufrimiento y dolor, desde la perspectiva del médico, recalcándome que lo enfocase de mi punto de vista personal, o lo que es igual, desde mis propias vivencias.

Me sentí honrado pero he de confesar que pequé de iluso. El tema aparte de interesante pensé que era fácil. En una primera impresión sólo se trataba de seleccionar de entre los muchos momentos vividos a lo largo de mi trayectoria profesional y enumerar una serie de batallitas, (entre comillas) unas veces ganadas y otras tantas perdidas.

Pero pronto aparecieron las dudas.

Me pregunté si sería capaz de dar una interpretación adecuada a determinados hechos, sacar conclusiones de concretos sufrimientos.

Pensé que las vivencias son algo muy personal, y que sería más propio, más adecuado, manifestar cómo me han podido afectar y cómo han llegado a moldear mi forma de pensar.

Decidí que el objeto de mi charla fuese transmitir la visión de un médico asistencial, quirúrgico, desde una perspectiva humana, humanitaria y humanística, que como tal ha sufrido y que ha sido testigo de múltiples sufrimientos.

Temí ser demasiado crítico en mis apreciaciones e incluso me llegó a preocupar el tono que pudiese dar a mis palabras.

En la primera mitad de la década de los cincuenta comencé los estudios de medicina y durante los siete años que duraba la carrera, tuve que adquirir un sin fin de conocimientos sobre como era el cuerpo humano, como funcionaba normalmente, que causas alteraban su normalidad, que alteraciones orgánicas y funcionales se producían, como se manifestaban clínicamente, en que grado afectaban al organismo y cuales eran los remedios para conseguir la curación, o la vuelta a la normalidad y en muchos casos, como desenlace final, la muerte. Aprendí algo sobre enfermedades mentales, sobre medicina legal, y sobre los avances de la medicina a lo largo de la historia.

También tuve que aprobar una asignatura que no sólo yo, sino también mis compañeros, la considerábamos como una infiltrada, la Psicología, quizás porque el profesor Arellano no era médico, y sí catedrático de Filosofía y Letras. Entre sus lecciones magistrales recuerdo dos: Por qué llora el niño, y cuando se está más cerca de Dios, en la alegría o en la tristeza. Pero lo cierto es que aprendí poco sobre el sufrimiento.

Poco después escuché una frase al Profesor Díaz Rubio: La medicina se aprende en las aulas y en los libros, pero en las salas, junto a la cabecera del enfermo, en las consultas y hasta en los pasillos de la Facultad se aprende a ser médicos.

No eran suficientes, al parecer, las lecciones teórico-práctica programadas, hacía falta la figura del maestro, como punto de referencia de cómo proceder, de cómo aplicar los conocimientos adquiridos y sobre todo como actuar no sólo ante una enfermedad, sino ante una persona portadora de una gran carga emocional.

No obstante, si tuviésemos que escribir nuestro currículum, haríamos referencia a nuestros trabajos publicados, nuestras intervenciones realizadas, nuestros aciertos, la valoración sobre nuestra actuación por otros profesionales, nuestras oposiciones. El currículum, es en cierto modo como el medallero de nuestra actuación profesional. Sólo habla de nosotros, y aún más incluso recordamos a los enfermos, relacionándolos con un diagnóstico o con una intervención afortunada, o tal vez un postoperatorio tormentoso.

Sin embargo, no es habitual encontrar en la historia clínica referencias al sufrimiento, a lo sumo alguna mención al estado de ánimo, cuadro depresivo, o petición en la consulta con el servicio de Psiquiatría. Esto no quiere decir que el médico sea insensible a lo que pasa por la mente del enfermo. El médico acompaña a su paciente en el sufrimiento, trata de aliviarlo y al mismo tiempo sufre pensando que no siempre su colaboración es la adecuada.

Si aparece en nuestras historias la palabra dolor.

## **SUFRIMIENTO Y DOLOR**

Dolor y sufrimiento son compañeros inseparables a lo largo de la vida. En el sentir popular ambos términos llegan a ser ambiguos por lo que en ocasiones se usan inadecuadamente. El cante de nuestros pueblos (por ejemplo) llama frecuentemente dolor a lo que es sufrimiento, quizás por que ambos van unidos, ya que no existe dolor sin sufrimiento.

Se define el dolor como una sensación aflictiva que afecta a nuestro cuerpo de una forma localizada o irradiada pero definida. Es una sensopercepción corporal, un fenómeno neurológico.

En muchas ocasiones el médico tiene en el dolor un importante aliado, una alarma, aunque no la única, con la que puede, llegar a un diagnóstico, que permita eliminar la causa. Me refiero naturalmente al dolor como síntoma, al dolor agudo, que tiene unas características especiales, como son su localización precisa, su carácter episódico, que se puede controlar fácilmente con un tratamiento adecuado y que por lo general no crea un gran sufrimiento. Contrariamente, el dolor crónico es menos focal, menos localizado y siempre se acompaña de un gran sufrimiento. Ya no es el síntoma que nos orienta, es en sí mismo la enfermedad que no deja vivir. El Profesor Díaz Rubio hablaba del tono afectivo del dolor, refiriéndose entre otros al del infarto de miocardio y al de la tortura. Es el dolor asociado a la sensación de muerte inminente.

Pero cualquier tipo de dolor genera una serie de vivencias:

- 1) Perturba nuestra vida, generando un malestar.
- 2) Limita nuestras posibilidades de acción. En cierto modo nos acobarda.
- 3) Nos alerta de que nuestra salud esta en peligro.
- 4) Nos hace sentir nuestro cuerpo, algo silente en la salud.
- 5) Nos transforma, hace que nos sintamos diferentes, viendo nuestra realidad de otra manera y desplazándonos de lo cotidiano.
- 6) Nos aísla socialmente, nos produce soledad y nos aleja de la convivencia.
- 7) Nos hace dependientes, reclamando compresión y ayuda.
- 8) Puede generar sentimientos múltiples, entre ellos la ansiedad, la rebeldía, la ira y la resignación.
- 9) Nos crea la necesidad de interpretarlo, de darle un significado.

Pero el significado del dolor ha cambiado a lo largo de nuestra historia.

En culturas muy antiguas se atribuían a la posesión del cuerpo por espíritus o demonios, ante el abandono de los dioses.

En la cultura asirio-babilónica se incorpora la noción del castigo.

La cultura griega reemplaza la culpa por el azar, atribuyendo el dolor a la a desarmonía de los componentes de la naturaleza.

El estoicismo concibe el dolor como un desafío de la naturaleza que el hombre debe saber afrontar con grandeza espiritual.

Para el cristianismo el dolor es una prueba y una expiación, es algo que nos enriquece espiritualmente. La resistencia heroica al dolor engrandece y santifica.

Pero no sólo el hombre siente dolor, también los animales.

Contrariamente el sufrimiento, el dolor del alma, es algo exclusivamente humano. El sufrir es una vivencia psíquica que genera inquietud. Es un sentimiento que aflige psicológica y espiritualmente, que limita, rebelde a cualquier tratamiento y que genera pena, ansiedad, angustia, tristeza, melancolía, soledad, temor, depresión y desesperación.

Por el sufrimiento el hombre se adentra en sí mismo, se pregunta y analiza su propia realidad. Es algo que no se desea, que altera nuestra vida y que dificulta nuestra capacidad de reacción. Es un sentimiento negativo, que a veces nos marca el camino para el conocimiento de nosotros mismos. Alguien llegó a decir “yo soy mi sufrimiento”.

Otra característica del sufrimiento es que suele dejar huella más o menos profunda. Algunos se olvidan o se ocultan en el subconsciente, otros se archivan en la memoria y nos atrapan de por vida.

No es el dolor la única causa de sufrimiento. Se sufre por muchas cosas: pérdidas de seres queridos, amores no conseguidos o amores perdidos, por celos, por traiciones, por engaños y desengaños, por hambre y pobreza, por fracasos, por desilusiones, por injusticias. También se sufre por el sufrimiento de otros, aunque el mayor de los sufrimientos es el que gira en torno a la muerte.

Resumiendo podemos decir que el dolor físico es de carácter estrictamente somático, se manifiesta con una localización definida, transmite un sentimiento de apropiación corporal, es como algo que tenemos, pero no como algo que somos. Contrariamente el sufrimiento es un dolor moral, esencialmente espiritual y psicológico, no tiene una localización definida, sino que afecta a todo nuestro ser, es una posesión, tiene un sentido de trascendencia y se caracteriza por una sensación de vacío o de carencia. Es algo individual, personal, no es medible ni comparable, es algo propio que afecta a todo nuestro ser.

Sin embargo a pesar de su diferenciación existen amplias relaciones entre ambos. El dolor, fundamentalmente el dolor crónico es una de las más frecuentes causas de sufrimiento y de igual manera el dolor del alma, el sufrimiento, puede desencadenar síndromes dolorosos en una lógica simbiosis psicósomática.

He sacado del baúl de mis recuerdos situaciones repletas de dolor y de sufrimiento. La más impactante se remonta a los años cuarenta, a la década del hambre. Presencié varias defunciones en plena calle, tenía pocos años y aún recuerdo las características de los enfermos terminales que vi: caras enjutas, ojos hundidos, nariz afilada, pómulos y costillar prominentes, edemas de miembros inferiores y abdomen con ulceraciones que destilaban abundante líquido de olor nauseabundo. Años después siendo estudiante de patología comprendí lo que eran los edemas de hambre, por hipoproteinemia. Aún hoy, si me paro a pensar puedo imaginarme todo un compendio de dolor y sufrimiento: dolor de hambre, dolor por las ulceraciones, dolor provocado por la misma caída que precedió a las muertes, sufrimiento por los dolores, sufrimiento por la angustia de suplicar un mendrugo de pan momentos antes de la muerte, sufrimiento por el desamparo en que podían quedar sus hijos, y por las humillaciones recibidas, por la desatención, por el lugar por el que le sorprendía la muerte, por el espectáculo que suponía esta forma de morir.

Allá por los años cincuenta, siendo estudiante de medicina, las muertes por hemoptisis, por tuberculosis pulmonar. La anemia aguda, la disnea, el ahogarse en su propia sangre.

Aquellas intervenciones “a vida o muerte”, que tantas vidas salvaron (el cólico miserere, la hernia estrangulada).

Y dos casos muy concretos:

Una cesárea postmortem. Una mujer joven, consciente, muere sufriendo por no poder ver a su hijo, que nació vivo.

Un matrimonio “in articulum mortis” a principios de los años setenta. Se trataba de una enferma de veintitrés años que operé en la clínica M<sup>a</sup> Auxiliadora de un carcinoma lobulillar de mama. Por aquel entonces practicábamos la mastectomía radical ampliada según técnica de Halsted, técnica muy agresiva y mutilante y posteriormente radioterapia. No existían los tratamientos quimioterápicos. Se le propuso una mastectomía simple contralateral para prevenir metástasis pero no aceptó. Un año después apareció un nuevo tumor en la otra mama y metástasis pulmonares.

Tanto la enferma como su novio manifestaron su deseo de casarse sin que mediara ningún otro tipo de interés, muriendo la enferma, ya casada, dos días después.

Han pasado casi cuarenta años y aún hoy no he olvidado aquella situación. Lo recuerdo como la mezcla agrídulce por la muerte inminente y un gran amor que se percibía por cómplices miradas por unas manos entrelazadas, transmitiendo un querer alargar el tiempo de permanencia juntos, un “no te vayas todavía”.

Afortunadamente las circunstancias han cambiado en los últimos años, son otras las formas de vivir, otras las formas de enfermar y también otras las formas de atender al moribundo.

Se ha logrado una asistencia sanitaria global, se ha avanzado en medios diagnósticos, en tratamientos, se han creado unidades de cuidados intensivos, han avanzado las técnicas anestésicas, se puede controlar el dolor y todos los demás síntomas en las unidades de cuidados paliativos.

Pero de la misma forma que la medicina ha cambiado, ha evolucionado buscando nuevos medios y remedios para el tratamiento de la enfermedad, también ha cambiado la forma de aliviar el sufrimiento generado en torno a la muerte.

Con la mejor de las intenciones durante años empleamos tácticas inadecuadas, pero gracias a los avances en el terreno de la Psicología pudimos corregir errores y dar un nuevo enfoque. Ya no es válida la ocultación de la verdad, “la mentira piadosa” para no agravar el sufrimiento. Hasta la presencia del sacerdote en ocasiones no era bien vista por los familiares. A pesar de ello no siempre conseguíamos nuestro propósito ya que por el progresivo deterioro y por pequeños detalles el enfermo sabía de la proximidad de su muerte. Recuerdo el caso de un enfermo, viudo y sin hijos, adinerado, muy conocido en nuestra Sevilla. Estando próximo a su muerte fueron muchos los familiares que lo visitaron y me llegó a comentar: Don Mateo, muchos cuervos veo yo por aquí.

Hoy es preceptivo decir abiertamente la cruda realidad y a partir de ella construir un camino hacia la aceptación de lo inevitable.

Pero no sólo los médicos nos hemos equivocado. Las diferentes culturas han pretendido en ocasiones suprimir el sufrimiento poniendo fin a la vida.

Dadas las circunstancias que se avecinan y aun corriendo el riesgo de ser tachado de oportunista, quiero comentar en lo que queda de mi exposición lo que considero, desde mis convicciones, la más antinatural, antiética e inmoral solución al sufrimiento generado por la muerte.

## MUERTE DIGNA

Si hacemos un repaso, breve por imperativos de tiempo, a la historia de la humanidad observaremos que la Eutanasia ha planteado un amplio debate social a lo largo de los siglos.

Con la intención de paliar la angustia generada por la muerte, evitar el sufrimiento y conseguir el bien morir, cada cultura utilizó diversos ritos, que van desde la aplicación de concentraciones letales de hierbas con alto contenido en estricnina, curare y opio, a la congelación, a la lapidación, al despeñamiento o a la asfixia por humo.

Con el nacimiento de la medicina científica en Grecia a esta mentalidad ritualizadora se une la mentalidad medicalizadora.

Si en aquella los ritos culturales pasaban con el tiempo a ser asimilados por la propia sociedad como hechos naturales, en esta la función del médico era diferenciar a los enfermos curables de cuerpo y de alma, de los incurables, quienes al no poder cumplir una misión social no serían dignos de una ciudad perfecta.

Tal teoría fue compartida por Platón, quien aseguraba que la ciudad perfecta ha de estar compuesta por hombres sanos y añadía que en ella no tenían cabida los médicos.

En Roma la Eutanasia se empleó desde los tiempos de Augusto, significando el acto de morir pacíficamente y el arte médico de lograrlo.

Plinio el Viejo y Séneca llegaron a confeccionar unas listas de enfermedades en la que los médicos podían acelerar la muerte.

Averroes define el papel del médico como el encargado de matizar quién tiene una enfermedad curable de quien no la tiene. El segundo se dejará morir aunque existiese la posibilidad de prolongar la vida con medicamentos.

Hasta 1810 en Francia se trataba a los enfermos de rabia con la sangría suelta hasta provocar la muerte.

En 1820 Karl Friedrich Marx sugiere que los médicos deben aprender la ciencia de la Eutanasia, ya que no son capaces de dar a sus enfermos la Atanasia, o sea, la inmortalidad.

En una tercera mentalidad, la autonomizadora, entramos en una época en que la propia sociedad como colectivo empieza a tener en cuenta la voluntad del paciente.

Ante el temor al dolor, al agotamiento, a la pérdida de la movilidad física, a la no capacidad para cuidar de sí mismos y a la no aptitud para entablar relaciones interpersonales, podríamos preguntarnos si hay posibilidad de dar una respuesta positiva a quién desea morir y pide ayuda para hacerlo.

Adolf Jost en 1895 sostiene que el control de la muerte de los individuos sería responsabilidad del Estado con la finalidad de mantener una sana organización social.

Karl Binding y Alfreo Hoche en 1920 en su obra "El permiso para destruir las vidas carentes de valor vital" dice que se podría provocar la muerte del enfermo incurable en base a su nula aportación a la sociedad y a los tremendos costes económicos. Argumentan los mencionados autores que tales hechos no serían constitutivos de delitos, quedando el médico libre de toda responsabilidad por tratarse de una acción compasible y provechosa, acorde con la ética médica.

Tales ideas tuvieron una amplia aceptación en Alemania, lo que en cierto modo explica la colaboración activa del colectivo médico durante el período nazi en los programas de exterminio.

El abogado Luis Kutner en 1967 presenta lo que se conoce como Testamento Vital.

El Derecho Romano ya adoptaba la figura jurídica del consentimiento.

El Digesto de Justiniano decía: el consentimiento del acto invalida la existencia de delito.

Las aportaciones de Kutner tienen amplia repercusión en el programado cambio de mentalidad del siglo xx y principios del actual.

En la sociedad se suscitó el debate sobre el derecho a morir dignamente y sobre la autonomía de los pacientes para poder decidir, en situaciones límite, sobre el destino de su propia vida. En la última década, se ha revitalizado el debate en nuestra sociedad, llevando a diferentes colectivos y asociaciones a solicitar de los poderes públicos un marco regulador más abierto y comprensivo con las situaciones de determinados pacientes graves o terminales que no quieren alargar su vida a expensas de prolongar su sufrimiento.

Fruto de este debate, en el plano legislativo es "El Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano", suscrito en Oviedo el 4 de Abril de 1997 y que entró en vigor para España el 1 de Enero de 2000.

Es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben.

En España, en el desarrollo del Convenio de Oviedo, las Comunidades Autónomas han promulgado en el marco de sus competencias leyes reguladoras de las declaraciones de Voluntades Anticipadas.

Los Juristas opinan que estas normas son constitucionales y se adecuan a la legislación sobre la materia y en ellas, se consideraran no dadas las instrucciones contrarias al Ordenamiento Jurídico.

La Iglesia Católica se pronuncia en las siguientes formas:

-Declara la no licitud de determinados medios, cuando los resultados no corresponden a las expectativas puestos en ellos.

-No pretende una prolongación de la vida a ultranza, pero sí defiende de forma apasionada la vida humana sin consideraciones ni excepciones.

-Admite, basándose en el principio moral del doble efecto, la legitimidad del recurso de calmantes, aunque su administración pudiera ocasionar indirectamente un acortamiento de la vida.

Desde el punto de vista médico, en tanto el documento sólo pretenda evitar el ensañamiento terapéutico es totalmente admisible.

No obstante esta ley no está exenta de peligros. La simple aprobación de una ley encaminada a evitar el ensañamiento terapéutico puede acarrear el descontrol por el principio del plano inclinado o el indeseado efecto de rotura del dique fisurado.

Fredric Wertham en su libro “Una señal para Caín” reproduce una frase de Christoph Hufeland: si un doctor se toma la libertad de tener en cuenta si una vida humana tiene valor o no, las consecuencias son ilimitadas, y el médico se convierte en el hombre más peligroso del Estado.

Leo Alexander, psiquiatra del Ministerio de la Guerra en los procesos de Nuremberg a los médicos nazis en su obra “La ciencia médica bajo una dictadura (1949)” advierte que lo que en un principio se programó para lo enfermos crónicos y graves, gradualmente se amplió para los que no producían en la sociedad, los ideológicamente no deseados y por último los que no eran alemanes. Y termina diciendo: recemos a Dios para que ayude a los médicos y nunca se dejen engañar por el canto de sirena de matar racionalmente.

Dijo Virgilio: “nimium ne crede colori”, no te fíes mucho del brillo de tu pelo, lo que viene a significar, no te fíes de las apariencias. Lo aprobado es como el viento que precede a la tormenta, cuando en el horizonte otean los negros nubarrones de futuras reformas.

Detecto en las últimas décadas una sucesión de hechos, que pueden ser casuales, pero que me hacen pensar:

- 1) El desarrollo de la Ley de voluntades anticipadas por las diferentes comunidades autónomas.
- 2) A través de los medios de difusión se han mostrado reiteradamente las más impactantes imágenes del sufrimiento en torno a la muerte, se han multiplicado los debates alusivos a citado sufrimiento y se ha intentado inculcar la panacea de la muerte digna. Hemos sido testigos de la manipulación del sufrimiento.
- 3) Se ha hecho uso de una terminología impropia de una sociedad aconfesional, con hostil tendencia laicista y basada en el principio de solidaridad, a pesar de lo cual se habla de compasión, de indulgencia, de clemencia, de caridad y de piedad, términos todos ellos de la moral católica. A mi entender es un eufemismo que me recuerda cuando se nos quiere vender algo no autentico con el logotipo de una marca de prestigio, o cuando en la Edad Media al puñal corto se le llamaba misericordia.
- 4) Se ha manipulado la imagen del médico ante la sociedad. Se ha manchado su merecida autoridad. La valoración del médico a través de la historia ha sido cambiante. Condenado a mutilaciones por no lograr la salud por el código Hanmurabi, obligado a actuar por mandato en las culturas Griega y Romana, objeto de mofa en la Edad Media (el matasano), sacralizado en el siglo XIX y primera mitad del XX, amenazado de cárcel por el régimen anterior. Desde hace pocos años, el médico desacralizado, obligado a realizar tareas no propias de su profesión, desposeído por conveniencia de su autoridad, mal remunerado, agobiado por la masificación, responsable ante sus enfermos de las tardanzas y deficiencias del sistema, valorado por criterios de productividad y rentabilidad, atemorizado por las denuncias, agredido en ocasiones, pretendidamente espiado por cámaras y por último obligado a actuar por ley, está sujeto, como cualquier otro ser humano a la ley, tanto en lo personal como en lo estrictamente profesional, siempre que su

- actuación sea constitutiva de falta o de delito, pero su proceder está en la frontera de lo justo y de lo lícito. El médico solo es esclavo de su conciencia.
- 5) Se ha aprobado la ley de dependencia, que aunque ahora existen dificultades económicas para su aplicación ha permitido pensar a las personas menos productivas y a la vez más necesitadas de cuidados.
  - 6) Se ha acusado al colectivo médico de ensañamiento terapéutico, lo que según el diccionario jurídico consiste en ocasionar intencionadamente a la víctima un sufrimiento mayor que el necesario para cometer el delito, lo que determina la agravación de la pena. Es por tanto una figura jurídica regulada en el Código Penal de 1995 que tipifica de forma singular una conducta delictiva (art. 139.3) o se utiliza como agravante de una conducta tipificada (art. 22.5) en otras palabras el ensañamiento convierte el homicidio en asesinato. Pero además ensañarse es deleitarse en causar a la víctima ya vencida o al enemigo ya vencido un mayor dolor prolongando la agonía. Todo ello es contrario al principio ético “primum non nocere”. No conozco casos de ensañamiento terapéutico a lo largo de mi ejercicio profesional, ni tan siquiera en los últimos nueve años, en que por designación de la Junta Directiva del Colegio he realizado la instrucción de los expedientes disciplinarios. No se ha presentado denuncia alguna ante las Comisiones Deontológicas de este Colegio, del Consejo Andaluz de Colegios Médicos, ni de la Organización Médica Colegial de España. Tampoco tienen conocimiento de casos de ensañamiento terapéuticos los servicios jurídicos colegiales. Sólo conozco por referencias los casos de Franco, de Bumedián, de Tito y de Mao, donde se alargó innecesariamente la agonía por intereses e imperativos políticos.
  - 7) Se están poniendo todo tipo de trabas a la colegiación y a veces se nos acusa de corporativismo. No se tiene en cuenta que su razón fundacional fue la defensa de los principios éticos, por lo que sospecho que se intenta suprimir los obstáculos para la legalización de la eutanasia y otras actuaciones contrarias a tales principios.
  - 8) En fecha reciente se ha divulgado el anteproyecto de la Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, de la que destaco los siguientes párrafos:
    - a) En caso de que el paciente se halle en situación de incapacidad de hecho el profesional procederá obligatoriamente a la consulta directa del Registro de Voluntades Vitales anticipadas de Andalucía.
    - b) Los profesionales sanitarios tienen la obligación de respetar los valores e instrucciones contenidas en la declaración de voluntad vital anticipada.
    - c) Las infracciones señaladas serán sancionadas económicamente desde 2000 a 1.000.000 de euros.
    - d) Sin perjuicio de la sanción económica el Consejo de Gobierno podrá acordar la revocación de la autorización concedida para la actividad de que se trate.
    - e) El ejercicio de la potestad sancionadora corresponderá a los órganos de la Consejería competente en materia de salud, sin perjuicio de la competencia atribuida al Consejo de Gobierno. Se intenta bajo amenaza legalizar el suicidio asistido.

He llegado a pensar que la aparición de la ética médica pudiera ser considerada como la primera revolución de la historia de la humanidad, porque supone la defensa de los sectores más desfavorecidos contra las decisiones de los poderes establecidos.

Es una ética inconformista, defensiva y a la vez protectora de los más débiles, de los que no tienen derecho a vivir en la ciudad perfecta.

Es una ética que se rebela contra las normas, es un freno a las decisiones políticas más pendientes del bien de la colectividad para lo cual no tiene reparo en eliminar al enfermo, al discapacitado, al poco útil, al no productivo y al socialmente dependiente.

Es una ética que defiende los derechos del individuo y los antepone a los intereses de la colectividad.

Es una ética valiente y desinteresada con una gran carga de espiritualidad.

Es una ética que defiende el derecho a la vida y que reconoce su no competencia para decidir el momento de la muerte y que prohíbe tajantemente provocar no sólo la muerte sino también cualquier tipo de daño.

Estamos en una situación de reticencia, consistente en el hecho de que no se manifiesta abiertamente la intención, lo que permite una gran libertad de acción; en tanto que la intención misma, una vez declarada, cobra carácter de cosa establecida.

Pienso que se ha abonado el terreno para cambios venideros, para la legalización de la Eutanasia.

A mi juicio, se está esparciendo, la semilla de un cambio de mentalidad, la mentalidad politizadora.

Vamos camino de un cambio cultural y de una orquestada degradación ética, que rompe con los valores tradicionales, que aprovecha en su favor cuantos argumentos han sonado en la historia en pro de la Eutanasia. Pretende fundamentarse en la mentalidad autonomizadora (los derechos del paciente). Asume la mentalidad medicalizadora, tratando de convertir al médico en el brazo armado de conveniencias políticas y económicas. Confía, basándose en la mentalidad ritualizadora, en que el rito cultural, los casos ejemplarizantes mediáticamente manipulados, sean asimilados por la propia sociedad como hechos naturales.

A la opinión pública, encauzada y manipulada en nombre del progreso, se le ha inducido a que pierda la facultad de pensar, lo que parece arrancado del número XIII de “Los Protocolos de los Sabios Ancianos de Sión”.

El colectivo médico fundamenta su autoridad en su proceder a lo largo de la historia.

Los consejos de Esculapio que se consideran como el primer código de moral profesional médica, el pensamiento científico de Almeon de Crotona, el Juramento de Hipócrates, el Tratado del Médico y el Tratado sobre la Decencia (pertenecientes al Corpus Hipocráticum, el Libro de Asaf, la plegaria del Médico de Maimónides coinciden en su compromiso de no tratar de enfermar a nadie, hacer el bien, velar sobre la vida y la muerte de las criaturas, aliviar el sufrimiento y no provocar la muerte. La Asociación Médica Mundial, el Comité Permanente de Médicos de la Comunidad Económica, la Guía Ética Médica Europea, el Código Internacional de Ética coinciden en que el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente incluso a petición de este o de sus familiares próximos es contrario a la ética, que el suicidio asistido es contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica, que el médico no puede en su relación con cada paciente hacer prevalecer los intereses de la sociedad sobre los del individuo, que los médicos no pueden adherirse a ciegas a las decisiones económicas y políticas que tomen los poderes públicos, que en caso de enfermedad incurable y terminal el médico puede limitarse a aliviar los sufrimientos del paciente pero es imperativo atender al moribundo hasta el final y actuar de modo que le permita conservar su dignidad.

La Ética Médica y la Moral Cristiana en nuestra cultura guardan un alto paralelismo.

Sin embargo, Alfons Auer en su obra “Ética y Medicina” afirma que los médicos no necesitan de la revelación para trazar una Ética Médica. La Deontología Médica es autónoma, es la suma de aquellas obligaciones que resultan de la relación médico-enfermo. Es por tanto una Ética Humana, una Ética de convivencia, regulada objetivamente y fruto de una experiencia de muchos siglos.

Por tratarse de un documento político acorde con la Ética Médica, menciono los acuerdos de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa de la que es miembro España, que en la resolución 1418 de 25 de junio de 1999 se afirma que la vocación del Consejo de Europa es proteger la dignidad de todos los seres humanos y los derechos que nacen de ella. La obligación de respetar y proteger la dignidad de estas personas deriva de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida. Esta tarea debe llevarse a cabo en beneficio de los miembros más vulnerables de la sociedad. De la misma forma que el ser humano comienza su vida en la debilidad y la dependencia, necesita protección y apoyo al morir.

Continúa el citado documento diciendo que los Derechos Fundamentales que se derivan de la dignidad del paciente terminal o moribundo se ven amenazados por diversos factores:

1. Las dificultades de acceso a los cuidados paliativos.
2. La falta de tratamiento del sufrimiento físico y de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales.
3. El temor de los pacientes a convertirse en una carga familiar.
4. La insuficiente asignación de financiación y recursos para la asistencia y apoyo de los enfermos terminales.

La Asamblea recomienda a los Estados Miembros que su derecho interno incorpore la protección legal y social necesaria contra estas amenazas, al igual que el Comité de Ministros inste a los Estados Miembros del Consejo de Europa a respetar y proteger la dignidad de los enfermos terminales o moribundos:

1. Protegiendo el derecho de todos los enfermos terminales a los cuidados paliativos integrales y contando con organizaciones y equipos de asistencia ambulatoria, que aseguren la atención paliativa a domicilio en los casos en que esté indicada, por ser un derecho legal e individual en todos los Estados Miembros. Recomienda además que los cuidados paliativos se asienten en la conciencia pública como un objetivo principal de la medicina.

2. Protegiendo el derecho de las personas en fase terminal a la autodeterminación, asegurando que se respetará el rechazo a un tratamiento específico recogido en el Testamento Vital, pero debiéndose definir criterios de validez sobre la coherencia de tales directivas.

3. Respaldo la prohibición de poner fin a la vida intencionadamente al tiempo que se adopta las medidas necesarias para:

a) Reconocer que el derecho a la vida es garantizado por los Estados Miembros, de acuerdo con el Art. 2 de la Convención Europea de Derechos Humanos, según la cual “nadie será privado de su vida intencionadamente”.

b) Reconocer que el deseo de morir no genera el derecho de morir a manos de un tercero.

c) Reconocer que el deseo de morir de un enfermo terminal no constituye una justificación legal para acciones dirigidas a poner fin a su vida.

A la vista de mis vivencias, habiendo sido testigo de múltiples sufrimientos, de muchas maneras de percibir la forma de morir, y con la enseñanza que nos da la historia, mis decisiones serían:

1- Respetar los derechos del moribundo:

-No sufrir inútilmente.

-Respeto a su libertad de conciencia.

-Conocer la verdad de la situación.

-Respetar la capacidad de decidir por sí mismo.

-Tener diálogo confiado en su médico y su familia.

-Recibir asistencia espiritual y religiosa.

-Renunciar a prácticas y medios desproporcionados que no resuelvan su enfermedad de fondo.

2- No a la Eutanasia.

3- No al suicidio asistido.

4- No al ensañamiento terapéutico.

5- No omitir la prestación básica de soporte vital, salvo deseo del paciente.

6- Sí a la administración de analgésicos.

En fecha reciente Solzhenitsin dice que una sociedad que carece de una escala legal objetiva es terrible, pero que una organización humana fundamentada sólo en la letra de la Ley termina adulterando el sentido originario de los derechos humanos, interpretándolos y manipulándolos hasta su desnaturalización, sometiendo la letra de la Ley a coyunturales intereses y conveniencias enmascaradas bajo el disfraz de una mayor conquista de libertad, una libertad irresponsable y destructiva que conduce al abismo de la decadencia humana. La autonomía del hombre respecto a cualquier fuerza superior se impone como dogma político.

Anuncia proféticamente la emergencia de una conciencia desespiritualizada que hace del hombre imperfecto, con todo su equipaje de crueldad, egoísmo, vanidad y orgullo, la medida de todas las cosas.

Y continua: hemos puesto demasiada esperanza en las reformas políticas y sociales y sólo para darnos cuenta que hemos sido privados de nuestra posesión más valiosa, nuestra vida espiritual.

Nicolás Sarkozy presidente de la República Francesa, en su discurso de bienvenida al Papa dijo en fecha reciente: el sufrimiento ya sea por causa de la enfermedad, del hándicap, de la desesperación, de la muerte o simplemente del mal, es una de las preguntas fundamentales que la vida plantea a la fé o a la esperanza humana.

Pero por su capacidad para afrontar el sufrimiento, para superarlo y para transformarlo, el hombre da también, a los creyentes como a los no creyentes, un signo tangible, una prueba evidente de su dignidad.

Es porque existe el sufrimiento y la capacidad de superar por lo que el hombre manifiesta su dignidad.

A nosotros, responsables políticos, nos incumbe protegerla cada día más, desafiando las presiones económicas y superando las incertidumbres políticas, en el respeto a la libertad de conciencia.

El deseo de espiritualidad no es un peligro para la democracia y para laicidad.

El Doctor Moreno Nogueira, presidente del comité técnico de la AECC en Sevilla, publica en ABC un interesantísimo artículo: la humanización de la muerte vista por un oncólogo.

Destaco de su amplio contenido las siguientes frases:

- 1.- El reconocimiento de la Eutanasia sería legalizar una injusticia.
- 2.- La alternativa a la Eutanasia es la humanización de la muerte, ayudar al enfermo a vivir lo mejor posible el último periodo de su vida.
- 3.- Sería un fracaso tener que admitir la Eutanasia o el suicidio asistido como la mejor alternativa al control del sufrimiento.
- 4.- La eliminación del que sufre no puede ser nunca humanitaria ni respetuosa con la dignidad humana.

Pienso que nuestro código ético nos inculca que apostemos por la vida, nuestra conciencia tanto personal como colectiva tiene su base cuando menos en la ley natural, es fruto de nuestras vivencias y norma de una cultura milenaria. Los médicos queremos actuar no sólo bajo los imperativos de nuestra conciencia y al amparo de nuestro código ético, sino también dentro de un marco legal que sea sensato y en el que la ley no sea un obstáculo para la práctica de nuestras funciones. Queremos una cultura con leyes que marquen las directrices para paliar el sufrimiento, que adecuen las circunstancias necesarias para vivir dignamente el último tramo de la vida, que no frenen ni aceleren el trance de la muerte, que no intenten manipular lo biológicamente irreparable. Queremos una sociedad en la que cada estamento sepa delimitar sus funciones, “al Cesar lo que es del Cesar y a Dios lo que es de Dios”. La muerte es consecuencia de los imperativos de la naturaleza o de los designios de Dios según las creencias. No es competencia de la sociedad y mucho menos de un sector de la sociedad decir quien tiene que morir, cuando y como tiene que morir no sólo por la enfermedad o la dependencia sino por cualquier otro tipo de razón.

La situación a las que nos ha llevado esta nueva mentalidad a la que podíamos llamar politizadora va camino de hacerse irreversible y puede suponer la renuncia o el abandono de nuestros propios principios, para aceptar como válidos los que se intentan imponer. Estamos camino de ser víctimas de unas decisiones políticas que nos convertirán en sumisos, manipulados por unos y por otros, sin aspiraciones, sin ilusión, sin esperanza y con remordimiento. Repasar la historia de la Eutanasia es desenterrar pasados errores y horrores de la humanidad, pero aún quedan en la clase médica convicciones, ideales, principios, sueños y utopías que estamos dispuestos a defender y preservar.

No se puede jugar con el significado de las palabras. No me resigno a que bajo el eufemismo de muerte digna se intente legalizar por el método de plazos la Eutanasia, que haga posible que cualquier médico pueda aligerar el censo de ancianos, enfermos, discapacitados o simplemente dependientes. No me resigno a que puedan existir leyes antinatura.

Me asusta que no se asuman las limitaciones, que se intenten cruzar las fronteras de lo pretendidamente legal y lo éticamente correcto.

Ni quisiera ver morir con la excusa de evitar el sufrimiento, porque como todos sabemos las causas del sufrimiento son múltiples

Siendo el propósito de la ley la muerte compasiva programada, aunque fuese consentida, no me resigno a pensar que lo negociable para conseguir un consenso sólo pudiera ser la supresión de las medidas disciplinarias para los médicos, ni tan siquiera la contemplación de la objeción de conciencia, por que lo no acierto a comprender es la muerte del hombre por decisión y a manos del hombre.

Divulguemos el concepto de muerte en paz, en condiciones dignas y trasmitamos nuestro compromiso de paliar, de acompañar, de escuchar y de reconfortar, cuando no esté en nuestras manos el curar.

Me preocupa que una sociedad desatienda la sensatez de los verdaderos conocedores del problema, que se desprecie la experiencia y que no se apliquen lógicas medidas encaminadas a paliar el sufrimiento generado en torno a la muerte, que se pretenda dar remedio antiético a lo biológicamente irreparable, y que los poderes establecidos no comprendan su “no competencia” para decidir quien tiene que morir.

Pido a Dios que los cuidados paliativos sobre la base del control de síntomas, sin ensañamiento, con medidas proporcionadas basadas en el principio ético “primum non nocere”, asistencia espiritual y psicológica, sean una realidad global. Sin limitaciones legales innecesarias, con estricto control ético y sin coacciones políticas.

Pido a Dios que desde los poderes políticos se asuma la responsabilidad de dar soluciones lógicas y acertadas para paliar el sufrimiento por la muerte, por la pobreza extrema, por el hambre, por la injusticia y por la ambición desmedida.

Son muchas las cosas a las que no me resigno, muchas las que no son de mi agrado o las que me asustan, pero desgraciadamente con las que me veo obligado a convivir. Sólo me asiste el derecho al pataleo, pero siempre fiel a los mandatos de mi conciencia, porque no me hice médico para matar sino para curar, paliar y acompañar.

Aunque dichas en otro contexto son de plena actividad las palabras de Don Práxedes Mateo Sagasta: no sé a donde vamos, pero si sé que donde quiera que vayamos estamos perdiendo el camino.

De visita en casa de un buen amigo pude contemplar un gran mural reproduciendo el Guernica, la obra maestra del gran Pablo Picasso. Fue uno de los temas de conversación y mi amigo me hizo ver como cada pincelada, cada línea tenía un significado. Me habló del infinito, del dolor, del sufrimiento, de la tortura, del pánico, de la desesperación, del caos y de la impotencia. Me maravilló su descripción, su lectura del cuadro, pero confieso que yo no llegué a ver tantas cosas, nada extraño por mi desconocimiento en esta materia. Mis preferencias están en otro tipo de pintura de más fácil lectura, por ejemplo en este cuadro también de Pablo Picasso, ciencia y caridad, el primero de sus cuadros. No sé si el mejor, pero sí el único que he conseguido interpretar a mi manera.

Algunos ya conocéis mi visión del cuadro porque la expuse en el X Congreso de Reales Academias de Medicina de España.

Creo que Picasso no pintó este cuadro para que fuese interpretado sólo por los entendidos en arte, ni tan siquiera para el deleite de muchos, ya que no es una escena agradable. Quiero pensar que su propósito fue transmitir un mensaje a la humanidad. Un cuadro puede ser enjuiciado por el técnico desde facetas artísticas, pero también por el profano desde el sentimiento, porque la imagen puede hablar por sí sola.

La figura central del cuadro es una mujer postrada en la cama, en su propia casa a juzgar por el mobiliario y por faltar a los pies la clásica tablilla con la grafica de temperatura, preceptiva por aquel entonces en los hospitales. Su cara denota la proximidad de la muerte. Su cuerpo descansa como abatido en posición semisentada, posiblemente para favorecer su respiración. Su mirada mas pendiente del hijo, en brazos de una Hermana de la Caridad, que del vaso que esta le ofrece, bien para humedecer sus resechos labios o tal vez para administrarle un calmante.

A su derecha, entre sombras y penumbras un médico sentado, el médico de cabecera, que sin prisas observa el deslizarse de las manecillas del reloj para contar las pulsaciones.

Sobre la cabecera de la cama, un cuadro de motivo religioso.

Es una escena en silencio. Parece escucharse la respiración jadeante de la moribunda y el tic – tac del reloj de bolsillo.

Los personajes parecen pensar. Aprecio preocupación, tal vez fracaso, en el rostro del médico, serenidad que reconforta en el de la monja, extrañeza en el del niño y sosiego en el de la moribunda.

El autor, por los colores que emplea, imprime al cuadro un marcado dramatismo, una frialdad, pero a pesar de ello es una escena con el calor del contacto humano y del trato humanitario. Pero en todos los personajes hay signos evidentes de sufrimiento y a la vez de resignación.

Es una escena de muerte inminente, pero a la vez muerte serena.

Es un recinto cerrado al mundo exterior, es un prescindir de todo lo mundano, pero a la vez es un recinto abierto a la esperanza, porque la vida fluye hacia su final como un río que fertiliza a su paso y que sabe que por la caridad tiene garantizado el crecimiento de sus frutos.

Es un viaje con serenidad, es como el río de la vida, que citara Jorge Manrique, en su mansa llegada a la muerte, a esa otra vida que es el mar. Es a la vez, un río de fé, ese algo que ayuda a cruzar la frontera entre el río y el mar. Y en esa frontera, en ambas orillas, el médico y la monja enfermera. “La Ética Médica y la Moral Católica”.

Podemos detectar grandes ausencias. No es una foto oficial. El autor ya sabía que en el trance de la muerte siempre estarán los mismos.

Pablo Ruiz Picasso, transmitió un mensaje a la Humanidad:

Pintó la Muerte Digna, Muerte en Paz en condiciones dignas.

