



# EGUZKILORE

(Flor protectora contra las fuerzas negativas)

Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología  
San Sebastián, N.º 9 - 1995.

• <b>Antonio Beristain.</b> Presentación - Aurkezpena .....	7
• <b>Hans-Jürgen Bartsch.</b> Política criminal contemporánea. Perspectivas europeas .....	9
• <b>Thilo Firchow.</b> Elementos de presentación del sistema legal de protección de la infancia en Francia .....	17
• <b>Hans-Heinrich Jescheck.</b> El principio de culpabilidad como fundamento y límite de la punibilidad .....	25
• <b>Luis Murugarren.</b> Historia de las cárceles donostiarras .....	39
• <b>Luciano Tavazza.</b> El Voluntariado penitenciario en Italia .....	75
• <b>Naciones Unidas.</b> Informe sobre las víctimas del crimen y de abuso de poder .....	83
<b>Manifiesto de Nuremberg</b> .....	93

## **CURSO DE VERANO: "Eutanasia y Criminología: hoy y mañana"**

• <b>Juana Teresa Betancor.</b> El testamento vital .....	97
• <b>José Luis Díez Ripollés.</b> Eutanasia y Derecho .....	113
• <b>José Antonio García-Andrade.</b> La relación médico-enfermo .. Eutanasia y Criminalidad .....	141 153
• <b>Anton M. van Kalmthout.</b> Eutanasia: el ejemplo holandés .....	163
• <b>Ignacio Muñagorri.</b> Negatividad social de la muerte voluntaria .....	195
• <b>Antonio Beristain e Isabel Germán.</b> Preguntas y opiniones acerca del morir con dignidad .....	203
• <b>José Cruz Larrañaga y Luis M<sup>a</sup> Barandiaran.</b> ¿Nuevos horizontes de la eutanasia activa? (Comentario a la encuesta) .....	211

II Promoción de Master y VIII de Criminólogos .....	219
Nombramiento de Miembros de Honor a J.A. Cuerda y J. Pinatel ..	223
Memoria del IVAC-KREI .....	229

EGUZKILORE

Número 9.  
San Sebastián  
Diciembre 1995  
141 - 152

## LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO EN LA EUTANASIA

José Antonio GARCÍA-ANDRADE

*Profesor de Psiquiatría Forense  
Universidad Complutense  
Madrid*

**Resumen:** Tras una breve exposición sobre los orígenes de la relación médico-paciente, en la que se resalta la importancia de esta relación en la asistencia médica, se analizan sus caracteres esenciales, volitivo, sensorial e intelectual, para dar paso al estudio de los elementos fundamentales del quehacer médico: el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.

**Laburpena:** Sendagile-gaixoaren arteko harremanaren jatorriei buruzko azalpen labur bat egin ondoren, zeinean harreman horren garrantzia azpimarratzen da Medikuntza laguntzan, beren oinarritzko, bolitibo, sensorial eta intelektual ezaugarriak aztertzen dira, zeregin medikoaren funtsezko elementuak ikertuz: diagnostikoa, tratamendua eta pronostikoa.

**Résumé:** Après un bref exposé sur les origines de la relation médecin-patient, où on remarque l'importance de cette relation dans l'assistance médicale, on analyse ses caractères essentielles, volitif, sensoriel et intellectuel, pour poursuivre l'étude des éléments fondamentaux de la pratique médicale: le diagnostique, le traitement et le pronostic.

**Summary:** After a brief explanation about physician-patient relation, in which the importance of this relation for the medical care is pointed out, their essential characters, volitive, sentient and intellectual are analysed, to open the way to the study of the fundamental factors of the medical practice: diagnostic, treatment and prognosis.

**Palabras clave:** Medicina, Asistencia médica, Ética, Relación médico-paciente.

**Hitzik garrantzizkoenak:** Medikuntza, Medikuntza laguntza, Etika, Sendagile-gaixoaren arteko harremana.

**Mots clef:** Médecine, Assistance médicale, Éthique, Relation médecin-patient.

**Key words:** Medicine, Medical care, Ethics, Physician-patient relation.

La relación médico-enfermo es la piedra angular sobre la que asienta la Medicina su evolución y sus logros, lo que indica la importancia que ha supuesto y supone esta relación en el quehacer cotidiano de la Medicina, y de las que son excluidas sólo algunas especialidades, en las que esta relación es indirecta, como pueden ser algunos analistas que pierden la relación directa, pero no el contacto, pues ciertamente los resultados obtenidos siempre tendrán una dependencia con el sujeto-enfermo, sobre su dolencia, edad, sexo y profesión.

Esta relación es tan antigua como el hombre, y surge en el mismo momento de su nacimiento, en el que ya hará su aparición el primer "terapeuta" del hombre: la madre, la que protege, cuida, asiste y alimenta al recién nacido, acción que no termina nunca, pues incluso en los momentos de dolor, de enfermedad y de padecimiento, el hombre exclama como expresión sedante y sanadora "¡Ay madre!".

Así no es extraño que los primeros sanadores de la humanidad y los primeros farmacólogos fuesen las mujeres, es más, incluso en los albores de la humanidad, parece ser que los dioses eran femeninos, y era a estas figuras a las que se adoraba, por ello fueron las mujeres las que durante el paleolítico, cuando aguardan en la gruta, en la cueva, el regreso de su pareja, del cazador, descubrieran junto a sus ritmos el Ritmo de la naturaleza, y con ello la agricultura, que les permitió conocer sus frutos, sus semillas, sus propiedades y, en definitiva, sus efectos, que les sirvieron para preparar los primeros "filtros de amor" que devolvieran el vigor al hombre, cansado de los esfuerzos de la caza y de la búsqueda agotadora del alimento cotidiano. Sorprendentemente esta actitud femenina ha durado hasta nuestros días, en los que la mujer de la casa es la conocedora y dispensadora de las medicinas que guarda en los armarios para su aplicación a los enfermos, hasta que venga el médico e instaure el tratamiento adecuado.

Desde este primer contacto del hombre con la madre, se pasa a la sanadora, hechicera o bruja, que posteriormente dejará su lugar al hombre chamán, mago o sacerdote de la tribu, para ocupar luego dicho lugar el físico o cirujano-barbero, como formas embrionarias del médico, inicialmente de forma artesanal, (MARTINEZ PEREA) para más tarde ir adquiriendo el carácter científico, hasta nuestros días en que surge el especialista, quien alzará la eficacia sobre la afectividad, y con ello el principio de la ruptura de la relación médico-enfermo, que llevará a la actual Medicina, en la que el paciente ya puede exigir la salud como un derecho, lo que da lugar a la gran explosión de demandas contra el médico, que está perdiendo su carácter cuasi sacral, que demandaba honorarios derivados del honor, para pasar a percibir minutas que devengan a Hacienda y, finalmente, la medicina defensiva, que tanto perjudicará al enfermo.

Estas líneas deben suponer el deseo de que la comunicación médico-enfermo no pierda su carácter de nobleza, ya que en definitiva supone el respeto necesario que se debe al paciente –contracción de padeciente–, como hombre que sufre a causa de la enfermedad, y que sin duda alcanza su mayor grandeza y su mayor dramatismo en el paciente agónico.

La relación médico-paciente supone un trato-con, es decir, un contrato, y como toda relación contractual, para no tener vicios de con-sentimiento, de sentir-con, debe basarse como primer elemento esencial en la libertad, que es sin duda una de las quiebras de la Medicina actual, en la que la asistencia médica se basa, ya no en el

paciente, sino en el usuario, o sea, en el que utiliza al médico y sus servicios de forma impuesta, aun cuando en estos últimos tiempos se pretenda reconceder la libre elección de médico y de hospital, lo que no está siendo logrado de forma completa, a pesar de ser uno de los más elementales derechos del enfermo: el de elegir libremente a aquel médico a quien se le van a manifestar los trastornos más íntimos, y a pesar de que el médico en muchas de sus exploraciones va a utilizar medios tan simples, pero tan ligados a la intimidad, como pueden ser la palpación o los tactos en sus diversas formas, tales como, por ejemplo, los rectales o vaginales.

La relación médico-paciente como forma de información forma parte del esencial sistema de comunicación en su doble dirección, que tanto va del médico al paciente, como de éste al médico, para adquirir finalmente un carácter social, es decir que en cualquier tipo de medicina es esencial la comunicación, tanto en sus principios como en sus logros, la que se obtiene a través de la información.

La información médica es muy peculiar, ya que sobre ella van a girar los tres elementos esenciales del ejercicio médico y de los que hablaremos más tarde, pero adelantando el importantísimo interés que suponen el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, los que a su vez potencian la comunicación inter-personal, dándole un carácter cuasi amoroso por lo que tiene de íntimo, profundo y comprometido.

Toda información supone la existencia de tres caracteres: volitivo, sensorial e intelectual. Así, en principio se toma una actitud, la de querer ser informado y, por tanto, desearlo, lo que supone un compromiso ético, tanto por parte del médico como del paciente, lo que debe siempre ser respetado y en íntima relación con la libertad de la comunicación contractual que decíamos al principio.

Una vez adoptada la actitud volitiva, se pasa a la obtención sensorial de la información, para más tarde intelectualizarla, dándose así paso a los elementos esenciales del quehacer médico: el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.

## **I. LA COMUNICACIÓN SENSORIAL**

El ser vivo utiliza los órganos de los sentidos para percibir y conocer la realidad, usando para ello aquéllos que nos relacionan con el entorno próximo y aquellos otros que nos permiten conocer la realidad distante. Mediante ellos, el hombre-médico aproxima al Otro, y de desconocido lo transforma en paciente, desconocido con el que inicialmente puede mantener una relación no sólo distante e ignorada, sino incluso hostil, lo que da lugar a ese peculiar juego de transferencias y contra-transferencias que tantas veces surgen en la relación médico-paciente, y que en la agonía o en los enfermos terminales pueden llegar a tener grandes tensiones emocionales, que si no se manejan adecuadamente llegan a empañar la comunicación médico-paciente, movilizandole las posibles latencias de empatías no bien logradas a través de esa percepción extrasensorial, por fuera y más allá de los sentidos, que marcan la desidia, el desinterés, el rechazo, la desconfianza y esas tantas otras sensaciones que conforman la relación interpersonal, y que para el médico debe comportar un aprendizaje, pues esta percepción extrasensorial tiene un gran alcance en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, aun cuando, por supuesto, ello no sea cuantificable, puesto que además en el enfermo terminal, si está bien tratado y asistido, surge la oca-

sión auténtica de expresar su libertad, pues la libertad del hombre surge precisamente del conocimiento y previsión de la muerte dando por supuesto que este conocimiento está omnipresente en los últimos momentos de la vida. Ahora bien, esta libertad sólo puede expresarse y sentirse ante sí-mismo, dulcificando los posibles dolores de la agonía o de cualquier otra sintomatología que rompa con la paz que debe disfrutar el paciente terminal, de ahí el gran interés de la relación del médico con el paciente y sus connotaciones con la eutanasia, como forma de ayudar, de asistir y de acompañar al moribundo.

#### A) *El tacto:*

La piel es uno de los órganos de los sentidos más veces olvidado, a pesar de su gran interés y de ser el primer órgano que nos comunica con la realidad exterior más próxima y más primaria. Así, el tacto-con, el contacto, nos pone en relación con la madre en una íntima y profunda unidad, a través de su regazo o pezón y que mantenemos posteriormente de muchas formas, pero siempre emocionada a través de la piel.

Recordando por su interés médico el origen del saludo como forma de aproximación al otro. El hombre primitivo cuando realiza sus correrías para cazar y obtener el alimento diario, al cruzarse con un desconocido sólo tiene tres alternativas: la huida, el enfrentamiento o el diálogo, y, para éste, se pasa las armas de la mano derecha a la izquierda, y alzando la mano a manera de saludo, se cogen los dos personajes del encuentro los brazos con la mano derecha, y permanecen así unidos mientras dura la entrevista para evitar la agresión por sorpresa. Más tarde, todo este ceremonial se transforma en el estrechamiento de manos actual mediante el cual conocemos al Otro o le "reconocemos". Es decir, que el dar la mano al paciente supone ya un acto exploratorio mediante el cual debemos infundir seguridad al enfermo, desangustiándole, al tiempo que el médico recibe una importante información del paciente: su sudor, su dolor, su calor, su vigor, su esperanza, etc. Quizá las prisas y la masificación de la actual Medicina impiden este primer contacto con el enfermo al igual que la palpación de las zonas del cuerpo del paciente, relegadas a los métodos exploratorios complementarios de la máquina, incluso en las U.V.I.S, en las que con tanta frecuencia ya no es necesario, ni tomar el pulso al paciente, pues ello ha sido sustituido por máquinas impersonales, que privan al enfermo del contacto con el hombre, sobre todo en esa angustiada soledad de estas Unidades.

Una correcta palpación del enfermo, con independencia de dirigir adecuadamente el resto de la exploración hacia diagnósticos, pronósticos y tratamientos correctos, disminuye los costos de la actual Medicina, y, lo más sorprendente, las demandas contra el médico por mala praxis, que tantas veces surgen no por desasistencia, sino por despersonalización.

Muchos enfermos se quejan de que ni siquiera les hayan tomado el pulso, que es una forma ya muy específica de la exploración médica mediante el tacto, al que tanta importancia daba, por ejemplo, la Medicina clásica china, al dedicar mucho tiempo y estudio a los distintos aspectos que componen la globalidad del pulso: el ritmo, la frecuencia, la tensión, etc., y que el enfermo acepta emocionado y tenso, casi de forma reverencial, y sin que ello suponga paternalismo, como se acusa a los médicos que adoptan actitudes personales, y aunque sin duda el paternalismo

suponga una actitud sanadora de primer rango, al desangustiar al paciente, pues sin duda la angustia restringe la formación de endorfinas, tan necesarias en la agonía.

### B) *La vista:*

Mediante la mirada también aproximamos al paciente. Ella nos informa de importantísimos datos y constituye lo que se ha dado en llamar la inspección del enfermo, y que establece no sólo una aproximación sino todo un reconocimiento, pues supone un conocer de nuevo a aquella persona que tenemos ante nosotros, y ya de forma profesionalizada es como una palpación con los ojos, y que también nuestra Medicina actual está relegando a segundo plano, quizá porque la inspección supone un acto bipolar, en el que el médico es a su vez inspeccionado por el enfermo. No en balde la mirada es la ventana del Ser, según HEIDEGGER, y ello fatiga en gran medida, porque además, con palabras de SARTRE, “la mirada del otro me roba mi libertad” por lo que tiene la mirada de juicio e interpretación, que lleva tantas veces al médico fatigado a rehuir este enfrentamiento, por otra parte necesario, que supone la inspección, acudiendo a la máquina como complemento de la exploración, olvidándose que el paciente desea “ser bien visto”, incluso en sus intimidades. Buscando a médicos que el argot coloquial califica como de tener buen “ojo clínico”.

### C) *El oído:*

El lenguaje rompe la soledad de la vivencia, y así el niño que aprende a conocer a la madre por la piel y a seguirla con la mirada, se desangustia con su voz que al principio es tan sólo sonido, para transformarse paulatinamente en palabras que informan de su circunstancia y le permiten al niño expresar la intimidad de su vivencia, transformada en pensamiento, emoción y en coraje, que es exactamente lo que debe conocer el médico. Es decir, es esencial saber palpar, aunque sólo sea el pulso, saber mirar para poder ver más allá de la propia sensación visual, y sobre todo saber escuchar, pues quizá el oído al ser el origen del lenguaje, sea el más humano de los sentidos, aun cuando existan otros lenguajes no hablados, como el matemático o el pensamiento pre-verbal en forma de imágenes.

De lo anterior se deriva la gran importancia que tiene una buena Historia Clínica, esencial para establecer el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento, resaltando esa íntima relación entre lenguaje y pensamiento, difíciles de independizar, ya que pensar es hablar consigo mismo y hablar es pensar en alta voz.

Curiosamente la Historia Clínica, un acto médico que fue esencial hace unos años, cuando yo cursaba los estudios de Medicina, y que se fue relegando como “una pérdida de tiempo”, está volviendo a recobrar su importancia y en ella deben reflejarse no sólo los datos exploratorios, sino, y quizás es lo más importante, lo que “nos cuenta” el paciente.

Si es importante “palpar” o “mirar” al enfermo terminal, qué decir de la importancia de saber “escucharle”, incluso a través de esos gestos mediante los cuales el enfermo trata de expresar algo tan importante como son sus últimas voluntades, las que parafraseando a López Ibor, “pueden ser últimas, pero no voluntades”,

y que podemos transformar en auténticas, a través de una clara asistencia del padecimiento, del dolor, de la angustia, del miedo a la soledad o a ese inquietante futuro del más allá, ya que sin libertad no hay voluntad, y ello sólo es posible si el dolor y todo su correlato final, no arruinan al hombre ante sí-mismo.

Sin duda ello nos lleva de la mano a hablar de la importancia del dolor, que veremos en otro lugar, despojándolo de criterios míticos o mágicos.

#### D) *El olfato:*

Los olores son sin duda una fuente inagotable de información de gran trascendencia en el mundo animal y en la erótica del hombre, para ello será suficiente con recordar la gran obra de Patrick Süskind, "El Perfume", para comprobar la gran riqueza de información que subyace en todo olor, al que por supuesto no debe ser ajeno el médico, como así es en el argot coloquial de los médicos, cuando, al referirse a algún enfermo dicen: "este enfermo me huele mal", para expresar así un mal pronóstico. Y es que, ciertamente, como veremos luego, el pronóstico es muchas veces cuestión de olfato.

#### E) *El gusto:*

De todos los sentidos es éste, sin duda, el que menor importancia tiene en el establecimiento del diagnóstico, pronóstico y tratamiento, aunque no estará de más recordar que la actual diferencia entre diabetes sacarina e insípida se debe a la arcaica prueba de nuestros antepasados, que ante aquellos enfermos que orinaban en demasía (diabetes), introducían un dedo en el recipiente que contenía la orina del paciente y si el sabor era dulce, se trataba de diabetes sacarina y si no sabía a nada, se trataba de diabetes insípida, esto es, sin sabor.

Todo lo anterior es un repaso al interés de la información que aportan los órganos de los sentidos para el conocimiento de la circunstancia del paciente, suponiendo ello que no sólo es cuestión de percepción, sino como decíamos al principio, de una actitud volitiva, de un compromiso ético ante el enfermo, para llegar a la abstracción que supone el diagnóstico. Ahora bien, la exploración, que debe verse sin duda complementada con otras pruebas, supone un aprendizaje, un curso de conocimiento que mejore la sensibilidad y la intelectualice.

## II. LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Está claro que el reconocimiento hoy día del enfermo por los simples datos que nos dan los sentidos, y aun a pesar de la gran importancia que tienen, no son suficientes para el establecimiento de un correcto diagnóstico, sino que deben complementarse con los datos complementarios, pero éstos deberán ser valorados en su justa medida. Así simplemente bastará preguntarse si ante todo dolor de cabeza y a pesar de un historia médica adecuada, deberá hacerse un escáner o resonancia magnética cerebral para protegerse de la trampa que conlleva todo diagnóstico.

Los datos complementarios tienen un gran interés en los enfermos terminales en los que si realmente están correctamente establecidos el diagnóstico y el pronóstico, persistir en el bombardeo de pruebas complementarias, muchas de ellas

agresivas, está fuera de lugar, aun cuando el médico actual está permanentemente amenazado por la denuncia de supuestas malas praxis u omisión de pruebas, que puedan constituir negligencia. Distinto son las pruebas inocuas y no invasivas, que puedan mantener algún tipo de esperanza en los pacientes que aun conociendo su próximo final mantengan cierta actitud esperanzada, que incluso puede ser más importante sentirse atendidos, o aún más, que a través de esas pruebas puedan atenuarse síntomas severos del malestar que siempre supone el final, aun cuando siempre deba mantenerse que la clínica debe estar por encima del laboratorio, siguiendo la máxima de Marañón, de que cuando la clínica y el laboratorio no están de acuerdo, hay que cambiar de analista.

En el enfermo terminal la clínica debe alzaprimarse sobre cualquier otro supuesto.

### III. EL DIAGNÓSTICO

El diagnóstico, que significa conocimiento, es esencial en la medicina y alrededor del cual giran el resto de los actos médicos, muchos de los cuales están encaminados al fin de establecer dicho diagnóstico, y del que se deriva algo tan importante como el tratamiento y el pronóstico.

Se trata, en el diagnóstico, de conocer un conjunto de signos y síntomas, que sirven para determinar y fijar el carácter peculiar o específico de una dolencia, enfermedad o afección. Ello implica, como se deriva de las páginas anteriores, una investigación de la naturaleza mediante la entrevista y la exploración, cuyo interés ya se ha resaltado.

Por la propia esencia de la biología y la dificultad que entraña tantas veces una valoración exacta de los valores de referencia, su obtención y su contrastación, el diagnóstico siempre encierra una trampa contra la que habrá de estarse prevenido.

Así, en primer lugar, se establece en la primera entrevista y exploración del enfermo, una impresión diagnóstica, que aún no es diagnóstico, pero que tiene o puede tener gran alcance por la inmediatez, las consideraciones de pronósticos y de tratamiento, según las urgencias del caso, y que deben reflejarse si aún no se ha establecido el diagnóstico definitivo, como impresión en la Historia Clínica. Esta primera impresión no goza todavía del carácter de certeza que tiene el diagnóstico definitivo. Conviene, no obstante, resaltar que esta impresión diagnóstica puede no pasar de esta primera etapa, aun cuando se haya realizado un gran número de pruebas, exploraciones y estudios, que deben hacerse constar en el informe pertinente, incluso aunque el alta del paciente se produzca por muerte, pues no son excepcionales los casos en los que el enfermo muere sin haberse logrado establecer un diagnóstico cierto y definitivo.

La certeza del diagnóstico supone un diagnóstico diferencial previo, en el que se sopesan las distintas posibilidades de valorar cuadros similares, para lo que se utilizan las diversas pruebas analíticas y complementarias.

El médico, una vez establecido el diagnóstico, deberá transformarlo en etiológico, es decir, en buscar la causa y basándose en ello, establecer un tratamiento



adecuado, ya que todo diagnóstico no supone idéntico tratamiento, dependiendo de la etiología, circunstancia que no siempre podrá establecerse, y que hoy día puede tener tanta importancia; así como lo es el hecho, por ejemplo, de aplicar distintos antibióticos, según el germen o bacteria causante del cuadro y que aun teniendo un diagnóstico sindrómico común en base al conjunto de síntomas comunes, sin embargo tienen un origen patológico distinto. Es decir, el síndrome tiene un tratamiento común; la etiología un tratamiento específico, debiéndose significar las circunstancias para establecer estas diferencias, añadiendo que el diagnóstico de certeza es siempre etiológico y el sindrómico lo es patogénico.

#### IV. EL PRONÓSTICO

El pronóstico, como predicción o adivinación del futuro mediante la observación de señales, supone establecer el resultado probable de una enfermedad, averiguar su curso o evolución, en relación todo con el diagnóstico previo establecido. Es decir, que se trata en definitiva de futurizar el presente, con todo lo que ello supone de azar e incierto en base a una serie de parámetros fisiológicos y patológicos, que aunque están correctamente aplicados y científicamente establecidos, siempre hay que contar con la diversidad biológica, de forma que cualquier proceso y, por supuesto, cualquier tratamiento, no puede establecerse matemáticamente. Y, sin duda, de todos los actos médicos es el más azaroso y el que está sometido a mayores posibilidades de error, y por tanto de queja contra el médico que no “acierta” el pronóstico, siendo independiente que éste sea favorable o desfavorable; hasta tal extremo, que es sin duda en el pronóstico donde se fragua el prestigio o desprestigio del médico, de forma que el profesional deberá ser siempre muy cauto a la hora de establecer el pronóstico.

El primer factor del que dependerá la exactitud del pronóstico –el que, cuando se cumple, como decíamos, prestigia al médico en gran manera– es la corrección del diagnóstico, pues efectivamente un diagnóstico erróneo favorecerá el error pronóstico, aunque con base en esa diversidad biológica a la que hacíamos mención, puede darse la paradoja de que un mal diagnóstico dé como resultado un buen criterio pronóstico, y es que en éste va a intervenir en no pocas ocasiones, cuando se da esta circunstancia de error diagnóstico y acierto pronóstico, una percepción extrasensorial, que dirige el discurso del médico a “acertar” con el pronóstico, y en el que interviene el llamado ojo clínico.

Junto al diagnóstico, deberá tomarse en cuenta la propia esencia del cuadro clínico del que se trata, del pronóstico en general y del que tiene la misma enfermedad específicamente, al propio paciente y sus circunstancias, la respuesta al tratamiento, la actuación de éste en la evolución del cuadro y la corrección de la terapia establecida.

Existen no obstante modificaciones del pronóstico por la aparición imprevista de complicaciones que modifican de forma sustancial el pronóstico, debiendo clarificarse en qué consiste la imprevisibilidad de la complicación. Se puede utilizar, como ejemplo, la reacción adversa a la inducción anestésica, que da lugar a importantes demandas contra los anestesistas, por el gravísimo cuadro a que da lugar este tipo de síndromes, que surge de forma totalmente imprevista.

Dentro de los parámetros a tener en cuenta para el establecimiento del pronóstico deberán valorarse junto a la actitud nosológica propiamente dicha, la localización del cuadro, que lleva, por ejemplo, a diferenciar el pronóstico, si la hemorragia ha sido cerebral o a otro nivel de menor significación.

La agudeza o cronificación de la enfermedad es otro dato a tener en cuenta a la hora de establecer el pronóstico, valorándose la fase y la posible existencia de la etapa terminal, y, por tanto, la sensibilidad o ineficacia al tratamiento.

La edad condiciona una distinta evolución, como, por ejemplo, en las fracturas, si bien en algunos supuestos la menor edad es un dato negativo a la hora de establecer un pronóstico, como son los tumores malignos, de peor evolución cuanto más joven sea el enfermo.

La raza es otro factor más a valorar, en el sentido de ser más resistentes al cólera los naturales del Indostán, o el hecho dramático de los senegaleses en la primera Gran Guerra de 1914, que fueron víctimas de formas agudísimas de tuberculosis al llegar a Europa.

Ello nos lleva a establecer la importancia del clima en algunos cuadros, como por ejemplo, el alcoholismo, de efectos más nocivos en los climas cálidos.

Finalmente, y ello ya de alguna forma ha sido expuesto anteriormente, la propia idiosincrasia del sujeto y sus peculiares mecanismos inmunológicos.

En definitiva, como se ve, son muy variables los factores que llevan a establecer el pronóstico y por tanto las posibilidades de error en este aspecto, y sin que ello constituya una negligencia, ni desatención, sino simplemente azar, hoy por hoy, en base a la variabilidad biológica, no siempre controlable, ya que simplemente basta recordar que una sola pareja, un hombre y una mujer, pueden tener 250 billones de hijos distintos, según las posibilidades de combinaciones genéticas, lo que supone que cada hombre es un ser distinto, diferente y original, y por tanto con respuestas propias y específicas.

Por todo ello uno de los momentos más difíciles para el médico es el de dar a conocer al paciente un diagnóstico que conlleve un pronóstico fatal. Actualmente está cobrando un inusitado interés el llamado consentimiento informado al enfermo, olvidando la Ley que un gran número de pacientes "no desean ser informados, ni conocer su pronóstico", y esta imposición al médico y al paciente es a todas luces excesiva. Sí es cierto que todos debemos conocer nuestra propia verdad, pero la gran diferencia entre la Justicia y la Medicina es que aquélla supone lo que debe ser y ésta lo que es, y al médico se le alzaprima el bien del enfermo, es decir que para mí, como médico, la Salud está por encima de la Ley, hasta el extremo de que últimamente se ha descrito, como no podía ser menos en esta explosión genética, el gen del estrés, y así, cualquier circunstancia estresante supone una quiebra en el sistema inmunológico de los seres vivos, y sin duda la información de un pronóstico fatal es uno de los cuadros de mayor cota de estrés que se puede sufrir, de ahí el gran interés que supone para todo médico el establecer un pronóstico en los enfermos terminales, y más cuando en muchas ocasiones ello es desconocido por el paciente, al que no siempre se le puede exigir la suficiente entereza moral como para conocer su propia verdad, y aunque en ello radique su propia libertad, libertad que por

otro lado supone un gran vértigo, pues es el enfrentamiento con el propio destino y el infinito. Es decir, que en todo pronóstico final deberá el médico valorar la propia psicología de los padecientes, y sin caer en la fácil tentación de agredir al enfermo al comunicarle su final, actualizando contenidos sádicos latentes, ocultos por "el cumplimiento" de la Ley. Ley a su vez no exenta de agresividad ni violencia, latentes bajo la supuesta defensa de los Derechos del Enfermo.

Hasta tal punto puede ser controvertido este tema, que la información del cariotipo tiene riesgos éticos, al considerarse como una amenaza a la privacidad, sobre todo en enfermedades inevitables, que pueden adelantar en años el pronóstico, creando graves problemas existenciales, y acortando el bienestar por un futuro amenazante a largo plazo.

Pero aún hay más, y es el riesgo de suicidio en personas que conocedoras de su mal deciden poner fin a su vida para ahorrar padecimientos propios a sus seres queridos, suicidios patéticos, además, porque en más de una ocasión efectué autopsias a cadáveres de suicidas que habían decidido matarse ante un pronóstico mortal, y sin embargo en la necropsia no hallé rastro alguno de enfermedad maligna intratable. Es sin duda este error pronóstico uno de los más dramáticos para el médico, aunque se argumente fácilmente que la culpa es del facultativo, olvidando muchas veces que el gran riesgo que conlleva el consentimiento informado es la mala interpretación del paciente, el que "entiende" lo que desea entender, en más de una ocasión.

## V. EL TRATAMIENTO

La Medicina tiene por finalidad curar al enfermo, lo que no siempre se consigue, y supone la puesta en marcha de una serie de técnicas, conjunto de medios de toda clase, tanto higiénicos, dietéticos, terapéuticos, quirúrgicos o rehabilitadores, que se ponen en práctica para curar o aliviar enfermedades, siguiendo el juramento hipocrático que marca que, al menos, aliviar es función de dioses. De ahí el rechazo hacia el médico que ni siquiera consigue aliviar, y que en base al concepto actual de la medicina de considerar la salud como un derecho y no como una circunstancia existencial propia del destino, se proyecta la ineficacia del tratamiento contra el médico, más próximo al hombre enfermo que los dioses, de los que actualmente se está tan alejado.

El tratamiento de la enfermedad tiene su origen en el hombre, el que aprende a dar una interpretación utilitaria al dolor superficial, como puede ser una fractura, una herida o una quemadura, al que pretende sedarlo y atenuarlo, es decir, siempre se comprende que, si no fuera por el dolor, el hombre seguiría movilizándolo la extremidad fracturada y ello impediría el reposo necesario para consolidar el callo de fractura, utilidad que sorprende al Hombre, ante el dolor profundo, que no acaba de entender y así, ante este dolor profundo, la enfermedad, el hombre racionaliza su angustiada duda y le da un carácter mágico al entender su origen como la introducción de los malos espíritus en el cuerpo a través de los orificios naturales, lo que da lugar, no sólo a una actitud terapéutica, sino también socio-cultural, cual es la del vestido, al tratar de tapar u ocluir estos orificios de forma preventiva con los

ropajes, o también por la utilización de otros sistemas curativos, supliendo así la "imposición de manos" sobre el enfermo para mandar al "dolor" que se marche, y que ya se refiere en el Papiro de Ebers, hasta el final de la Edad Media, en que los encargados de esta imposición de manos no eran ya los chamanes ni los brujos, sino los reyes, y cuando ya la actuación de los físicos estaba prácticamente reservada para el tratamiento de fracturas, luxaciones, amputaciones o quemaduras. Ello supuso que el tratamiento, aunque inicialmente fuese mágico, diese lugar al tratamiento empírico, que ya mantenía el carácter de arte que siempre ha tenido cualquier actividad terapéutica y que, aún hoy día, siguen conservando algunas especialidades, arte que no debe confundirse con la pericia.

El tratamiento empírico, de indudable interés en la Medicina, ha supuesto la base de los tratamientos posteriores, no pudiendo por ello olvidar el origen de los fármacos en los productos derivados de los vegetales, y, si no, basta para ello recordar que dos de los medicamentos más utilizados hoy día, obtenidos de forma sintética y científica, cual son la digital y el ácido salicílico, fueron utilizados inicialmente por las comadres inglesas al observar cómo los cocimientos de digital, desinchaban a algunos hidróticos, al favorecer la diuresis, compensándose así sin buscarlo las insuficiencias cardíacas, y el carácter analgésico de las hojas del sauce en la Europa Central, origen del ácido salicílico (Aspirina), que algunos autores retrotraen incluso a Hipócrates.

De todas las formas de tratamiento, al que debe tenderse es al específico, derivado del diagnóstico etiológico de la enfermedad, si bien el conocimiento etiológico de una entidad no supone el conocimiento o disponibilidad de un tratamiento específico, por lo que debe establecerse entonces el tratamiento como sintomático, cuando se trata de tratar al síntoma, o bien paliativo, si ésta es la única posibilidad. Paliar es la gran misión del médico, incluso cuando ya no existen esperanzas de curación, y cuando al dolor se le ha despojado de criterios éticos, morales o incluso mágicos, puesto que si incluso el criterio Teológico de la eutanasia es el de morir en estado de gracia, poca gracia se podrá obtener si el padeciente está sitiado por el dolor y desesperado por su padecimiento, es decir, valorando el dolor como información de una circunstancia, no mágica como el hombre primitivo al que nos referíamos antes, sino incluso tampoco como la interpretación griega de que la enfermedad supone un defecto físico, "una mancha", una disarmonía, de donde surge algo tan importante como la belleza, expresión de lo armónico y la enfermedad como expresión de lo feo, de lo alterado o incluso el delito, o incluso el criterio hebreo de entender la enfermedad como consecuencia del pecado, lo que supone por tanto la enfermedad como expiación, criterios de los que debe alejarse el médico, pues su actuación debe ser profesional, no ética ni moral, aunque esto pueda suponer escándalo para algunos, pero sin duda el médico y en las circunstancias finales de una vida que se va, no debe ser Jurista, profesor de ética ni moralista, sino exclusivamente médico, que ya está informado del valor del dolor y no de la expiación del hombre, sobre lo que deberán actuar otros expertos, pero manteniendo al enfermo con claridad de conciencia y libre, y sólo se puede ser libre cuando no se está dependiendo del sufrimiento, y piénsese que pongo especial énfasis en la palabra sufrimiento, ya que en la medicina debe mantenerse un criterio psicossomático, lo que tiene una vieja y larga historia, que arranca del principio Heliomórfico

de Aristóteles, para el que la materia está en el límite de la realidad y la nada, y que precisamente lo que da realidad a la materia es la forma, conceptos que posteriormente tomará la escuela Tomista, al entender que el Hombre no es una suma de cuerpo –Soma– y alma –psique–, sino una unidad substancial ánimo-corpórea o psico-somática, de ahí el valor del sufrimiento del enfermo terminal, no referido sólo al dolor físico, sino extendido a los aspectos unitarios de una circunstancia final, en la que al dolor físico, se une el sufrimiento emocional, la quiebra del sentimiento de seguridad y la inquietante interrogación de un futuro totalmente desconocido o inexistente.

De todo lo anterior se desprende la gran importancia que tiene la vivencia de la enfermedad, para que ésta no deba estar alterada por el miedo, el pánico, la angustia, ni el dolor, sino que se permita mediante el tratamiento una actitud serena, tanto da, si es ante la Nada o el Todo.

Para conseguir todo lo anterior, apostamos por la potenciación de las Unidades de agónicos, o si ello suena mal, por las Unidades de Terminales, eufemismo que puede ser útil, de cara a mejorar la relación Médico-enfermo en unas horas finales, y que por razones de eficacia deben estar fuera de las Unidades de Cuidados Intensivos, que ya no se necesitan, ni en camas hospitalarias de atención incluso mínima, pues la atención del Terminal es específica, de cara a esas manos a las que hacíamos mención al principio, tanto del médico como de los seres queridos, que digan el último adiós y que con ello rompan la terrible soledad de nuestros agónicos, en esas salas asépticas, frías y despersonalizadas en las que se están muriendo nuestros amigos, parientes y seres amados.

Estas Unidades posiblemente terminen con esa hipocresía de nuestra Ley que se empecina en distinguir entre eutanasia directa e indirecta, llegando a des-criminalizar “la indirecta”, siempre que conste el consentimiento serio y expreso, en enfermedad terminal o en graves e insufribles padecimientos.