

ENTRE EL PRAGMATISMO Y LA INQUIETUD ÉTICA.
LA MEDICINA ACTUAL Y LA REFLEXIÓN FILOSÓFICA
ANTE EL PROBLEMA
DE LA HUMANIZACIÓN DE LA MUERTE

Domingo Fernández Agis
Universidad de La Laguna
dferagi@ull.es

José Santiago González Campos
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
jgonzalez@denf.ulpgc.es

RESUMEN

Humanizar la muerte requiere, ante todo, el reconocimiento del valor que en sí misma tiene la experiencia de la muerte y la importancia trascendental que, para todo individuo, posee afrontar con el respaldo sanitario y emocional necesario ese momento decisivo. En este sentido, el enfoque que toma como base la idea de la imposibilidad de vivir la muerte, y no sólo la con frecuencia cuestionada preparación del personal sanitario para ayudar al paciente terminal a afrontarla, tiene mucho que ver en el escamoteo y ocultamiento de tal experiencia. Frente a esto hay que considerar que la muerte es algo que se vive, aunque obviamente no se sobrevive a ella. No sobrevivir a la muerte no resta valor a la experiencia de la muerte.

PALABRAS CLAVE: Muerte, pragmatismo, ética, medicina, filosofía, Foucault.

ABSTRACT

«Between pragmatism and ethical uneasiness. The medical actually and philosophical thought to the problem of the humanization of death». Humanizing death requires, above all, recognition of the value itself has the experience of death and the critical importance to every individual, has to face health and emotional support needed that moment. In this sense, the approach builds on the idea of the impossibility of experiencing death, and not just the question often preparing the health personal to help terminal patients to deal with it, has much to do with the skimming and concealment of such experience. Against this must be considered that death is something that you live, but do not survive it. Not survive the death does not detract from the experience of death.

KEYWORDS: Death, pragmatism, ethics, medicine, philosophy, Foucault.



1. INTRODUCCIÓN

No sólo por su impronta como pensador, sino también por su forma de enfocar la vida y enfrentarse a la muerte, la figura de Ludwig Wittgenstein sigue teniendo para nosotros un enorme atractivo. A nadie extrañará, por tanto, que evocemos, para iniciar estas páginas, algunas Proposiciones de su obra más importante, el *Tractatus Logico-Philosophicus*, en las que su autor hace referencia a la muerte. En tal sentido, habría que referirse, en primer término, a la que lleva el número 6.431, en la que Wittgenstein sentencia: «En la muerte el mundo no cambia, sino cesa»¹. Taxativa afirmación que evoca la identificación entre la muerte y el fin. La muerte en tanto que punto final, más allá del cual es imposible la percepción, el pensamiento o la palabra.

En efecto, podríamos colegir que, en la muerte de cada uno, el mundo cesa de existir porque el que muere cesa de experimentar su presencia en el mundo y deja de tener una experiencia del mundo. Sin embargo, el calado de esta obviedad se interpreta de otro modo cuando la abordamos con una mentalidad no solipsista. Con certeza, el mundo de los que siguen vivos cambia tras la muerte de los que dejan de estarlo. En definitiva, es esto lo que tiene una mayor relevancia, ya que la posibilidad de cambio en el mundo no es ajena a la presencia de la muerte en él.

Muy significativo es que Wittgenstein añada a la aseveración antes mencionada, en la Proposición 6.4311, que «la muerte no es ningún acontecimiento de la vida.

La muerte no se vive.

Si por eternidad se entiende no una duración temporal infinita, sino la intemporalidad, entonces vive eternamente quien vive en el presente. Nuestra vida es tan infinita como ilimitado nuestro campo visual»².

De nuevo nos encontramos en este punto con las distorsiones que provoca un enfoque solipsista. Que es así se advierte con facilidad cuando comprendemos que, desde otras perspectivas, la muerte sí es un acontecimiento de la vida. En efecto, no sólo se vive la muerte, sino que ésta es una vivencia esencial para los que continúan viviendo: la experiencia de la finitud, vivida de manera radical por medio de la marcante experiencia de la muerte del otro.

De cómo se vive la muerte hoy en día y de la atención que merecen recibir quienes atraviesan tal experiencia queremos hablar en este trabajo.

2. LA MEDICINA HOSPITALARIA Y LA MUERTE

En buena medida, la atención sanitaria de nuestros días es una labor que se realiza en los hospitales o bien, en estructuras y servicios que mantienen una estrecha conexión con los mismos. Por ello vamos a referirnos a continuación a algunos aspectos que nos permiten evaluar la atención que los pacientes reciben en los hospitales.

¹ Ludwig WITTGENSTEIN, *Tractatus Logico-Philosophicus*, Alianza, Madrid, 1979, Prop. 6.431.

² *Ibidem*, Prop. 6.4311.

2.1. INSTAURACIÓN Y RETIRADA DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS

Ésta es una de las cuestiones clave, cuando se habla de la muerte en el marco de la medicina hospitalaria, que constituye el entorno habitual en el que ésta se produce en nuestra sociedad. A tal respecto habría que empezar haciendo mención a algo que, pese a resultar obvio, no siempre es tomado en consideración en toda su densidad y profundidad. Se trata del objetivo esencial perseguido por la medicina, que no podría ser otro que la preservación de la vida. Sin embargo, en determinadas circunstancias, el sentido de la intervención sanitaria puede responder a otra orientación o, cuando menos, quedar seriamente condicionado por otras consideraciones. Desde esta perspectiva se comprende, como viene a subrayar García Palomero, que

el personal sanitario entiende que su misión reside y se centra en la prolongación de la vida. De ahí que carezca de la preparación específica para ayudar al paciente terminal. Se puede ser experto en alta tecnología sanitaria y con ella lograr ganar la batalla a la muerte. Pero en caso de fracaso, la humanización de la muerte requiere descubrir a la persona del enfermo, adentrarse en su intimidad, acompañarle en su soledad y de este modo ayudarle a vivir la muerte³.

Humanizar la muerte requiere, ante todo, el reconocimiento del valor que en sí misma tiene la experiencia de la muerte y la importancia trascendental que, para todo individuo, posee afrontar con el respaldo sanitario y emocional necesario ese momento decisivo. En este sentido, el enfoque que toma como base la idea de la imposibilidad de vivir la muerte, y no sólo la con frecuencia cuestionada preparación del personal sanitario para ayudar al paciente terminal a afrontarla, tiene mucho que ver en el escamoteo y ocultamiento de tal experiencia. Frente a esto hay que considerar que la muerte es algo que se vive, aunque no se sobrevive a ella. No sobrevivir a la muerte no resta valor a la experiencia de la muerte⁴. En tanto que experiencia, no podrá ser evocada por quien la atraviesa. No formará parte de la memoria de un sujeto que ya no puede afirmarse en la existencia si no es a través de la memoria y la acción de los demás, de los que ya serían sin remedio radicalmente *otros*.

Como es sencillo advertir, en este punto se produce un cruzamiento de elementos que tienen que ver con el conocimiento técnico, con otros que apelan al entramado conceptual y emocional, en que la cultura y la psicología del individuo envuelven a la muerte. En verdad, como indica el autor antes citado, que

³ Inmaculada GARCÍA PALOMERO, «Ética del final de la vida. Asistencia terminal al paciente», en José María GARCÍA GÓMEZ-HERAS-Carmen VELAYOS CASTELO, *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*, Tecnos, Madrid, 2005, p. 205.

⁴ Como ha señalado Hannah Arendt, ya desde los griegos de la antigüedad, «la mortalidad del hombre radica en el hecho de que la vida individual, con una reconocible historia desde el nacimiento hasta la muerte, surge de la biológica. Esta vida individual se distingue de todas las demás cosas por el curso rectilíneo de su movimiento, que, por decirlo así, corta el movimiento circular de la vida biológica». Hannah ARENDT, *La condición humana*, Paidós, Barcelona, 2002, p. 31.



desde el punto de vista de la bioética, existe un amplio consenso respecto a la equivalencia moral de las maniobras de no instauración y retirada de medidas asistenciales, aunque en la práctica no sea sentida con la misma intensidad por los profesionales de la medicina. Es evidente que desde el punto de vista de la asistencia diaria, en nuestro medio, se considera mucho más asumible la actitud de 'no instaurar' que la de 'retirar'. Parece plausible sospechar que tales actitudes enmascaren un cierto miedo o reticencia a la toma de decisiones conflictivas⁵.

Es fácil que así sea, pues no instaurar ciertas medidas terapéuticas presupone aceptar que el curso seguido por la enfermedad sea el natural. En ello se pone de manifiesto una aceptación implícita de la muerte. En el caso opuesto, la retirada de las medidas terapéuticas adoptadas con anterioridad, se interpreta como una claudicación, una derrota de la medicina frente a la muerte⁶, además de exigir la toma de decisiones que han de ser justificadas, tanto ante los responsables sanitarios como ante el propio enfermo y sus familiares. Dicha justificación puede resultar problemática, pues ha de dotársela de un fundamento técnico y ético suficiente, cosa no siempre fácil de lograr. Pese a lo cual, tales dificultades han de verse como un acicate para la reflexión y no como una permanente incitación a recular ante la toma de decisiones que pueden resultar conflictivas.

2.2. DIGNIDAD DEL PACIENTE Y DONACIÓN DE ÓRGANOS

Ante todo, hemos de empezar este apartado haciendo hincapié en que la dignidad del paciente exige que no se le someta a ningún tratamiento fútil, entendiéndose por tal aquel del que se sabe con certeza que no va a contribuir a lograr el objetivo que justifica su adopción, por reiterado que fuese su empleo⁷.

En consecuencia, cuando no hay tratamiento alguno disponible que permita albergar esperanza de mejoría en el paciente, habría de aceptarse la inevitabilidad de la muerte y ayudar al enfermo a prepararse de la forma más adecuada para ella. «En tales acciones, que se respete la no intervención terapéutica y se alivie el dolor sólo significa que se reconoce el dejar morir, pero ello no puede ser considerado una forma de eutanasia en el sentido de provocar la muerte»⁸. Sin duda, hay que insistir, en este último aspecto, ya que el uso de los cuidados paliativos y el apoyo emocional al paciente de cara a la muerte jamás deben ser interpretados como reconocimiento de un fracaso terapéutico. Por supuesto, tampoco es aceptable que se considere que, al actuar así, el personal sanitario está, de facto, facilitando la muerte al paciente. No aplicar tratamientos que no puedan mejorar la salud o contribuir al aumento de la calidad de vida del enfermo terminal, nada tiene que ver con la práctica de la eutanasia.

⁵ Inmaculada GARCÍA PALOMERO, *op. cit.*, p. 207.

⁶ Jean BAUDRILLARD, *L'échange symbolique et la mort*, Gallimard, Paris, 1976, pp. 265-6.

⁷ Inmaculada GARCÍA PALOMERO, *op. cit.*, p. 208.

⁸ *Ibidem*, p. 215.



En otro orden de cosas, recordemos que la actitud frente a la instauración o retirada de medidas terapéuticas es asimismo un componente esencial que, como tal, marca de forma decisiva el enfoque que se da al problema de la donación de órganos. El propio diagnóstico de la muerte, así como la legitimidad que se otorga o no a ciertas prácticas dependen en buena medida de dicha actitud. Uno de los problemas que aparecen en este contexto es determinar la evidencia de destrucción de tejidos, como criterio para diagnosticar una pérdida irreversible de funciones, que justifique a su vez la declaración de muerte cerebral⁹. En efecto, es posible que la pérdida de funciones vitales no esté relacionada con la destrucción tisular, con lo cual no tendría necesariamente un carácter irreversible. Aquí se situaría el núcleo del debate ético a propósito de la muerte hospitalaria y la donación de órganos, pues, en particular, se consideraría suficiente «el diagnóstico de esta pérdida constitutiva y estructural de las funciones propias de la parte superior del encéfalo para estar seguros de que ‘alguien’ ha pasado a ser ‘algo’, un cadáver»¹⁰. Como es fácil advertir, al abordar este asunto ha de ponerse el acento en estos dos términos: *constitutiva* y *estructural*. Recordemos a este respecto que Jean Baudrillard ha insistido en que, «para la medicina, el cuerpo de referencia, es el cadáver. Dicho de otra forma, el cadáver es el límite ideal del cuerpo en su relación con el sistema de la medicina»¹¹. Con ello se alude a la presencia implícita de la muerte en la experiencia médica, no ya como posibilidad, sino como referencia límite y marco subyacente. En este sentido, la enfermedad grave no situaría al enfermo entre la vida y la muerte, sino que más bien vendría a hacer patente la realidad subyacente de la muerte, que la práctica médica intenta, por todos los medios a su alcance, difuminar. Se dirá que, precisamente, la tarea primordial de la atención médica y sanitaria es evitar la muerte, pero no nos referimos a esto; de lo que hablamos es del silencio que en tales ámbitos se ha instalado a propósito de la muerte, así como al empeño que se pone en su ocultamiento.

En contra de lo que suele afirmarse, esta forma de enfocar la cuestión no nos pone a salvo de caer en la deshumanización en el trato con el paciente. Para evitarlo habría que considerar que incluso el cuerpo que no responde ya a ningún estímulo y en el que se ha diagnosticado una destrucción irreversible de la corteza cerebral, es un cuerpo humano, no una mera cosa, no un objeto que pueda tratarse como un elemento material cualquiera. Desde esta perspectiva, la deshumanización de la relación con el paciente mantiene ciertos vínculos con el ocultamiento de la referencia a la muerte y conlleva riesgos muy notables.

Pero, volviendo al problema del diagnóstico de la muerte, Bonete Perales concluye que «el consenso científico actual (fundamento de la legislación vigente

⁹ Enrique BONETE PERALES, «Muerte ‘encefálica’: implicaciones éticas» en José María GARCÍA GÓMEZ-HERAS-Carmen VELAYOS CASTELO, *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*, Tecnos, Madrid, 2005, p. 227.

¹⁰ *Ibidem*, pp. 227-8.

¹¹ Jean BAUDRILLARD, *op. cit.*, p. 177.

sobre el particular) considera que en sentido estricto la muerte encefálica será aquella que nos manifieste la *destrucción de todo el cerebro*. Éste sería el criterio más correcto y seguro»¹². Esta afirmación parece conllevar un criterio de discernimiento claro y tajante, pero no es así. Tan sólo sería si, en el diagnóstico de la muerte, se aceptase como único criterio el cese completo de toda actividad cerebral. Como es evidente, tal cosa nos retrotraería al criterio tradicional, basado en la parada cardio-respiratoria y el fracaso de toda maniobra de reanimación. Huelga decir que la adopción de semejante criterio mermaría de manera radical las posibilidades de obtener órganos y tejidos en buen estado para su utilización en trasplantes.

En todo caso, la cuestión de la dignidad del cuerpo humano va más allá de la problemática relacionada con el momento en que se diagnostica la muerte y los trasplantes de órganos. En última instancia, se trataría de no eliminar la posibilidad de obtener órganos para trasplantes sin por ello reducir el cuerpo del donante a la condición de cosa. Como el mismo autor antes citado se ocupa de señalar, en este punto «se cruzan dos problemas que han de quedar claramente diferenciados: uno se refiere a cuándo se ha de impedir el aplazamiento artificial de la muerte, y el otro a cuándo se justifica iniciar una intervención en un determinado cuerpo humano»¹³. La prolongación de la vida, con medios artificiales, con el objetivo de utilizar el cuerpo como proveedor de órganos, ha sido puesta en cuestión de forma reiterada en los últimos años. Bonete Perales recuerda al respecto la conocida posición de Hans Jonas, quien se manifestó contrario a prolongar de manera artificial la vida de un cuerpo cuyo cerebro ha resultado profundamente dañado, de la misma forma que se opuso de manera radical a cuanto suponga la utilización del cuerpo de un individuo como banco de órganos para trasplantes¹⁴. El planteamiento de Jonas antepone el valor de la vida y la dignidad del ser humano, en la vida y en la muerte a cualquier otra consideración de carácter utilitarista. A su entender, en todo este proceso discursivo en torno al criterio de la muerte cerebral, lo más relevante no es la posibilidad o no de definir la muerte y con ello, a partir de un determinado momento, permitir que ésta siga su curso, sino *anticipar* el momento de la defunción y utilizar tal apoyo para prolongar de forma artificial una vida que no es considerada tal, con objeto de obtener órganos y tejidos en las mejores condiciones. Por esa razón, Jonas hizo hincapié en que «la pregunta correcta no es: ¿ha muerto el paciente?, sino: ¿qué va a pasar con el que sigue siendo un paciente? Ciertamente, esta pregunta no puede ser respondida mediante una definición de la muerte, sino que tiene que serlo con una 'definición' del ser humano y de lo que es una vida humana»¹⁵.

Es necesario poner aquí de relieve que el debate sobre el diagnóstico de la muerte cerebral sigue abierto. De un lado, porque el progreso científico y técnico permite afrontar, cada vez de un modo más preciso, el problema del establecimiento

¹² Enrique BONETE PERALES, *op. cit.*, p. 229.

¹³ *Ibidem*, p. 231.

¹⁴ Hans JONAS, *Mortality and Morality*, Northwestern University Press, Evanston, 1999, pp. 87 y ss.

¹⁵ Jonas, HANS (1997), *Técnica, medicina y ética*. Paidós, Barcelona, p. 152.

del momento en que ésta se produce. De otro, porque el avance en las técnicas quirúrgicas propone nuevos problemas a afrontar, tanto desde el punto de vista científico cuanto desde la perspectiva ética. Por ello es pertinente establecer con claridad cuál es el papel de la definición de la muerte, en el contexto de la medicina actual. A este respecto, de antemano ha de advertirse que «una mera definición de muerte no nos garantiza seguridad alguna sobre cuándo un ser humano está realmente muerto, sólo sobre cuándo lo consideramos médicamente muerto»¹⁶. No olvidemos que la muerte es un proceso y lo que se pretende hacer a través de una *definición* de la misma es determinar que, en un punto determinado de éste, puede intervenir en uno u otro sentido, sin que las consideraciones morales supongan un freno a la actuación de los profesionales sanitarios. El asunto tiene una enjundia particular, como tantas veces se ha señalado, a la luz de las posibilidades de prolongar la vida de las que dispone la medicina hospitalaria actual. Estas técnicas proporcionan un poder de gestionar la muerte que ha de ser usado con responsabilidad, pero esta última es impensable cuando la misma muerte es dejada fuera del horizonte de nuestra reflexión.

En este sentido, constituye también un tópico contraponer la posición de Hans Jonas con la de Peter Singer, quien defiende al respecto el pragmatismo más radical¹⁷. Como es sabido, para él no existe impedimento ético alguno que pueda suponer un freno a la extracción de órganos de aquellos individuos en los que se ha dado una pérdida irreversible de las funciones corticales o en los que se constata la imposibilidad de llegar a desarrollarlas. Tomando como base de acción tal presupuesto, nada impide utilizar al paciente que pierde de forma irreversible el uso de sus facultades psíquicas superiores como simple proveedor de órganos para trasplantes. Esta posición, polémica en sí por los mismos presupuestos de los que parte, lo es aún más si tenemos en cuenta la existencia de numerosos casos límite, en los que no se podría determinar de forma taxativa la imposibilidad del paciente de recuperar en algún momento sus funciones psíquicas superiores. Es ésta, cuando menos, una objeción con el peso suficiente como para conducirnos a cuestionar el pragmatismo de Singer e impulsarnos a seguir trabajando en el afinamiento de la definición de muerte cerebral. Ésta no tendría por qué implicar la muerte de *todo* el cerebro, pero sí la pérdida *estructural e irreversible* de las funciones corticales. Por su parte, Bonete Perales concluye el trabajo que venimos mencionando en esta sección haciendo énfasis en que «el núcleo de la cuestión para la *Tánato-ética* sigue aún en pie: ¿es la muerte cerebral una mera definición pragmática?»¹⁸. No obstante, sin dejar de recalcar la pertinencia de esa pregunta, añadiríamos nosotros una bien distinta. A saber: ¿qué otras alternativas hay a semejante forma de enfocar la cuestión de la muerte?

¹⁶ Enrique BONETE PERALES, *op. cit.*, p. 234.

¹⁷ «El seguir viviendo no puede beneficiarles si carecen de conciencia». Peter SINGER, *Repensar la vida y la muerte*, Paidós, Barcelona, 1997, p. 203.

¹⁸ Enrique BONETE PERALES, *op. cit.*, p. 247.



2.3. LA MUERTE HOSPITALARIA. LA BIOPOLÍTICA DE LA MUERTE

La mayor parte del millar de personas que mueren diariamente en España lo hacen en los hospitales. La muerte se ha trasladado desde nuestros hogares a los centros hospitalarios. Este traslado incide de manera decisiva en la forma en que comprendemos la muerte. Ésta se comenzó a entender como el fracaso de la medicina y, por ello, debe negarse, ocultarse lo máximo posible. Una ciencia médica basada en la enfermedad, y no en el enfermo, sólo entiende a la muerte como un error, escondiéndola tras los biombos de los hospitales.

Este cambio en la visión de la muerte también se produce por un cambio en la concepción del ser humano. A finales del siglo XVIII el Estado ya no se preocupa de los individuos, en tanto que sujetos diferenciados, sino que éstos son vistos ahora como una población. La política comienza a encargarse de cuestiones relacionadas con la vida como la natalidad, la mortalidad, la salud, la muerte, etc. El poder se va a ir convirtiendo en biopoder y así la política en biopolítica. El ser humano pasa a ser un recurso del biopoder, se cosifica y la muerte será el fracaso de la biopolítica.

En el curso que impartió en el Collège de France bajo el título de *Il faut défendre la société*, Michael Foucault expone cómo uno de los fenómenos fundamentales del siglo XIX fue la toma en consideración de la *vida* por parte del poder. Se produce así la estatización de lo biológico. En su opinión,

una de las transformaciones más masivas del derecho político del siglo XIX consistió, no digo exactamente en sustituir, pero sí en completar ese viejo derecho de soberanía —hacer morir o dejar vivir— con un nuevo derecho, que no borraría el primero pero lo penetraría, lo atravesaría, lo modificaría y sería un derecho o, mejor, un poder exactamente inverso: poder de hacer vivir y dejar morir. El derecho de soberanía es, entonces, el de hacer morir o dejar vivir. Y luego se instala el nuevo derecho: el de hacer vivir y dejar morir¹⁹.

Ya no podremos encontrar un poder exterior a la vida y la vida ya nunca se va a producir fuera de su relación con el poder. Dentro de este nuevo control de la vida está también el control sobre la muerte y la forma de morir.

La muerte apareció enfrentada al derecho que posee el cuerpo social de asegurar su vida. La biopolítica olvida al hombre individual y se centra en la población como problema político-científico, entretejiéndose una relación entre lo biológico y el poder. La enfermedad será un

fenómeno de población: ya no como la muerte que se abate brutalmente sobre la vida —la epidemia— sino como la muerte permanente, que se desliza en la vida, la carcome constantemente, la disminuye y debilita. Éstos son los fenómenos que a fines del siglo XVIII se empiezan a tener en cuenta y que conducen a la introduc-

¹⁹ Michel FOUCAULT, *Il faut défendre la société (Cours au Collège de France, 1975-1976)*. Vers. cast., Michel Foucault, *Defender la sociedad*, FCE, Buenos Aires, 2000, p. 218.

ción de una medicina que ahora va a tener la función crucial de la higiene pública, con organismos de coordinación de los cuidados médicos, de centralización de la información, de normalización del saber, y que adopta también el aspecto de una campaña de aprendizaje de la higiene y medicalización de la población. Por tanto, problemas de la reproducción, de la natalidad y también de la morbilidad²⁰.

Diego Gracia expuso las razones históricas del nacimiento de la bioética hablándonos de dos revoluciones: la biológica y ecológica y la médico-sanitaria.

Hay cuando menos dos tipos de razones que explican el nacimiento y desarrollo de la bioética en el curso de las dos últimas décadas. Uno primero lo constituyen los avances acaecidos en el campo de la biología molecular y de la ecología humana, y la creciente preocupación por el futuro de la vida sobre nuestro planeta. Otro, la profunda transformación operada en el ámbito de la medicina en los últimos cinco lustros²¹.

El desarrollo silencioso de la biopolítica ha transformado la forma de comprender al hombre, su vida y su muerte. La bioética nace a partir de la biopolítica, como intento de poner freno a este biopoder. La muerte oculta y oscura en los hospitales es el reflejo de la nueva biopolítica de la muerte.

3. NUESTRA MUERTE EN EL ROSTRO DEL OTRO

Hemos intentado mostrar la presencia del biopoder y la biopolítica, y lo que ello implica respecto a la muerte. Ahora queremos delimitar aún más el campo de visión. De este modo, entre los muchos calificativos que podemos usar para describir a la muerte, nos centraremos en algunos que creemos necesarios analizar someramente: miedo, dolor y sufrimiento, para intentar comprender no sólo la muerte sino al ser humano.

Para abordar estas cuestiones creemos necesario centrarnos en un concepto clave, el *otro*, que Emmanuel Lévinas nos muestra en *Totalidad e infinito*. Tal como lo concibe este pensador:

lo Otro metafísicamente deseado no es «otro» como el pan que como, o como el país en que habito, como el paisaje que contemplo, como a veces, yo mismo a mí mismo, este «yo», este «otro». De estas realidades, puedo «nutrirme» y, en gran medida, satisfacerme, como si me hubiesen simplemente faltado. Por ello mismo, su alteridad se reabsorbe en mi identidad de pensante o de poseedor. El deseo metafísico tiende hacia lo totalmente otro, hacia lo absolutamente otro. El análisis habitual del deseo no podría dar razón de su singular pretensión. En el fondo del

²⁰ *Ibidem*, p. 221.

²¹ Azucena COUCEIRO (ed.), *Bioética para clínicos*, Editorial Triacastela, Madrid, 1999, p. 20.



deseo comúnmente interpretado, se encontraría la necesidad; el deseo señalaría un ser indigente e incompleto o despojado de su grandeza pasada. Coincidiría con la conciencia de lo perdido. Sería esencialmente nostalgia, añoranza. Pero de este modo no sospecharía aún lo que es verdaderamente otro²².

El otro no es un yo disfrazado, sino un absolutamente otro. Entendiendo que la muerte del otro será una experiencia única.

Examinemos la fenomenología de la muerte sirviéndonos del texto de Timothy E. Quill, «La muerte médicamente asistida: ¿progreso o peligro?». Para este autor, «examinando sin prejuicios la fenomenología de la muerte en la que el moribundo va degenerando sin otra vía de escape que la muerte misma, uno adquiere una percepción más compleja de los insolubles dilemas con los que a veces se enfrentan los enfermos moribundos, sus familias y sus médicos. Mediante este examen nos damos cuenta de que las prohibiciones y respuestas fáciles son a menudo inservibles, y pueden llegar a ser perjudiciales si minimizan o trivializan la temible y difícil situación a la que estas personas y sus familias se ven obligadas a enfrentarse»²³. Empecemos por el sufrimiento. «La prueba suprema de la libertad no es la muerte sino el sufrimiento»²⁴, indicaba Lévinas. Entendiéndolo como una experiencia humana límite que pone a prueba nuestra autonomía y libertad. El dolor será la experiencia más temida por parte del enfermo. Al ser el dolor una experiencia subjetiva debemos tratar de comprenderla a partir de la subjetividad del otro. Jürgen Habermas sostiene que «el médico se convierte en instrumento del conocimiento, no ya mediante la eliminación, sino mediante la introducción controlada de la subjetividad»²⁵. Sin subjetividad, no podremos comprender ni el dolor ni al enfermo en su muerte. Finalmente, el miedo: atroz e inenarrable. La importancia del «lenguaje funciona aquí como especie de transformador. Al irse insertando procesos psíquicos como sensaciones, necesidades y sentimientos en las estructuras de la intersubjetividad lingüística»²⁶.

La deshumanización de la muerte es parte de la crisis del humanismo, que Emmanuel Lévinas describe en estos términos:

la crisis del humanismo en nuestra época tiene, sin duda, su origen en la experiencia de la ineficacia humana que acusan la abundancia de nuestros medios de actuar y la extensión de nuestras ambiciones. ... Los muertos sin sepultura en las guerras y en los campos de exterminio acreditan la idea de una muerte sin mañana y vuelven tragicómica la preocupación por sí e ilusorias las pretensiones del animal racional, de poseer un lugar privilegiado en el cosmos y capacidad de dominar y de integrar la totalidad del ser en una conciencia de sí²⁷.

²² Emmanuel LÉVINAS, *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, Ediciones Sígueme, Salamanca, 1977, pp. 57-58.

²³ VV.AA., *Morir con Dignidad: Dilemas Éticos en el Final de la Vida*, Ediciones Doce Calles, Madrid, 1996, p. 15.

²⁴ Emmanuel LÉVINAS, *op. cit.*, p. 252.

²⁵ Jürgen HABERMAS, *Conocimiento e interés*, Taurus, Madrid, 1982, p. 236.

²⁶ *Ibidem*, p. 316.

²⁷ Emmanuel LÉVINAS, *Humanismo del otro hombre*, Siglo XXI, México, 2006, p. 84.

Esta crisis del humanismo podría superarse si somos capaces de ver nuestra muerte en el rostro del otro.

3.1. LA MIRADA BIOÉTICA

Llega la hora de concluir este pequeño ensayo. Pese a lo cual, una vez recorridos en los párrafos anteriores temas tan importantes para entender lo que significa la muerte hoy, como son la medicina hospitalaria, el significado de la muerte y el sentido de la vida, la muerte en los hospitales y la biopolítica de la muerte y, finalmente, la idea lévinasiana de contemplar nuestra muerte en el rostro del otro; no quisiéramos acabar sin añadir un concepto que cobra sentido precisamente ahora porque, en cierta forma, para poder haber visualizado todo lo anterior hemos tenido que desarrollar en algún momento lo que podríamos denominar la mirada bioética y que a continuación expondremos.

En *Naissance de la clinique* Michel Foucault explica que la llamada medicina moderna surge en los últimos años del siglo XVIII desarrollándose

cuando reflexiona sobre sí misma, identifica el origen de su positividad a una vuelta, más allá de toda teoría, a la modestia eficaz de lo percibido. De hecho, este supuesto empirismo no descansa en un nuevo descubrimiento de los valores absolutos de lo visible, ni el abandono resuelto de los sistemas y de sus quimeras, sino en una reorganización de este espacio manifiesto y secreto que se abrió cuando una mirada milenaria se detuvo en el sufrimiento de los hombres²⁸.

Naciendo así la mirada clínica. Aún así, creemos que hoy es necesario desarrollar una nueva mirada que vuelva a descubrir al hombre más allá de la descripción técnico-científica, ampliándose con la descripción humana del sujeto enfermo añadiendo valores y creencias. Es la mirada bioética. Su introducción supone un nuevo cambio de paradigma, ya que altera «toda la constelación de creencias, valores, técnicas y demás, compartidos por los miembros de una comunidad»²⁹. Es una nueva manera de ver el mundo, al ser humano y al paciente. Esta mirada bioética viene a contrarrestarla la nueva visión del hombre propiciada por la biopolítica que ha entendido al hombre como un recurso.

En el libro citado de Michel Foucault, que «trata del espacio, del lenguaje y de la muerte; trata de la mirada»³⁰, se exponen numerosos ejemplos de cómo la nueva mirada clínica, «guía nuestra mirada en un mundo en constante visibilidad»³¹. En las unidades de cuidados paliativos se han de mirar directamente al rostro de los

²⁸ Michel FOUCAULT, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI, Madrid, 2007, p. XI.

²⁹ Thomas Samuel KUHN, *La estructura de las revoluciones científicas*, FCE, México, 2006, pp. 302-303.

³⁰ Michel FOUCAULT, *El nacimiento de la clínica, edic. cit.*, p. VII.

³¹ *Ibidem*, p. VIII.



pacientes, ya que éstos precisan unos cuidados individualizados, en los que han de tenerse en cuenta creencias y valores. Desde ellas se ha ido proponiendo instaurar los cuidados en el domicilio del paciente, siempre que sea posible y que el paciente así lo desee o, en su defecto, la vuelta a los hospicios como casas y no en hospitales, en los que los pacientes pasan llenos de vida, y no de muerte, sus últimos días³².

A modo de consideración final, quisiéramos acabar este pequeño ensayo uniéndonos al desiderátum expuesto en la «Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos», del 24 de abril del 2002. En efecto, hemos de continuar buscando «recomendaciones y medidas normativas que promuevan y garanticen a todos los ciudadanos sin discriminación y en la práctica, el derecho a recibir los mejores cuidados al final de la vida». La mirada bioética nos puede hacer volver a ver pacientes más allá de enfermedades, a entender la muerte como parte de la vida, como el último paso de su vida. Debiendo ser respetada, no ocultada ni negada, con dignidad y humanidad hasta el final.

Recibido: julio 2011

Aceptado: septiembre 2011



³² La película «C'est la vie», de Jean-Pierre Améris (2003), expone perfectamente la vida en estos modernos hospicios, donde la muerte se muestra llena de vida.