



# CUIDAR Y ASISTIR: ¿HIJOS DE UN DIOS MENOR?

## CARE AND SUPPORT: CHILDREN OF A LESSER GOD?

FRANCISCO BARÓN<sup>(1)</sup>, ÁLVARO SANZ<sup>\*(2)</sup>

1. Unidad de Hospitalización. Oncología Médica. Hospital Universitario de A Coruña. Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

2. Oncología Médica. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

\*Calle Dulzaina 1, 47013 Valladolid

asrubiales@hotmail.com

### RESUMEN:

**Palabras clave:**

Equidad. Asistencia.  
Soledad. Pacientes  
crónicos. Dignidad.

Recibido: 16/12/2020

Aceptado: 26/06/2021

El sistema sanitario occidental corre el riesgo de descartar o dejar de lado una proporción importante de pacientes que requieren una atención menos tecnológica y más cercana y humana, que precisan más soporte y cuidados. En un escenario así, tanto la asistencia cercana y los cuidados como los pacientes que necesitan estos cuidados –y que no se beneficiarían de tratamientos agresivos o intervencionistas– pueden verse como algo secundario, como hijos de un dios menor. Sería preciso cambiar el paradigma para entender que la calidad de la atención no se limita a la tecnología. Y sería necesario también promover la dignidad de los cuidados de modo que no se contemplen como algo secundario y pasivo, sino que se entienda que estos cuidados deben ser no solo activos sino también intensos sin perder perfil humano y cercano. Favorecer la dignidad de los cuidados supone también promover la dignidad de todos los pacientes que han podido quedar marginados o excluidos por parte de un sistema sanitario marcado por la tecnología, la complejidad y que tiene como objetivo la eficiencia.

### ABSTRACT:

**Keywords:**

Equity. Assistance.  
Loneliness. Chronic  
patients. Dignity.

Our health system runs the risk of ruling out or neglecting a significant proportion of patients who require less technological but closer and humane care, those who require more support and attention. In this scenario, it is easy that both the assistance and close care and the patients who need this care and who would not benefit from aggressive or interventionist treatments may be considered as secondary: as children of a lesser god. It would be necessary to change the paradigm to understand that the quality of care is not limited to technology. And it would also be necessary to promote the dignity of care so that it is not seen as secondary and passive. On the contrary, care should be understood not only as active but also as intense without losing its close and human profile. Promoting the dignity of care also means promoting the dignity of all patients who may have been marginalized or excluded from this health system that is marked by technology and complexity and whose goal is efficiency.

## 1. Introducción

Dentro del principio de justicia –que lleva a dar a cada uno lo que le corresponde– está el tratar a los pacientes con equidad. Esta equidad es un concepto que se presta a acepciones pero que se podría entender como tener en cuenta las condiciones propias del caso para poder afrontarlo con un sentido “moral y humano”<sup>1</sup>. Es posible que en ocasiones la aplicación formal de la justicia favorezca situaciones paradójicas de franca injusticia y desigualdad. Como sucede con todas las inequidades, también en el ámbito de la medicina son más comunes entre las personas más frágiles y vulnerables. En cierto modo, tanto de estas personas como de la atención que reciben o del modo en que se les presta esta atención, se podría decir que son “hijos de un dios menor”.

Todos comprendemos lo que intenta transmitir la idea de “hijos de un dios menor”. Y es normal que se tome como referencia la película con este título que narra la historia de un profesor de dicción en una escuela para sordos que se enamora de una de las trabajadoras del centro, sorda también. La película fue nominada en 1986 a cinco premios de la Academia –entre ellos el de mejor película– y la protagonista, Marlee Matlin, logró el Óscar a la mejor actriz<sup>2</sup>. La mitología griega distinguía entre divinidades mayores individuales u olímpicas (Zeus, Hera, Poseidón...), aceptadas por todos los hombres, y divinidades menores o domésticas, solo seguidas por algunos. En cierto modo, se podría decir que “en el mundo hay billones de dioses. Hay más dioses que mosquitos en un pantano. La inmensa mayoría de ellos son demasiado pequeños para verlos y nunca llegan a ser adorados, al menos por nada más grande que las bacterias, que nunca dicen sus oraciones y no son lo que se dice demasiado exigentes en cuestión de milagros. Son los dioses menores, los espíritus de los lugares donde se cruzan los caminos de las hormigas, los dioses de los microclimas que hay entre las raíces de las hierbas. Y la mayor parte de ellos se quedan así”<sup>3</sup>. Dioses,

sí... pero menores. De segunda categoría. O de tercera. Intrascendentes. Una intrascendencia que les es propia y que heredan sus hijos: dignidad de hijos de un dios. Pero de un dios intrascendente, sin derechos, tan solo uno de tantos...

## 2. “¿Usted se cree que esto se le hace a una dama?”

Presentamos el caso de Ina Vasileva (nombre ficticio) en que se suceden inequidades administrativas, formales, involuntarias, reflejas... Nadie lo pretende, pero la situación social de la paciente y las circunstancias epidemiológicas hacen que reciba un trato –el que obligan la circunstancias– que, aunque cumple criterios y trámites administrativos, es fácil de entender como inadecuado. Es lo que sucede cuando a una enferma se le aplica de una manera impersonal “la normativa vigente”.

Ina es una paciente de 75 años de gestos elegantes y piel blanca y suave. Emigrante de un país del este, vivía en un pueblo pequeño cercano a la costa. Vendía en la calle globos y acuarelas de un compatriota. Su nieto, Víctor, es su única familia. A Ina se le diagnosticó un cáncer de pulmón avanzado en una ciudad cercana. Aunque no está “como para recibir tratamiento”, por el tipo de tumor –poco sensible– y por su capacidad funcional limitada, tampoco *cumple criterios* de terminalidad y, por tanto, no es atendida en una Unidad de Cuidados Paliativos. Y como no tiene vivienda adecuada ni quien pueda atenderla de modo continuo (“cuidador competente”) tampoco *cumple criterios* para poder recibir la atención de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Un auto del juez que consideró que Víctor era incapaz para los cuidados obliga a que sea atendida en una residencia o, si es necesario, en un hospital situado a cien kilómetros de distancia: un desajuste entre el recurso social de Urgencia y el área sanitaria de la paciente hace que no coincidan en la misma provincia el recuso sanitario y el social. Así que en cada ingreso –y lleva varios– se repiten los mismos pasos: disnea, dolor torácico, sospecha de infección respiratoria, Urgencias, área pre-COVID, PCR negativa para coronavirus, estancia transitoria en el hospital de la ciudad donde se en-

1 Ruiz-Gallardón, I. «La equidad: una justicia más justa». *Foro: Revista de ciencias jurídicas y sociales*. 2017; 20(2): 173-191.

2 La película “Hijos de un dios menor” (*Children of a Lesser God*) es uno de los ejemplos cinematográficos de mayor interés para los logopedas y especialistas en trastornos de la audición.

3 Pratchet, T. *Dioses menores*, Plaza y Janés, Barcelona, 2002, 44.

cuentra la residencia, solicitud de derivación y traslado al otro centro.

Víctor trabaja en lo que alcanza y vive en una *solución habitacional* con un compañero de trabajo. Pero visita a su abuela siempre que puede a la hora de la comida y de la cena. La abraza y la acaricia y le ofrece el alimento con cariño. Luego la ayuda a hacerse el moño. “Que bien te ha quedado el chicho abuela”. Cuando están con el personal hablan en español, en privado en su propio idioma.

En el hospital, la situación epidemiológica con la pandemia COVID ha llevado a imponer una normativa que impide salir de la habitación. A Víctor ni siquiera se le permite sacar diez minutos a su abuela al vestíbulo de los ascensores, desde donde se puede ver el mar. Por un criterio de justicia “si hacemos una excepción con una paciente tendríamos que hacerla con todos, y es que todos lo necesitarían”. Por supuesto, ya no hay visitas de voluntarios de la AECC ni talleres de arte como los que se hacían antes una vez por semana. En el fondo, aunque Ina no padece COVID, sí que sufre las consecuencias de esa doble soledad que ha generado<sup>4</sup>.

Así que Ina sigue ingresada. Como ella no tiene con qué pagarlo, es el trabajador social el que le recarga con su dinero la tarjeta de la televisión de su cama. Y es un médico residente el que le sube algunos días un bocadillo de tortilla de la cafetería. Pero la paciente está triste y se la ve huraña, desagradable, exigente... Cuando la oncóloga plantea la posibilidad de un piso de alquiler social tutelado (promovido por una ONG) que les permita a Ina y su nieto salir unos días del hospital, el trabajador social le explica que para poder hacerlo sería necesario cambiar la orden judicial en vigor y que para cuando eso se consiguiera la paciente ya habría fallecido...

Esta es la situación hasta que un día Ina estalla y le echa en cara a la oncóloga “¿Usted se cree que esto se le hace a una dama?”. Y cuando la médica entra en conversación, lo que le dice es: “Estoy encerrada y no me dejan ni llevar mi ropa, aunque sea humilde”. La oncóloga intenta quitar hierro a la situación y le explica que en el Hospital todos llevan uniforme: las enfermeras, las auxiliares, los médicos... “Sí –contesta Ina–, como en la cárcel...”.

4 Snyder, T. *Nuestra enfermedad: lecciones de libertad en un diario de hospital*, Galaxia Gutenberg, Barcelona, 2020, 20.

### 3. Los hermosos perdedores

En una sociedad competitiva e individualista lo peor que le puede pasar a cualquiera no es que pierda, sino que se convierta en *un perdedor*. Ser un perdedor, un *loser*, no es sencillamente que no haya sido posible ganar, sino que su destino es el de no conseguir sus objetivos y estar siempre por debajo de los demás. Y, además, quedarse solo y descolgado. Igual que sirve aquello de *victores victuri*, los ganadores seguirán ganando, también se podría decir que los perdedores, los *losers*, seguirán perdiendo. Es su destino. Este es el escenario en que hay que situar el libro que Leonard Cohen publicó en 1966 con el título “*Beautiful Losers*”, “Los hermosos vencidos”<sup>5</sup> (o “Los hermosos perdedores”)<sup>6</sup>. Un título que lo primero que nos transmite es que los frágiles y vulnerables, los desheredados y los vencidos tienen también su propia belleza<sup>7</sup>.

La pandemia del COVID no ha supuesto ningún freno a este proceso de aceleración que ha llevado a que nunca tanta ciencia y tanta tecnología se hayan coordinado y acumulado en un periodo menor de tiempo. Sin embargo, este desarrollo parece que se encuentra en parte limitado a unos privilegiados. Se ha generado una sociedad del descarte<sup>8</sup> en que son muchos los desheredados que no tienen acceso a este progreso asimétrico. Los ancianos, los parados, los inmigrantes, los alumnos de enseñanzas especiales, los niños autistas, los pacientes que

5 Cohen, L. *Los hermosos vencidos*, Ediciones B, Barcelona, 1998.

6 Narra cómo Edith, un viejo profesor de los años 60 del siglo pasado, vive un triángulo pasional extraviado por la soledad. Habla en su piso de Montreal con las sombras de su mujer y de su mejor amigo. Los dos ya no viven y a él solo le quedan sus recuerdos y la referencia balsámica de Catherine Tekakwitha, una santa iroquesa del siglo XVII capaz de redimir a sus devotos más confundidos.

7 Es lo que transmite el poema *Vencidos*, de León Felipe, al que puso música Joan Manuel Serrat y que describe la vuelta de don Quijote a su tierra tras perder en duelo con el caballero de la Blanca Luna. Se ve a un don Quijote *vencido: derrotado, ocioso* y despojado de lo que le representa *–sin peto y sin espaldar–* (como Ina en el ingreso hospitalario), *cargado de amargura* y, consciente de que ya han terminado sus andanzas en busca de aventuras porque se sabe incapaz de volver a *batallar*. Una imagen hermosa que refleja todos los que antes fueron, creyeron y pudieron, pero ahora ya no son, ni creen, ni pueden...

8 Francisco. [Publicación en línea] «Carta Encíclica Fratelli tutti». 2020. <[http://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco\\_20201003\\_enciclica-fratelli-tutti.html](http://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20201003_enciclica-fratelli-tutti.html)> [Consulta: 02/12/2020]

no están en condiciones (lo que ahora se llama “*unfit*”<sup>9</sup>), los trabajadores con contratos precarios... van quedando en segunda fila. Al reconocerlos más frágiles, quizás por ello los vemos más humanos, con esa belleza propia de los perdedores, de los *descartados*. Todos estos *descartados* son los nuevos perdedores de nuestra sociedad. Son los *hermosos vencidos* que describía Cohen<sup>10</sup>. En cierto modo, todos estos colectivos son víctimas de la *Ley del cuidado inverso* que se define para la atención médica, pero que se podría aplicar a muchas otras prestaciones y que recuerda que la disponibilidad de una buena atención es inversamente proporcional a la necesidad de la población asistida, de manera especial donde esta prestación “está más expuesta a las fuerzas del mercado”<sup>11</sup>.

Cada ser humano tiene una dimensión corporal y a la vez transcendental irrenunciable, una dimensión que, por así decir, no se puede *digitalizar*. En cierto modo, es con estos perdedores –con estos seres humanos frágiles y *analógicos* que lloran, que desean ser tratados de una manera justa– con los que la sociedad debería adquirir el compromiso de procurar hacer realidad aquellos proyectos sociales que tienen ya una solera de dos milenios: proyectos para lograr que los que han quedado al margen se sácien de justicia, que se les dé consuelo y que sientan cómo también a ellos se les trata de una manera compasiva. La justicia, el consuelo, la compasión... no son digitales, ni parece que se pueden procurar mediante teleasistencia. Son cercanos, humanos, tangibles. Es lo que cada uno puede hacer como persona con alguien al que percibe como un igual, con aquel con quien comparte la misma dignidad.

#### 4. El valor del cuidado

Cada uno debe definir cuál es su riqueza, es decir, su valor de referencia: *ubi thesaurus, ibi cor*. Algo que, en el fondo, debería llevar a optar, cada uno para sí

9 Estar en condiciones o no estarlo, ser considerado *fit* o *unfit*, es el resultado de una mezcla de condiciones físicas, psicológicas y sociales (cfr. De Marinis, F., Briá, E., Baas, P., Tiseo, M., Camerini, A., Favaretto, AG., Gridelli, C. «Treatment of unfit patients with advanced non-small-cell lung cancer: definition criteria according an Expert Panel». *Clinical Lung Cancer*. 2015; 16: 399-405).

10 *Ibid.*, 5.

11 Hart, JT. «The inverse care law». *The Lancet*. 1971; 1 (7696): 405-12.

mismo y también para los demás, entre dos tipos de estas riquezas: “la que produce bienestar o la que hace acrecentar el dinero”<sup>12</sup>. No nos engañemos, el dinero es *poderoso caballero*... Pero el bienestar es algo más cercano, más inmediato y, en cierto modo, más común y compartido. Bienestar no es la promesa de poder que supone el dinero. Al contrario, se trata de una realidad presente. Bienestar es lo que aportamos al *otro* cuando lo atendemos en todos los perfiles –los más físicos y los más inmateriales–. Bienestar es lo que damos, por tanto, cuando cuidamos a alguien porque bienestar y cuidados son dos conceptos, dos realidades, muy cercanos.

Cuidar es una suma de *cuidados*. Cuidar supone algo tan inconcreto como asistir, atender y prestar apoyo y, a la vez, algo tan preciso como aliviar la sed, el hambre, el frío, el dolor, la fiebre, el miedo... en fin: cubrir la base de la pirámide jerárquica de necesidades que propuso Maslow<sup>13</sup>. Cada uno de estos *cuidados* tiene valor instrumental para preservar y promover la dignidad. Sin embargo, el cuidado con mayúsculas, el *cuidado*, es decir, el *cuidado esencial* es el que sí que se puede considerar como un fin en sí mismo porque supone el *ethos* fundamental de lo humano. Este cuidado es un “modo-de-ser esencial”<sup>14</sup>. El *cuidado esencial* es, por tanto, una categoría moral que considera al paciente como sujeto valioso intrínsecamente en un encuentro entre agentes morales: el cuidado y el cuidador.

En este cuidado –que es un encuentro entre personas– se podría decir que la mano, “el órgano humano por excelencia”, delicada, firme y precisa y que “sirve tanto para acariciar como para agarrar” refleja a la entera persona que atiende y que entre estas dos facetas extremas de los posibles contactos interhumanos opta sin duda por la caricia<sup>15</sup>.

El paradigma médico se plantea, en algunos casos, como un modelo de gestión que tiene como objetivo la rentabilidad de la inversión y una relación adecuada

12 Durán de las Heras, MA. *La riqueza invisible del cuidado*, Universidad de Valencia, Valencia, 2018, 283.

13 Maslow, AH. *A theory of human motivation*, General Press, Nueva Delhi, 2019.

14 *Ibid.*, 14.

15 Boff, L. *El cuidado esencial ética de lo humano, compasión por la tierra*, Trotta, Madrid, 2002, 33.

entre coste y eficacia. En este modelo, cuidar del que sufre (sobre todo si no se beneficia de alta tecnología o de programas de investigación) se puede entender como un lastre o, al menos, como una incomodidad que hay que gestionar del modo más barato o simplemente "externalizar". Este modelo no tiene en cuenta que el *cuidado esencial* sí que mantiene una buena relación entre coste y eficacia, sobre todo en el dominio moral, para una sociedad democrática. Pero este cuidado esencial no es *tecnificable*: no se puede sustituir por algoritmos o por robots, aunque las manos mecánicas de las máquinas sean más baratas que las de un profesional comprometido. La tecnología podrá ayudar a los cuidados instrumentales, pero no será capaz de sustituir al *cuidado esencial*. Ni de rentabilizarlo en términos puramente monetarios. El problema del cuidado es que, en la sociedad digital, aunque sea eficiente a nivel económico –y muy decente a nivel moral!– nunca llegará a ser algo deslumbrante (*fotoeficiente*).

## 5. La actividad y la intensidad en los cuidados

En Oncología se habla de *tratamiento activo* para referirse a los fármacos antineoplásicos. Cuando el paciente está en una fase en que *aún no los recibe* o en que *ya no los recibe* porque no están indicados, normalmente en etapas muy avanzadas de la enfermedad, se dice que no está en *tratamiento activo*. Se asume que lo que toca entonces es meramente cuidar y atender síntomas. Y esta atención se asume como algo pasivo. Por eso, los cuidados –y, en concreto, los cuidados paliativos– se han entendido como una forma de cuidados *pasivos*; los que se aplican cuando ya no existe otra opción disponible o esperanza. Y se asociaron con insolvencia, con estar encamado y con ser incapaz de cuidarse uno mismo<sup>16</sup>. Sin embargo, la titulación de morfina, la escucha atenta de las preguntas difíciles, la comprensión e interpretación del sufrimiento no son pasivos. Y, en general, este perfil de cuidados no se limita al cáncer avanzado, sino que alcanzan otros muchos perfiles: personas mayores,

niños, enfermos crónicos... y, en general, a los pacientes vulnerables que por su situación clínica, personal o social requieren una atención personalizada y que necesitan sentir la cercanía de los profesionales.

Por otra parte, el concepto de *intensidad* se plantea como uno de los grandes objetivos y, a la vez, en uno de los medios de nuestra sociedad liberal occidental: todo tiene que ser intenso, todo requiere intensidad. Se podría decir que lo que se pretende es convertirnos en seres cuyo sentido existencial sea la intensificación de todas nuestras funciones vitales<sup>17</sup>. Es cierto que la intensidad tiene muchos perfiles favorables, también en medicina. Por ejemplo, hay una especialidad que se define por esta condición: la intensidad que caracteriza la atención de los pacientes críticos. Esta Medicina Intensiva "garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o (...) por fallo multiorgánico"<sup>18</sup>. La intensidad aparece también como una opción legítima y positiva en otras áreas de la medicina. Los oncólogos manejamos el concepto de intensidad y de densidad de dosis, es decir, la cantidad de un fármaco que se debe administrar en un periodo de tiempo concreto. Y somos conscientes de que, en algunos tumores, si no se alcanza una proporción suficiente sobre la intensidad de dosis prevista el tratamiento puede perder parte e incluso toda su eficacia<sup>19</sup>.

En esta línea, igual que se maneja el concepto *actividad* del tratamiento para aplicarla a los cuidados –los cuidados como algo *activo*–, es lógico que se plantee si no se podría hablar también de una *intensidad* de los cuidados del mismo modo que existe una intensidad de los tratamientos. De hecho, mientras que se considera que son adecuados unos cuidados *extensos* en el tiempo –no ha habido problema en aplicar unos cuidados paliativos precoces, desde las etapas más tempranas de

17 García, T. *La vida intensa*, Barcelona, Herder, 2019.

18 Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. [Publicación en línea]. «Unidades de cuidados Intensivos. Estándares y recomendaciones». <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf> [Consulta: 02/12/2020]

19 Sedhom, R., Gupta, A., MacNabb, L., Smith, T.J. «The impact of palliative care dose intensity on outcomes for patients with cancer». *The Oncologist*. 2020; 25: 913-915.

16 Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Leigh, N., Rydall A, Rodin G, Tannock, I., Hannon, B. «Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers». *Canadian Medical Association Journal*. 2016; 188: E217-E27.

la enfermedad<sup>20</sup>–, los cuidados *intensos* no se ven igual. Parece algo demasiado novedoso y un poco chocante, tal vez porque conceptualmente se ha considerado que la agresividad no dejaría de ser una forma de intensidad<sup>21</sup> y unos cuidados *intensos* se podrían interpretar erróneamente como unos cuidados agresivos o desproporcionados. Sin embargo, esta intensidad del cuidado no debería interpretarse como unos cuidados excesivos, obstinados y dañinos. Al contrario, es posible hablar de intensidad del cuidado dirigido exclusivamente al bienestar. Es posible hablar de intensidad del cuidado en la preocupación, el interés, la cercanía, la implicación, la formación y la profesionalidad. Son muchos los perfiles del cuidado en los que una mayor intensidad repercute de manera muy favorable en el paciente.

## 6. Conclusión

Se podría decir que, desde los últimos años del siglo XX, el punto de referencia asistencial es la medicina tecno-científica, basada en datos y en nuevas tecnologías, y en un modelo de sanidad centrado en el hospital, sobre todo en el perfil del hospital “de tercer nivel” y alta tecnología, el *hospital universitario*. La sanidad europea, aunque inspirada en el *National Health System* británico con una medicina primaria fuerte y vocacional, no quedó al margen de este movimiento. En este escenario tecnológico y tecnificado la muerte pasó a ser la manifestación de un fracaso técnico (al que es mejor no prestar demasiada atención) o un concepto meramente estadístico, no antropológico. Y resultó casi un descubrimiento ver que, pese a todos los avances, seguía habiendo pacientes que fallecían sin alivio del sufrimiento. Esta conciencia fue la que hizo que surgieran el movimiento *Hospice* y los cuidados paliativos que poco a poco se extendieron desde el mundo anglosajón a toda Europa y al resto del mundo.

Ya bien entrado el siglo XXI, una de las enseñanzas de la primera oleada del COVID es que hemos vuelto a descubrir que la propuesta de humanismo digital o,

mejor dicho, humanismo virtual (que es puro marketing de alguna empresa) y la telemedicina no solucionan los problemas de las personas. El dolor y el sufrimiento siguen siendo muy palpables, muy reales y, por así decir, ¡muy analógicos! Los héroes (héroes pacientes, héroes funcionarios, héroes voluntarios y héroes sanitarios) que no sufren, ni se cansan, ni sienten el dolor del prójimo son mitos sociales que se han creado para desviar la atención. No hay aplicaciones –ni siquiera de pago– que se puedan descargar en el móvil para aprender a controlar el sufrimiento, ni tutoriales en YouTube que hagan más llevadero el sinsentido de morir en soledad.

Empezamos a tener conciencia de que mientras no cambiemos el modo de entender la atención del enfermo seguiremos considerando el cuidado y la asistencia como algo antiguo, *propio de nuestras abuelas*, secundario, pasivo, poco intenso y, por tanto, como algo sobrante en una medicina de éxito. Algo parecido a un premio de consolación para quien no puede aspirar a otra cosa. Para superar este paradigma social de medicina tecnológica es preciso que los profesionales conozcamos y asumamos la necesidad del cuidado como parte inherente a su labor, parejo al conocimiento y a los medios técnicos. Y que también se nos forme en la relevancia de estos cuidados integrados en su propia actividad.

Cambiar el paradigma no supone recelar de los avances tecnológicos, sino procurar que el perfil humano, de trato y de cuidado, se desarrolle al mismo ritmo. Mientras no demos este paso, tanto el cuidado y la asistencia como los pacientes que los necesitan no serán más que hijos de un dios menor.

## Referencias

- Arsuaga, JL. «Hombres y dioses. Los orígenes de la agresividad humana». *Revista de Occidente*. 2007: 310: 47-74
- Bauman, JR., Temel, JS. «The integration of early palliative care with oncology care: the time has come for a new tradition». *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2014; 12: 1763-1771.
- Boff, L. *El cuidado esencial ética de lo humano, compasión por la tierra*, Trotta, Madrid, 2002.

20 Bauman, JR., Temel, JS. «The integration of early palliative care with oncology care: the time has come for a new tradition». *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2014; 12: 1763-1771.

21 Arsuaga, JL. «Hombres y dioses. Los orígenes de la agresividad humana». *Revista de Occidente*. 2007: 310: 47-74.

- Cohen, L. *Los hermosos vencidos*, Ediciones B, Barcelona, 1998.
- De Marinis, F., Bria, E., Baas, P., Tiseo, M., Camerini, A., Favaretto, AG., Gridelli, C. «Treatment of unfit patients with advanced non-small-cell lung cancer: definition criteria according an Expert Panel». *Clinical Lung Cancer*. 2015; 16: 399-405
- Durán de las Heras, MA. *La riqueza invisible del cuidado*, Universidad de Valencia, Valencia, 2018.
- Francisco. [Publicación en línea] «Carta Encíclica Fratelli tutti». 2020. <[http://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco\\_20201003\\_enciclica-fratelli-tutti.html](http://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20201003_enciclica-fratelli-tutti.html)> [Consulta: 02/12/2020]
- García, T. *La vida intensa*, Barcelona, Herder, 2019.
- Hart, JT. «The Inverse care law». *The Lancet*. 1971; 1 (7696): 405–12.
- Maslow, AH. *A theory of human motivation*, General Press, Nueva Delhi, 2019.
- Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. [Publicación en línea]. «Unidades de cuidados Intensivos. Estándares y recomendaciones». <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf> [Consulta: 02/12/2020]
- Pratchet, T. *Dioses menores*, Plaza y Janés, Barcelona, 2002
- Ruiz-Gallardón, I. «La equidad: una justicia más justa». *Foro: Revista de ciencias jurídicas y sociales*. 2017; 20(2): 173-191.
- Sedhom, R., Gupta, A., MacNabb, L., Smith, TJ. «The impact of palliative care dose intensity on outcomes for patients with cancer». *The Oncologist*. 2020; 25: 913–915.
- Snyder, T. *Nuestra enfermedad: lecciones de libertad en un diario de hospital*, Galaxia Gutenberg, Barcelona, 2020.
- Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Leighl, N., Rydall A, Rodin G, Tannock, I., Hannon, B. «Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers». *Canadian Medical Association Journal*. 2016; 188: E217-E27.