

REVISIÓN

LA MEDICINA CIENCIA Y ARTE, SIEMPRE JUNTO AL ENFERMO, TAMBIÉN AL FINAL DE LA VIDA

MEDICINE IS SCIENCE AND ART, ALWAYS WITH THE PATIENT AND ALSO IN THE END OF HIS LIFE

María Castellano Arroyo

Académica de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España - Medicina Legal
Catedrática de Medicina Legal y Forense Universidad Alcalá de Henares de Madrid

Palabras clave:

Final de la vida;
Cuidados paliativos;
Suicidio asistido;
Eutanasia.

Keywords:

End of life;
Palliative Care;
Euthanasia;
Assisted suicide.

Resumen

La Medicina es ciencia porque el acto médico se debe apoyar en conocimientos probados, pero también es arte, porque el paciente es una unidad psicofísica en la que su estructura mental recibe lo que le llega del entorno, lo elabora y responde atendiendo a su propia personalidad, por eso la asistencia y los cuidados médicos deben ser personalizados según el paciente al que se atiende. Esta Medicina Ciencia y Arte sigue siendo necesaria en la fase del final de la vida.

Abstract

Medicine is Science because the medical act must be supported in proven knowledge, but it is also Art, because the patient is a psychophysical unit in which his mental structure receives what comes from the environment, elaborates it and responds, according to his own personality. That is why assistance and medical care must be personalized according to each patient. This Science-and-Art Medicine is still necessary when, in the end, we face death. The concepts of Therapeutic Rejection, Adaptation of therapeutic effort, Therapeutic obstination, Palliative Care, and Euthanasia.

I. INTRODUCCIÓN

Dice Pellegrino (1) que “La Medicina es la más humana de las artes, la más artística de las ciencias y la más científica de las humanidades”. Los médicos hemos sabido desde Hipócrates que la Medicina era Arte, decía él “El oficio es duro y el arte difícil”; el “oficio” es el acto médico y ha estado acorde con los conocimientos científicos de cada época, mientras que el Arte se concretó en la forma personalizada de proporcionar a cada enfermo el trato más humano, a través del tratamiento y los cuidados, cumpliéndose así las palabras de Pellegrino. Esto se señala en la bibliografía (2).

La Medicina como Ciencia

A lo largo de los siglos la Medicina ha sido motor del conocimiento propio y de todas las ciencias afines. Se ha nutrido de las diferentes corrientes científicas iniciadas en la antigüedad grecolatina, hasta las que hoy prosperan entre nosotros.

Dignas de mención, en su aproximación al conocimiento, el racionalismo y el empirismo. El racionalismo representado por Descartes (3), defiende la

razón como único instrumento para el conocimiento, a partir de las ideas innatas, presentes en todo hombre a su nacimiento. El empirismo representado por Locke (4), sostiene que lo primero es conocer para que a través de la razón (filosofar) podamos llegar a las verdades. La observación está en la base del acceso al conocimiento a través de la experiencia externa (sensación-percepción) o interna (reflexión); la percepción de ideas nos lleva a establecer unas leyes de las ideas; la experiencia se debía dirigir hacia lo útil y técnico, en contraposición al conocimiento teórico que busca la verdad en sí misma, fuera de su utilidad. La Edad moderna trajo métodos nuevos de investigación, descubriendo las leyes que rigen la naturaleza para dominarla.

En los siglos XVI y XVII, con Vesalio, Paracelso, Harvey, Sydenham y más tarde Boerhave, Hoffman, y otros a través de la experimentación llevan la medicina a la edad moderna como ciencia apoyada en los modelos anatomoclínico, fisiopatológico y etiopatogénico. El siglo XIX trajo el positivismo representado por Comte (5) y J.S.Mill (6); la base de la ciencia será la objetividad y sólo hechos reales, verificables por la experiencia apoyarán las actividades científicas. La técnica y el método científico están estrechamente unidos, consolidándose lo científico-técnico. La ciencia explica, y esto lo hace

Autor para la correspondencia

María Castellano Arroyo

Real Academia Nacional de Medicina de España

C/ Arrieta, 12 · 28013 Madrid

Tlf.: +34 91 159 47 34 | E-Mail: maria.castellano@uah.es

llevando los fenómenos a un marco teórico de leyes generales. Karl Popper, filósofo de la ciencia (7), muy influyente en el siglo XX, defendió su teoría de la demarcación, diferenciando lo científico de lo metafísico, lo científico debe permitir experimentos y ensayos que lo refuten o la confirmen, “*la ciencia debe ser falsable*”.

Los avances de la Ciencia en genética, biología molecular, neurociencias, o psicología, requieren de la hermenéutica como forma de integrar lo evidente para llegar a la certeza, a la verdad, objeto del conocimiento. En medicina esto se refleja en los contenidos doctrinales y en la forma de aplicarlos, llegando en el último cuarto del siglo XX al paradigma de la “*medicina basada en la evidencia*”, para pasar en el siglo XXI a la “*medicina predictiva y personalizada*”. La telemedicina, término recogido en el Diccionario de términos médicos (RANME) (8), pone en contacto al médico y al paciente que están a kilómetros de distancia; la Big Data, otro recurso de la informática, ha revolucionado el uso y tratamiento de los datos clínicos.

Dejando sentado que la Medicina y los actos médicos deben ser ciencia, no podemos omitir que la relación médico-enfermo=médico-paciente es encuentro entre dos personas, con diferente perspectiva, pero con un objetivo común; en el éxito de este encuentro radica el Arte de la Medicina.

Esta Medicina Arte nos obliga a una referencia breve hacia “*la persona*”, armonía entre biología y mente o, entre cuerpo y alma. Desde las neurociencias vemos una relación cada vez más estrecha entre la base biológica (molecular, bioquímica, endocrina, etc.) y el funcionamiento de la mente humana (percibir, comprender, interpretar, y responder, conforme a la propia organización cognitiva, afectiva y volitiva). Con un modelo común de estructura, cada persona constituye una construcción psicofísica única e irreplicable.

Las personas organizamos espacios propios virtuales: “*lo individual/personal*” sólo conocido por la propia persona, (el ethos aristotélico); “*lo íntimo*”, aquello que la persona transmite hacia su entorno más próximo y le merece confianza; y más externo el espacio de “*lo social*”, también surge del individuo, pero lo proyecta a un entorno mucho más amplio, y puede llegar al rincón más apartado del planeta a través de los medios de comunicación (9).

En el conocimiento de la persona primero interesó la biología de la corporeidad, su fisiología, su anatomía; pero de inmediato, interesó la vida psíquica que hace de cada uno “*alguien*” concreto con sus emociones, sentimientos, pasiones, etc, que al experimentar y reconocer en los otros, nos hace humanos; se es más humano cuando es mayor la capacidad de comprender al otro, de sentir sus sentimientos, emocionarnos con sus emociones y vibrar con sus pasiones. El conocimiento de nosotros mismos facilita conocer a los otros, esto está en la base de las relaciones familiares, sociales, profesionales, laborales, políticas, y desde luego en la relación médico-paciente.

Desde que nacemos, los sentidos nos permiten percibir el entorno, lo que provoca en nosotros las *emociones*, nuestra inteligencia las transforma en *sentimientos*, los cuales vuelven a vincularnos con el entorno, generando actitudes de rechazo o de deseo que marcarán nuestro futuro comportamiento. Entre ellos unos son positivos: *el amor, la esperanza, la seguridad, la satisfacción consigo mismo, el sentido del humor...*; mientras que otros son negativos: *la tristeza, el odio, la ira, el miedo, la desesperanza, la frustración, la hostilidad o resentimiento, los celos, la culpa...* Los sentimientos positivos ayudan a una comunicación favorable con el entorno, los sentimientos negativos son muy destructivos e impiden a la persona pensar con lucidez y buscar las soluciones a los problemas que le afectan en su vida diaria y, también a su salud.

La estructura mental de la persona engloba aspectos cognitivos o intelectuales (comprender, razonar, enjuiciar...), afectivos (emociones, sentimientos, afectos...), conativos (pasiones, pulsiones), fisiológicos y morfológicos. Su funcionamiento dinámico y armónico dan lugar a una manera propia de ser y de actuar, lo que constituye la personalidad.

Como rasgos componentes de la misma, destacamos: La *estabilidad emocional* (control de las emociones y sentimientos); la *afectividad* (capacidad de comprender y sentir con los demás); la *introversión/extroversión* (marca dos polos, encerrarse sobre sí mismo, o abrirse a los demás); la *impulsividad* (actuar sin reflexionar); la *dependencia/autosuficiencia*, (capacidad o no para resolver las propias necesidades); la *sinceridad/astucia social*, (la franqueza frente a la hipocresía); la *confianza/susplicacia*, (es la ingenuidad confiada, frente a la desconfianza); la *frialdad/sensibilidad*, (ausencia de sensibilidad, frente a facilidad para experimentar emociones). La *alta autoestima* frente a la *conflictividad consigo mismo*, la tendencia a la *culpabilidad*, o la *predisposición a la ansiedad*, contribuyen a modular el perfil psicológico de cada persona.

Así se establecen unos ejes que permiten agrupar a las personas, por su manera de ser, aunque dentro de cada eje, no encontremos dos personas idénticas (10): El eje del “*neuroticismo*”, describe a personas que, dentro de la normalidad, presentan baja estabilidad emocional y mal control de sus emociones y sentimientos, tendencia a experimentar ansiedad y malestar psíquico; estas personas necesitan del apoyo de otros y son propensas a quejas psicósomáticas. Muy sensibles y vulnerables como pacientes. El eje del “*psicoticismo*” perfila a una persona de baja afectividad, distante e imperturbable y poco afectable por los sentimientos, lo que produce frialdad y dureza en su comportamiento. El eje “*introversión/extroversión*”, califica a las personas atendiendo a su facilidad o dificultad para comunicarse con el entorno.

El pertenecer a uno u otro eje, condiciona actitudes respecto al enfermar y a la forma de afrontar las enfermedades, la evolución, la adhesión al tratamiento, incluso el pronóstico de las mismas.

II. LA MEDICINA Y LOS ENFERMOS

La palabra “*enfermo*” se quiere desterrar de la medicina moderna por significar in firmus=sin firmeza, en aras de reivindicar la “*autonomía*” como pilar de la relación médico-paciente en igualdad y respeto, está siendo sustituida por el término “*paciente*”

Cuando los enfermos se encuentran en la etapa final de su vida, igual que han tenido a esa excelente Medicina Ciencia y Arte a lo largo de su vida proporcionándoles salud y seguridad, necesitan, también ahora del sistema sanitario para la satisfacción de sus necesidades, que son otras, necesita la ciencia, pero aún necesita más de ese Arte como expresión de humanismo, proximidad, consuelo, compañía y apoyo espiritual, todo lo que fortalece la dignidad del enfermo que se enfrenta a la muerte.

Podemos preguntarnos ¿es previsible el final de la vida? Ya se dice que “... *no sabéis ni el día ni la hora*”, sin embargo, son numerosas las situaciones que anticipan ese acontecimiento y van ligadas a: 1) Traumatismos que producen daños irreversibles en órganos o sistemas sin los que no puede mantenerse la vida; se tratan en las UCIs con medios extraordinarios, que se justifican mientras hay posibilidades de recuperación. 2) La edad, como proceso de envejecimiento y agotamiento natural de los mecanismos biológicos que soportan las funciones mentales (deterioros cognitivos) o físicas y la propia vida. A este grupo pertenecen la mayoría de los enfermos a los que nos referiremos. Para con ellos existe un deber de asistencia con los recursos que les puedan ser favorables desde una medicina personalizada y eficiente. Los poderes públicos ayudarán a la familia en estos deberes asistenciales. 3) Enfermedades incurables para las que todavía no hay remedio y que van mermando capacidades produciendo en los enfermos situaciones de dependencia grave y de sufrimiento anímico para ellos y sus familiares.

III. TÉRMINOS Y CONCEPTOS QUE MERECE CONSIDERACIÓN

Las situaciones planteadas han generado términos nuevos que todos los profesionales sanitarios debemos conocer en su significado y contenido. Así, la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC), emitió en 2009 una Declaración referida a la “atención médica al final de la vida” (11). Posteriormente, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), publicó un artículo (12) que definía términos y conceptos relacionados con los cuidados médicos. Ante la extensión de los Cuidados paliativos, la OMC asumió y difundió estos términos a todos los colegiados en una publicación propia (13). Entre otros son: Instrucciones previas o Voluntades anticipadas. Rechazo terapéutico. Obstinación terapéutica. Adecuación del esfuerzo terapéutico. Cuidados paliativos. Sedación paliativa. Suicidio asistido y Eutanasia.

Morir con dignidad es un acto puramente humano, lo que significa considerar al enfermo en su humanidad con respeto a sus creencias y valores y, cuando sea posible, participará en la toma de decisiones (14).

Instrucciones previas, Voluntades anticipadas o Testamento vital. Es el acto por el que, en un documento expreso (15), una persona mayor de edad, capaz y libre, expresa sus deseos respecto a los cuidados y tratamientos que desea recibir, en relación con su salud, cuando ya no esté en condiciones de hacerlo por sí misma. Contemplará la planificación de cuidados con finalidad paliativa (16) y podrá designar un representante para cuando sea necesario (17).

Rechazo Terapéutico. El paciente, mayor de edad y con las cualidades psicofísicas adecuadas tiene derecho a rechazar el tratamiento que se le propone, considerando lo que es más favorable para sí mismo (18). Requiere información suficiente, y la necesaria para saber lo que elige.

Obstinación terapéutica. Es la actitud médica que consiste en hacer más de lo que se debe. Son tratamientos extraordinarios que no proporcionan al paciente beneficio evidente, más bien sufrimientos, prolongando una vida sin esperanza y alejado de los suyos. Esta actitud está rechazada expresamente por el Código de Deontología Médica en su artículo 36.2 (19).

Adecuación del esfuerzo terapéutico. Actitud deontológicamente correcta; hay que hacer sólo lo que se debe hacer. El juicio clínico diagnóstico, posibilidad de mejoría, reversibilidad del proceso, efectos beneficiosos/perjudiciales del tratamiento, etc. deben tenerse en cuenta para tomar las decisiones más favorables (20). La legislación andaluza recoge el término “*limitación del esfuerzo terapéutico*”, no correcto, porque no se trata de “*limitar*” sino de “*ajustar*” a la situación clínica del paciente las medidas más correctas (21).

Suicidio asistido. Es la conducta de cooperación o colaboración con la persona que desea acabar con su vida, proporcionándole el medio o procedimiento a utilizar. La SECPAL lo define como: “*la ayuda médica para la realización de un suicidio, ante la solicitud de un enfermo, proporcionándole los fármacos necesarios para que él mismo se los administre*”. Esta conducta sería contraria al artículo 36.2 del Código de Deontología Médica, y se basa en el Principio de No Maleficencia (22).

Cuidados paliativos. Desde esta asistencia sanitaria, se proporciona remedio al sufrimiento y al dolor para conseguir el bienestar del enfermo, tratando los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y de los tratamientos. Se abordan, también, otros aspectos como los problemas del estado de ánimo, los emocionales, sociales y espirituales que acompañan a la enfermedad terminal. Cuando la persona comprende y soluciona estas necesidades, se siente mejor anímicamente, más tranquila y serena, y acepta la realidad con más fortaleza y templanza. Todo ello contribuye a la calidad de vida

del enfermo que afronta la muerte desde su dignidad humana, sea cual sea su estado. Según las circunstancias del paciente se aplicarán en el hospital, en la residencia de mayores o en el domicilio. También serán beneficiarios en los aspectos que les afectan, los cuidadores, porque como dice Batiz los enfermos necesitan: “*Que le cuiden personas solícitas, sensibles y entendidas, intentando comprender sus necesidades y que, además, sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarlo a afrontar la muerte...*” (23).

La historia de los cuidados paliativos, está muy bien descrita en la bibliografía (24). Ya en el Medievo se aplicó el nombre de “hospice” a albergues o lugares para enfermos moribundos. En los siglos XIX y XX fueron los modernos “hospicios” católicos irlandeses e ingleses los que institucionalizaron estos cuidados. Cicely Saunders (25), fundó el St Christopher’s Hospice, cuna de los actuales protocolos de atención a los enfermos al final de la vida. La asistencia a domicilio por equipos especializados (médico-enfermera), los Centros de día y los Equipos de soporte hospitalario para enfermos hospitalizados, completaron estos cuidados.

En España, estos cuidados se organizaron desde la oncología, en colaboración con internistas, anestesiólogos, y geriatras. Estos profesionales buscaron la formación específica en el extranjero, sobre todo en Inglaterra y de vuelta a España, pusieron en marcha Unidades de Cuidados paliativos de las que citamos: El Hospital Marqués de Valdecilla en Santander en 1984 (Prof. Sanz Ortiz), el Hospital de la Santa Creu de Vic en 1987 (Dr. Roca y Dr. Gómez-Batiste), el Hospital de la Cruz Roja en Lérida (Dr. Porta) el de El Sabinal en Las Palmas (Dr. Gómez-Sancho) en 1989 y en el Gregorio Marañón (Dr. Núñez-Olarte) en 1991. Otros pioneros de la acción paliativa fueron la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), con su primera Unidad Móvil de asistencia domiciliaria y la Orden de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios con la primera Unidad de Cuidados paliativos en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona (Dr. Viguria).

La SECPAL se ha encargado de difundir la aplicación de estos cuidados y protocolizó la asistencia, con una implantación sólida y progresiva (26). Igualmente promovió la formación específica de médicos, enfermeras y auxiliares, en estos cuidados, introducidos, también, en el pregrado y postgrado de Medicina, mediante estancias de Médicos residentes en Servicios de Cuidados paliativos acreditados.

A día de hoy, existe un clamor para que los Cuidados paliativos se reconozcan como un derecho de los pacientes con la misma calidad en todos los rincones de España; no es aceptable que más de 70.000 enfermos fallezcan cada año con dolor y sufrimientos. Esta debe ser cuestión previa a la legalización de la eutanasia.

Sedación Paliativa. Medida terapéutica propia de los Cuidados paliativos; consiste en administrar un fármaco sedante a la dosis que el enfermo necesita para controlar síntomas no deseados o refractarios de su enfermedad como dolor, insuficiencia respiratoria, agitación, malestar psicofísico, etc. Estos fármacos

deprimen el SNC y el nivel de conciencia, lo que afecta, también a centros vitales como el respiratorio y cardiocirculatorio, pudiendo adelantarse la muerte del enfermo (27). Es una actuación médica ajustada al Código de Deontología Médica que lo refleja en su artículo 36.1 y 36.5.

Eutanasia. La RAE la define como “*la intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectivas de curación, con la acepción segunda de “muerte sin sufrimiento físico”*”. La SECPAL la define así: “*Es la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de ésta, y en un contexto médico*”.

La Asociación Médica Mundial (AMM), manteniendo la herencia hipocrática es contraria a esta conducta médica, y sostiene en su última convención: “*la eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética...*” (28). El Código de Deontología Médica dice en su artículo 36.3: “*El médico nunca provocará intencionalmente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste*”.

IV. DISCUSIÓN Y CONSIDERACIONES

La terminología referida al final de la vida debe conocerse y utilizarse con precisión, para que el uso de una palabra no dé lugar a equívocos o haga inútil la comunicación o el debate.

Una importante recomendación a los profesionales sanitarios es el fomento de la expresión de los deseos del paciente en la planificación anticipada de cuidados para cuando no pueda hacerlo por sí mismo. En el documento puede designar, como representante a la persona de su confianza.

Ya se ha dicho que la personalidad hace diferentes a los seres humanos, con reacciones diferentes a los acontecimientos del entorno. Por ello, se debe personalizar el final de la vida para procurar a cada enfermo un trato respetuoso y la atención a sus necesidades afectivas, físicas y espirituales, que proporcionen la vivencia de paz que engrandece a la muerte humana. La formación ético-deontológica base de la Medicina Arte es necesaria en cada acto médico, pero aquí es imprescindible. El enfermo consciente o no, necesita del acompañamiento, el contacto de una mano amiga que transmite amor, fuerza, reconocimiento por una vida entregada a los demás; en esos momentos el medicamento es el calor humano para dejar este mundo en paz. Es un momento especial para la dignidad de la persona; hemos de procurar que nadie muera solo; acompañar en la etapa final de la vida y en la agonía es un deber moral y humano que empieza en la familia, y también en los profesionales sanitarios y en quienes se encuentran, por las circunstancias que sean, junto a una persona moribunda.

Es preciso insistir en el reconocimiento de los Cuidados paliativos como un derecho universal. Por ello la formación de los médicos debe extenderse a estos aspectos asistenciales; aunque se trate de enfermos próximos a morir siguen teniendo los mismos derechos que el resto de los pacientes. Si son capaces de comprender, deben recibir la información suficiente para saber que su médico le va a ayudar, como ha hecho siempre, y que hay medidas para que no sufra y para que no sienta dolor, además de garantizarles el acompañamiento de sus familiares. Los profesionales dedicados a los cuidados paliativos nos transmiten que sus actuaciones llevan el bienestar, el consuelo y la paz a los enfermos que cuidan y que en los casos de petición de adelanto de la muerte, la conversación sosegada, pone de manifiesto el sentimiento de culpa al ser una carga para su familia a la que limita sus proyectos personales, esto acaba siendo un peso insoportable que se solucionaría con su muerte. La atención adecuada revierte en la gran mayoría de los casos esta primera solicitud (29).

Cuando el enfermo está inconsciente, y sin capacidad para decidir, corresponde a sus familiares recibir la información clínica y la toma de decisiones. En estos casos, los familiares actúan desde la Beneficencia y como el médico, deciden poniéndose en el lugar del paciente, La Autonomía tan reconocida y protegida, sólo puede ejercerla la propia persona para consigo misma. Así, el médico se convierte en garante del interés del paciente y, puede suceder que su indicación no coincida con el deseo de los familiares, conflicto que debe resolverse a favor del médico puesto que su interés estará basado en los conocimientos y la experiencia y, seguro, que desprovisto de otros intereses.

Respecto a lo anterior, merece atención que en los 5 países donde está regulada la eutanasia, la gran mayoría de los enfermos a los que se aplica, son ancianos con avanzados procesos demenciales, enfermos inconscientes en situación de coma, discapacitados graves y hasta en menores de edad. Todo ello significa que quién toma la decisión son los familiares y, se presume que con criterios basados en el beneficio del enfermo, aunque detrás esté la realidad de que quienes se benefician son los que se liberan de obligaciones y costes.

A día de hoy, asistimos en España al trámite parlamentario de la Ley que aprobará la eutanasia y el suicidio asistido. Esta norma incluye frases como "... el final anticipado de la vida con el objetivo de evitar alargar el sufrimiento.." y se refiere a casos de "... enfermedad grave e incurable o una discapacidad severa crónica...", lo que significa incertidumbre respecto a los enfermos a los que se podrá aplicar, ignorando que existen los cuidados paliativos que, de hecho, evitan el sufrimiento.

Exigencia principal, en la eutanasia, sería el consentimiento expreso del enfermo, lo que ocurriría en casos muy excepcionales como las enfermedades degenerativas de tipo neuromuscular, en cuyo caso la decisión debería quedar entre el enfermo y su médico atendiendo a sus conciencias. Consideramos

que mientras los Cuidados paliativos no se protejan como un derecho, no se debe legalizar la muerte, mediante un acto directo y necesario y menos aún que lo ejecute un médico, ya que provocar la muerte es contrario al acto médico (no maleficente y sí benéfico). En el trámite parlamentario, de esta ley inoportuna e innecesaria, se ha prescindido de la opinión de los médicos, del necesario debate social y de informes de organismos como el Comité Nacional de Bioética.

Por todo ello, mi posición coincide con lo expresado en una Declaración de la Comisión de Deontología del Consejo Andaluz de Colegios Médicos, en la que soy vocal y que dice: "*La CDCACM se posiciona en contra de la eutanasia y del suicidio medicamente asistido y a favor de la universalización de los cuidados paliativos, entendiendo por ello el conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias; y afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y alivio del sufrimiento, así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor y otros síntomas físicos y/o psíquicos.*"

Los cuidados paliativos deberán ser asumidos como un deber por parte de la administración sanitaria, dotarlos de recursos necesarios y suficientes para su desarrollo, por lo que se entiende que es realmente prioritario y urgente el acceso universal y equitativo a los cuidados paliativos de calidad en el Sistema Nacional de Salud" (30).

Es preciso que se abran debates entre los médicos según lo expuesto en este artículo, esto puede hacerse en los Colegios de Médicos, en las Sociedades Científicas, pero también en Instituciones como la Real Academia Nacional de Medicina, que debe ser faro y guía en la evolución de la Medicina Ciencia y Arte.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in Medical Practice. New York: Oxford University Press, 1993.
2. Gutiérrez Fuentes JM. La medicina, una ciencia y un arte humanos. Educ. méd 2008; 11(supl.1) 2008.
3. Descartes R. Discurso del Método. Barcelona: Bruguera, 1974.
4. Locke J. Ensayo sobre el entendimiento humano. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España, 2005.
5. Da Vinci L. Códice Atlántico: 1119 páginas de anotaciones y dibujos personales. Biblioteca Ambrosiana.
6. Comte A. Discurso sobre el espíritu positivo. Madrid: Alianza, 1980.
7. Mill JS. Utilitarianism. Oxford: Oxford University Press, 1998.
8. Popper K. La lógica de la investigación científica. Madrid: Tecnos, 1962.
9. Diccionario de términos médicos Real Academia

- Nacional de Medicina. Madrid: Médica Panamericana, 2011.
10. Código de Deontología Médica. Consejo General de Colegios Médicos. Madrid, 2011.
 11. Castellano Arroyo M. Discurso de apertura del Curso Académico 2020 en la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental. Granada, 25 de enero de 2020. Web RAMAO.
 12. Kant E. Primera introducción a la Crítica del Juicio. 2ª ed. Madrid, 2017.
 13. Brentano F. El origen del conocimiento moral. Madrid: Technos, 2002.
 14. Mc Scheler. Sociología del conocimiento. Buenos Aires: Siglo XX 1973.
 15. Spinoza B. Ética. Madrid: Alianza, 2011.
 16. Castilla del Pino C. Teoría de los sentimientos. Madrid: Círculo de Lectores, 2001.
 17. Sánchez Blaque A. Psicopatología del yo. En: Ruiz Ogara C, Barcia Salorio D, López-Ibor Aliño JJ. (Dirs.) Psiquiatría. Barcelona: Toray, 1982.
 18. Eysenck HJ. Estudio científico de la personalidad. Buenos Aires: Paidós, 1959.
 19. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE-A-2002-2218820.
 20. Anteproyecto de Ley de Eutanasia y de suicidio asistido, en proceso inicial de tramitación en el Congreso de los Diputados. Diario de las Cortes, 11 de febrero de 2020.
 21. Declaración de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial. Atención médica al final de la vida. Médicos y Pacientes.com; 9/10/2009.
 22. Gómez Sancho M, Altisent R, Batiz JL et al. Atención médica al final de la vida: conceptos. Rev. Soc. Esp. Dolor 2010; 17(3).
 23. Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones: Estudios OMC. Madrid, 2016.
 24. Ucha A. En <https://www.definicionabc.com/ciencia/muerte-digna.php>.
 25. Galán JC, Casado Blanco M. Las instrucciones previas: una revisión crítica. Badajoz: Los autores, 2017.
 26. Antequera JM, Barbero J, Batiz J et al. Guías de ética en la práctica médica (vol.5): planificación anticipada de la asistencia médica: Fundación de Ciencias de la Salud y Fundación para la Formación de la OMC. Madrid: Ergon, 2006.
 27. Real Decreto 124/2007 de 2 de febrero por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP).
 28. Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
 29. Pérez Pérez M. Adecuación del esfuerzo terapéutico: una estrategia al final de la vida. Rev Med de Fam Semergen Elsevier 2016; 42(8): 566-574.
 30. Gisbert Grifo M, Gisbert Jordá T, Hernández Gil A. En: Gisbert Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. 7ª ed. Villanueva Cañadas E, ed. Barcelona: Elsevier, 2018.
 31. Código Penal. Madrid: Tecnos, 2019.
 32. Gracia Guillén, D. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica: Discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, 1990.
 33. Bátiz Cantera J. Cuidar a las personas en el proceso de morir. Madrid: Fundación San Juan de Dios, 2019.
 34. Centeno Cortés C, Flores Pérez LA, Hernansanz de la Calle S. Historia de los cuidados paliativos: el desarrollo en España. En: Gómez Sancho M (ed.). Avances en cuidados paliativos. Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria (GAFOS). Tomo III. Las Palmas de Gran Canaria, 2003.
 35. Saunders C. Hospice Care. Am J Med 1978; 65(5): 726-728.
 36. Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud: actualización 2010-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad. Disponible en: <http://www.mpsi.gov.es>
 37. Guía: Sedación paliativa. Consejo General de Colegios de Médicos (OMC) y Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid: CGCM, 2012.
 38. Declaración sobre la Atención médica al final de la vida. Comisión de Deontología del Consejo Andaluz de Colegios Médicos, 2019. Disponible en: <http://cacm.es>
 39. Declaración Adoptada por la 70ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM) celebrada en Tbilisi, Georgia, en octubre 2019. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica/>
 40. Villavicencio Chávez CH. Deseo de adelantar la muerte en pacientes con cáncer avanzado. Tesis doctoral. Barcelona, 2016.

DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Castellano-Arroyo M.

La medicina ciencia y arte, siempre junto al enfermo

ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España;

An RANM · Año 2020 · número 137 (03) · páginas 309 – 314

DOI: 10.32440/ar.2020.137.03.rev07
