



# LA MEDICINA PALIATIVA DESDE LA DEONTOLOGÍA

## PALLIATIVE MEDICINE FROM DEONTOLOGY

JACINTO BÁTIZ CANTERA

*Instituto para Cuidar Mejor del Hospital San Juan de Dios de Santurce (Vizcaya)*

*Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegia (OMC)*

*jbatiz@hsjd.es*

### RESUMEN:

**Palabras clave:**

Deontología,  
medicina paliativa,  
eutanasia, sedación  
paliativa.

Recibido: 01/03/2022

Aceptado: 29/03/2022

---

La medicina paliativa es la medicina del acompañamiento de la persona en su proceso de morir para aliviar su sufrimiento no deseado, es una medicina que ofrece los cuidados de confort al enfermo y a su familia, en una medicina que no prolonga la vida innecesariamente a expensas del sufrimiento, sino que la ensancha, es una medicina que cuida la vida. La deontología médica nos indica cómo debe ser nuestra buena práctica médica a través de las normas recogidas en el Código Deontológico. En este artículo abordo la práctica de la medicina paliativa teniendo en cuenta la deontología médica, centrándome en dos temas que generan controversia como son la sedación paliativa y la eutanasia. Considero que la buena práctica de la medicina paliativa consiste, no en provocar intencionadamente la muerte del enfermo, pero tampoco en prolongar innecesariamente su agonía, sino en aliviar su sufrimiento mientras llegue la muerte.

### ABSTRACT:

**Keywords:**

Deontology,  
palliative Medicine,  
euthanasia, sedation  
palliative.

---

Palliative medicine is the medicine that accompanies the person in their process of dying for alleviate their unwanted suffering, is a medicine that offers comfort care to the patient and his family, a medicine that does not prolong life unnecessarily at the expense of suffering, but rather it widens it, it is a medicine that takes care of life. Medical deontology tells us how our good medical practice through the rules contained in the Code of Ethics. In this article I address the practice of palliative medicine taking into account medical deontology, focusing on two issues that generate controversy such as palliative sedation and euthanasia. I consider that the good practice of palliative medicine consists, not in intentionally causing the death of the patient, but neither in unnecessarily prolong his agony, but to alleviate his suffering until death comes.

La ética ha tenido y tiene mucho que ver con la atención médica al final de la vida. Son muchos los conflictos éticos que se dan en el umbral de salida de la vida cuando el sufrimiento es el acompañante habitual de enfermo y su familia. Son conflictos éticos que tienen que ver con la vida, con la muerte, con el sufrimiento y con la fragilidad.

La técnica médica de los cuidados paliativos está muy protocolizada, pero la toma de decisiones es la que hace más laboriosa la atención paliativa a los enfermos. Por eso, estoy convencido de que para acompañar a las personas en el final de sus vidas no solo hace falta que los profesionales poseamos la ciencia necesaria para administrar unos cuidados paliativos de calidad, sino que necesitamos también poseer habilidades en comunicación y habilidades en la toma de decisiones.

En este artículo, con el que quiero rendir homenaje al Prof. Gonzalo Herranz, abordaré algunas ideas principales sobre los cuidados paliativos desde la deontología médica que compartíamos él y yo cuando trabajamos juntos en la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial de España<sup>1</sup>. La Deontología aplicada a la atención médica al final de la vida era un tema que nos unió mucho. He cruzado muchos correos con él para pedir su opinión sobre lo que yo estaba escribiendo sobre este asunto en mi condición de médico paliativista; en otras ocasiones era él quien me enviaba un correo para decirme que había leído mi última publicación y que le había gustado. Tener el visto bueno del Prof. Herranz era para mí la mayor garantía de estar haciéndolo bien.

Si introdujéramos las palabras *cuidados paliativos* y *Gonzalo Herranz* en el buscador de Google encontraríamos infinidad de artículos publicados por él o declaraciones suyas sobre este tema. Me voy a ceñir a dos temas concretos sobre los que él y yo conversamos mucho: *la eutanasia* y *la sedación paliativa*, dos temas que tenían que ver con el respeto a la vida terminal. Pocos

años después de haber comenzado a implementar los cuidados paliativos en España, en el Máster de Bioética de la Universidad de Navarra en 1997, abordó el tema de los cuidados paliativos con el título *El respeto a la vida terminal*<sup>2</sup>. Ya auguró que era en el campo de la técnica y de la ética de los cuidados paliativos donde se libraría la batalla más decisiva para el futuro de las profesiones de la salud, una batalla que determinaría si la Medicina y la Enfermería seguirían siendo un servicio a todos los hombres, incluidos los incurables y moribundos, o si han de convertirse en un instrumento de la ingeniería socioeconómica o de la ideología libertaria.

Tanto él como yo coincidíamos en que nos había tocado vivir uno de esos momentos históricos en que cosas muy importantes del futuro de la humanidad se deciden en unos pocos años. Así lo estamos viendo. La eutanasia, para un sector cada vez más amplio de la sociedad, está dejando de ser un problema porque se está convirtiendo en una ventajósísima solución al sufrimiento de las personas. Las encuestas de opinión constatan un crecimiento continuado, persistente, del número de los que creen que el homicidio compasivo o la ayuda médica al suicidio son la solución más humana y digna que se puede ofrecer a muchos enfermos en fase terminal, especialmente cuando piden la ayuda del médico para poner fin a sus vidas. Sin embargo, coincidíamos en que la atención paliativa es la respuesta ética válida al desafío de la eutanasia. En sus últimos meses de vida me siguió animando a trabajar en esta tarea urgente y apasionante. Y en ello estoy. Como explico en uno de mis últimos libros publicados, titulado *Cuestiones sobre la eutanasia*,<sup>3</sup> los médicos debemos estar preparados para escuchar algo más que una petición de morir. Quienes nos dedicamos a los cuidados paliativos sabemos que podemos acompañar a nuestros pacientes durante su sufrimiento para aliviarlo. Cuando apliquemos las medidas terapéuticas que sean proporcionadas, evitando la obstinación diagnóstica y terapéutica, evi-

1 La Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial de España está formada por 12 miembros elegidos por los presidentes de los Colegios Médicos de España. Es una comisión técnica del Consejo General de Colegios de Médicos que aborda todos los asuntos relacionados con la ética y deontología profesional.

2 <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/conferencias-sobre-etica-medica-de-gonzalo-herranz/la-etica-de-los-cuidados-paliativos> [consulta: 11/12/2021]

3 Bátiz, J. *Cuestiones sobre la eutanasia*, Nueva Eva, Madrid, 2021, 56.

tando el abandono, evitando el alargamiento innecesario de la vida y evitando su acortamiento deliberado, estaremos realizando una buena práctica médica: ayudar a morir bien. Los cuidados paliativos tienen que ver con la medicina del cuidado y la medicina de acompañamiento. El grado de responsabilidad de una sociedad se mide por su compromiso con los cuidados a quienes son frágiles, dependientes, vulnerables, marginados y sufrimientos. Es un deber del médico aliviar el sufrimiento y eliminar el dolor con los cuidados paliativos. Estos cuidados no tienen como objetivo la muerte, sino que cuidan la vida mientras ésta llega a su tiempo, evitando el sufrimiento. La Profesión Médica, que no mira hacia otro lado ante el sufrir de los enfermos, aporta otras soluciones distintas a la de adelantar la muerte con la eutanasia y al suicidio médicamente asistido para acabar con el sufrimiento. Quien sufre en ocasiones desea la muerte ya que la considera la única solución para acabar con su sufrimiento cuando ningún remedio se lo consigue aliviar. La Medicina no puede permitir que esta sea la única salida a la que se ve abocada la persona que sufre, solicitar el adelanto de su muerte. La eutanasia y el suicidio asistido aportan soluciones a la persona que sufre, pero porque eliminan la vida de quien sufre para que deje de sufrir.

Desearía compartir en este artículo una breve reflexión sobre por qué considero que la eutanasia no es un acto médico. La profesión médica tiene como objetivo proteger la vida de la persona a través de prevenir la enfermedad, curarla si no es posible prevenirla y paliar los sufrimientos del enfermo cuando no es posible curar ni prevenir. Ante la muerte, el médico tiene la misión de prevenir la muerte prematura y evitarla si no es el momento para ella, pero en ningún caso es la misión del médico provocar la muerte. La eutanasia no está entre las funciones del médico, a pesar de que la actual Ley Orgánica de Regulación de la eutanasia, aprobada el 24 de marzo de 2021 en nuestro país, otorgue otra función a los médicos: la de administrar la muerte a petición del enfermo. La acción directa e intencionada encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o ter-

minal, a petición expresa y reiterada de esta, que es lo que define el término eutanasia, no es ni debiera ser un acto médico. Cuando se habla de eutanasia parece que la solución la tenemos los médicos, pero es un problema que trasciende a los fines de la medicina y a la vocación del médico.

El Código de Deontología Médica<sup>4</sup> nos indica cómo debe ser nuestra atención médica al final de la vida en su capítulo VII, en cada uno de sus artículos.

*“El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente, siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aún cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida”* (art. 36.1). En este artículo se nos recuerda que no debemos abandonar en ningún caso al enfermo y que debemos tratar con energía y eficacia aquellos síntomas que le provoquen sufrimiento.

*“El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables”* (Art. 36.2). Queda bien claro que cuando estamos ante un enfermo incurable hemos de adecuar el esfuerzo tanto de nuestros procedimientos diagnósticos como de nuestras estrategias terapéuticas a la situación clínica real del enfermo teniendo en cuenta los valores y la voluntad de quien padece la enfermedad.

*“El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”* (Art. 36.3). La buena práctica médica está basada en los tres fines de la medicina, prevenir, curar y paliar. Considero que la eutanasia no es un acto médico, como he comentado antes, aunque actualmente el médico que la realice esté protegido por la *Ley Orgánica 3/2021, de 24 marzo de regulación*

<sup>4</sup> Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica, Organización Médica Colegial (OMC), Madrid, 2011.

de la eutanasia (LORE). Es verdad que el propio Código reconoce en su disposición final 2 que *“El médico que actuara amparado por las Leyes del estado no podrá ser sancionado deontológicamente”*. También el médico que se acoja a cumplir el art. 36.3 de nuestro Código y se niegue a practicar la eutanasia según lo previsto en la LORE está protegido acogiéndose al derecho de objeción de conciencia que otorga esta misma Ley.

*“El médico está obligado a atender las peticiones del paciente reflejadas en el documento de voluntades anticipadas, a no ser que vayan contra la buena práctica médica”* (Art. 36.4). Buscar el máximo beneficio para el enfermo continúa siendo el motor básico de la práctica médica, pero la voluntad del enfermo determina ahora la dirección correcta y su límite. El médico aporta su conocimiento científico, la valoración de la situación clínica y la concreta en una indicación terapéutica. El enfermo aporta su escala de valores, la forma de construir su futuro y su concepto peculiar de salud y de calidad de vida; y esto lo concretará ponderando la indicación médica para aceptarla o rechazarla.

Otra experiencia conjunta con Gonzalo tuvo lugar con motivo del caso Leganés, también conocido como caso Severo Ochoa, nombre que se ha dado popularmente al caso de las sedaciones practicadas en el Hospital Severo Ochoa de Leganés, entre 2004 y 2005. Por aquel entonces coincidimos los dos como miembros de la Comisión Central de Deontología y se nos encomendó ser ponentes de una declaración sobre la sedación en la agonía para poder dar un poco de luz desde la deontología médica a un tema que estaba creando mucha controversia y muchas dudas sobre si la sedación paliativa era una buena práctica médica; se estaba poniendo en duda en muchos colectivos de nuestra sociedad; los propios médicos se cuestionaban muchos aspectos. Había que decir algo para orientar a quienes dudaban de un tratamiento médico.

La sedación paliativa se ha de considerar, según la *Declaración Ética de la Sedación en la Agonía*<sup>5</sup>, un tra-

tamiento adecuado para aquellos enfermos que, en los pocos días u horas que preceden a su muerte, son presa de sufrimientos intolerables que no han respondido a los tratamientos adecuados. Fruto de esta Declaración fue el art. 36.5 del actual Código de Deontología que expresa lo siguiente: *“La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado”*.

Pero es verdad que la necesidad de disminuir la conciencia de un enfermo en las horas anteriores de su muerte ha sido y es objeto de controversia, en sus aspectos clínicos, éticos, legales y religiosos. Era necesario diferenciar entre sedación y eutanasia porque quienes no conocen las indicaciones y la técnica de la sedación o carecen de experiencia en medicina paliativa pueden confundirla con una forma lenta de eutanasia. En 2012 la OMC publicó una Guía de Sedación Paliativa<sup>6</sup> para ayudar a los profesionales que precisen emplear este tratamiento médico a que la realicen con los criterios clínicos y éticos de una buena práctica médica. En 2021 se ha publicado una segunda edición revisada y ampliada de esta Guía<sup>7</sup>.

En la situación de enfermedad terminal, la ética médica impone también la obligación de acompañar y consolar, que no son tareas delegables o de menor importancia, sino actos médicos de gran relevancia para la calidad asistencial. No tiene cabida hoy, en una medicina verdaderamente humana, la incompetencia terapéutica ante el sufrimiento terminal, ya tome la forma de tratamientos inadecuados por dosis insuficientes o excesivas, ya la del abandono.

Tiempo atrás, cuando no se había desarrollado la medicina paliativa, la sedación en la agonía pudo haber sido ignorada u objeto de abuso. Hoy, una correcta asistencia implica que se recurra a ella sólo cuando está adecuadamente indicada, es decir, tras haber fracasado todos los tratamientos disponibles para el alivio de los síntomas.

<sup>5</sup> La *Declaración de ética de la sedación en la agonía* fue publicada, una vez aprobada por la Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, el 21 de febrero de 2009.

<sup>6</sup> OMC&SECPAL. *Guía Sedación Paliativa*. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Madrid, 2012.

<sup>7</sup> [https://www.semng.es/images/2021/Documentos/Guia\\_de\\_Sedacion\\_Paliativa.pdf](https://www.semng.es/images/2021/Documentos/Guia_de_Sedacion_Paliativa.pdf) (consulta: 15/12/2021).

Los equipos que atienden a enfermos en fase terminal necesitan una probada competencia en los aspectos clínicos y éticos de la medicina paliativa, a fin de que la sedación sea indicada y aplicada adecuadamente. No se la podrá convertir en un recurso que, en vez de servir a los mejores intereses del enfermo, sirva para reducir el esfuerzo del médico. La sedación en la fase de agonía es un recurso final: será aceptable éticamente cuando exista una indicación médica correcta y se hayan agotado los demás recursos terapéuticos.

La sedación, en sí misma, es un recurso terapéutico más y por tanto éticamente neutro; lo que puede hacer a la sedación éticamente aceptable o reprochable es el fin que busca y las circunstancias en que se aplica. El médico está obligado a sedar sólo hasta el nivel requerido para aliviar los síntomas. El uso de la sedación en la agonía es aceptable en la medida en que se mantiene un ajuste apropiado de las dosis de medicación. Si la dosis de sedante excediera la necesaria para alcanzar el alivio de los síntomas, habría razones para sospechar que la finalidad del tratamiento no es el alivio del enfermo, sino la anticipación de su muerte. La dosis que debemos emplear es la que el control del síntoma nos indique. Una dosis insuficiente prolongaría un sufrimiento innecesario durante su agonía. Una sobredosis provocaría la muerte. El fin que buscamos con la sedación es la medida para tasar el acto como ético<sup>8</sup>.

La sedación implica, para el enfermo, una decisión de profundo significado antropológico: la de renunciar a experimentar conscientemente la propia muerte. Tiene también para su familia importantes efectos psicológicos y afectivos. Tal decisión no puede tomarse a la ligera por el equipo asistencial, sino que ha de ser resultado de una deliberación sopesada y una reflexión compartida acerca de la necesidad de disminuir el nivel de conciencia del enfermo como estrategia terapéutica.

En la citada Declaración se aportaron bastantes conceptos importantes sobre la sedación paliativa desde la

Bioética. Uno de ellos era reflexionar que la frontera entre lo que es una sedación en la agonía y la eutanasia activa se encuentra en los fines primarios de una y otra. En la sedación se busca conseguir, con la dosis mínima necesaria de fármacos, un nivel de conciencia en el que el paciente no sufra, ni física, ni emocionalmente, aunque de forma indirecta pudiera acortar la vida. En la eutanasia se busca deliberadamente la muerte inmediata. La diferencia es clara si se observa desde la Ética y la Deontología Médica. Con la sedación se elimina el sufrimiento de la persona y con la eutanasia se elimina a la persona que sufre.

La sedación paliativa ante una persona que está padeciendo un sufrimiento insoportable y que no ha podido ser aliviado con otros tratamientos médicos no es un tratamiento excepcional. Es un deber deontológico del médico abordar con decisión la sedación paliativa, incluso cuando de este tratamiento se pudiera derivar, como efecto no deseado, una anticipación de la muerte<sup>9</sup>. La sedación paliativa cuando está bien indicada, autorizada por el paciente o la familia y bien realizada, constituye una buena práctica médica, siendo ética y deontológicamente obligatoria. En este contexto hay que situar el recurso terapéutico de la sedación paliativa como un medio para aliviar el sufrimiento del paciente, ocasionado por dolor u otros síntomas de tipo emocional o existencial, aunque pudiera significar un eventual acortamiento de la vida como consecuencia no deseada. Esta opción paliativa, como cualquier intervención sanitaria, exige una adecuada indicación, así como una correcta aplicación, siguiendo los criterios clínicos y éticos establecidos. En consecuencia, en este caso no tendría sentido plantear ninguna objeción de conciencia por razón de las convicciones del profesional.

Acompañar a la persona que sufre en el proceso de morir, en el final de su vida, es un deber deontológico del médico. La deontología médica inspira al médico a acompañar al enfermo para aliviar su sufrimiento con el tratamiento enérgico y eficaz de sus síntomas,

<sup>8</sup> Bátiz, J. *La sedación paliativa como último recurso ante el sufrimiento refractario*. Labor Hospitalaria (LH), 2021, n° 331, 103-110.

<sup>9</sup> Bátiz, J. *El fin, medida para tasar el acto como ético*. Tribuna publicada en Diario Médico el 29 de junio 2010.

a acompañar evitando la prolongación de una agonía insoportable con la adecuación de aquellos esfuerzos terapéuticos que le podrían provocar más sufrimiento que la propia enfermedad; pero en ningún caso a provocar intencionadamente la muerte de quien sufre para que deje de sufrir. El objetivo de la medicina paliativa es eliminar el sufrimiento de la persona, no eliminar a la que persona que sufre.

### **Agradecimiento**

El Prof. Gonzalo Herranz fue un gran maestro para mí y, además, un gran amigo. Aprendí mucho de él sobre ética y deontología médica, pero sobre todo me enseñó humanismo, humildad, constancia en el trabajo y tolerancia. Estoy seguro de que este artículo lo hubiéramos podido firmar juntos. A él se lo dedico en agradecimiento por todo lo que nos ha enseñado.