

Anexo 12. Aspectos éticos, legales y deontológicos

Aspectos éticos

El final de la vida es probablemente uno de los temas más tratados por la bioética. No tiene nada de extrañar ya que buscar la calidad de la muerte, tener una buena muerte, ha sido invariablemente una preocupación de la sociedad y, paradójicamente, no siempre se produce de la forma más adecuada. De ahí que los sistemas sanitarios, y por tanto también las guías de práctica clínica, deban ofrecer respuestas a esta demanda ciudadana, que es un derecho del paciente y un deber de los profesionales.

Por otra parte, en ocasiones, los avances científicos han propiciado en nuestra sociedad la percepción errónea de que la muerte casi siempre puede y debe ser evitada o al menos retrasada. Este enfoque de la medicina es el responsable de que muchos profesionales se encuentren incómodos e inseguros ante el desenlace final de la enfermedad sin saber bien cómo actuar. Así, aparecen dificultades para reconocer el momento en que ha llegado esta etapa lo que genera dudas y miedo para no aplicar o retirar determinadas medidas terapéuticas. En este sentido, ya hace unos cuantos años que el *Hastings Center* advirtió contra la tentación de prolongar la vida indebidamente, haciendo énfasis, dentro de los fines de la medicina, en la paliación del dolor y el sufrimiento (241).

El desarrollo de la bioética y de los cuidados paliativos ha supuesto una mejora en la atención del enfermo cuando no tiene posibilidades de curación y consecuentemente en el objetivo de conseguir una buena muerte. La medicina paliativa considera que el proceso de morir es un hecho natural, de ahí que, aunque afirma y promueve la vida, no pretende alargarla de forma innecesaria, ni acortarla, sino fomentar su calidad.

Si bien existen diferencias en cómo quieren morir las personas (en casa o en el hospital, sin deterioro psicofísico o con avanzada edad, de forma repentina o no...), también es cierto que ciertas condiciones pueden considerarse generalizables: todos queremos fallecer sin dolor, sin sufrimiento y rodeados de nuestros familiares y seres queridos (242).

Las cuestiones éticas relativas a la atención en los últimos días pueden, genéricamente, diferenciarse en dos partes: aquellas relacionadas con la calidad de la atención en el sentido de facilitar una gestión más autónoma del proceso del final de la vida y aquellas referidas a la equidad en el acceso a dicha atención (243).

Con respecto a la **autonomía**, las personas tienen derecho a una información veraz, completa, gradual y compasiva, lo que se ha llamado *la verdad soportable* (244), teniendo en cuenta la falta de certezas absolutas en medicina, que les permita la toma de decisiones. Esto se plasma en la necesidad de obtener el consentimiento informado para cualquier procedimiento diagnóstico y terapéutico. Es, por tanto, el paciente el que tiene derecho a ser informado, así como también tiene el derecho a no serlo, si así lo manifiesta y solo él es el que puede renunciar a dicho derecho.

Ocultar el diagnóstico al paciente puede llegar a generar el indeseable **pacto del silencio** (anteriormente denominado conspiración del silencio), que se puede definir como el acuerdo implícito o explícito, por parte de familiares, allegados o profesionales, de alterar la información que se le da al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico o pronóstico y

la gravedad de la situación (244). El pacto del silencio dificulta la adaptación del paciente a su enfermedad y dificulta la toma de decisiones (245).

Para mejorar el proceso de toma de decisiones los sanitarios debemos permitir y facilitar que las personas expresen, definan y concreten, si así lo desean, con antelación suficiente y cuando todavía están en condiciones de hacerlo, cuáles son sus valores, preferencias y deseos, que quieren sean tenidos en cuenta, respecto a la atención sanitaria que recibirá como paciente para cuando no sea capaz de decidir. Es lo que se conoce como **Proceso de planificación anticipada o compartida de la asistencia** que deberá ser registrado adecuadamente en la historia clínica del paciente, ser revisado periódicamente y comunicado a todas las personas implicadas en la atención. Podrá plasmarse si se desea, en un **Documento de Instrucciones Previas, testamento vital o voluntades anticipadas**. Podrá depositarse en el Registro habilitado en cada CCAA con el fin de que sea incorporado a la historia clínica electrónica y al Registro Nacional (246).

El modelo de **decisiones compartidas** es un estilo de relación mediante el cual el profesional aplica conocimientos científicos y habilidades de comunicación teniendo en cuenta los valores y preferencias del paciente para ayudarlo y apoyarlo en su decisión, siendo un modelo de relación clínica deliberativo. Se distingue, por tanto, del modelo clásico “paternalista” en el que el paciente era un agente pasivo y del modelo informativo, en el que el paciente, tras ser informado, decide solo sin ayuda del profesional (247).

Algunos autores denominan **conversaciones sensibles, de punto crítico o conversaciones difíciles** a aquellas en las que el médico plantea una decisión compartida por la que se reorientan los objetivos, antes más centrados en la supervivencia y ahora en la calidad de vida. Con frecuencia, la falta de entrenamiento y actitud por parte de los profesionales hacen que estas conversaciones difíciles se retrasen a momentos de enfermedad muy avanzada (16).

Estos retrasos pueden traer consigo lo que se ha denominado la **agresividad terapéutica**. En los últimos años, algunos trabajos han diseñado indicadores relacionados con dicha agresividad que básicamente se agrupan en tres áreas (248): la sobreutilización de quimioterapia cerca de la muerte, el mal uso de tratamientos y dispositivos en relación con visitas a urgencias e ingresos en unidades de cuidados intensivos y la escasa o tardía utilización de los programas de cuidados paliativos.

En ocasiones, la pluralidad de creencias y valores de las personas conllevan, en el ejercicio de su autonomía, que se originen situaciones conflictivas desde el punto de vista ético como pueden ser solicitudes de actuaciones diagnósticas y terapéuticas desproporcionadas o, todo lo contrario, el **rechazo al tratamiento**.

El **rechazo al tratamiento** es un derecho de la persona de ahí que sea prioritario garantizar que ningún paciente en situación de enfermedad avanzada sea tratado en contra de su voluntad ni abandonado en su cuidado.

Es básico conocer y distinguir correctamente los conceptos de **obstinación terapéutica, limitación del esfuerzo terapéutico y actuaciones clínicas limitadas en el tiempo**. El correcto uso de los términos facilitará la comprensión de las acciones a los que éstos se refieren, hecho imprescindible para la práctica asistencial de los profesionales sanitarios.

Otro concepto relacionado con el anterior es el de *futilidad*. Se considera acción fútil, según criterio médico, la que es ineficaz o perjudicial para obtener beneficio clínico, y no sólo fisiológico, o bien aquella cuyas cargas (sobre el ámbito afectivo, economía o sociedad), sean desproporcionadas para el beneficio esperable. En contraposición, un tratamiento proporcionado es aquel que mantiene un balance adecuado entre beneficios/costes sociales/costes económicos, en función de los objetivos perseguidos (249). La proporcionalidad trata de evaluar los efectos positivos del tratamiento y los negativos, como la falta de confort o el dolor. Es una obligación moral incorporar solo las medidas terapéuticas que guarden una relación de debido equilibrio entre los medios empleados y el resultado previsible. Si falta este equilibrio, se consideran desproporcionadas y no son éticamente aceptables.

En este contexto es donde se enmarcan conceptos como la *obstinación terapéutica*, la utilización de medios que no tienen más sentido que la prolongación de la vida biológica con escasas probabilidades de supervivencia sin dichos medios o bien de sobrevivir con una calidad de vida ínfima, o la *limitación del esfuerzo terapéutico*, que consiste en no instaurar o retirar medidas terapéuticas que no le aportarán un beneficio claro al percibirse una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos (249). Si bien la limitación del esfuerzo terapéutico es, a priori, una decisión exclusiva del profesional, lo deseable sería plantear la toma de decisiones dentro de un proceso de decisiones compartidas. En este mismo sentido, también se puede hablar de la adecuación de las intervenciones clínicas y de las actuaciones clínicas limitadas en el tiempo.

La *adecuación de las intervenciones clínicas* implica ofertar sólo aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos proporcionados al pronóstico y momento evolutivo de la enfermedad y llevar a cabo, únicamente, los consentidos por el paciente o su representante (250).

Las *actuaciones clínicas limitadas en el tiempo* consisten en un acuerdo entre el equipo sanitario y el paciente y la familia del paciente o cuidadores sobre el uso de ciertos tratamientos médicos durante un periodo definido (251). En caso de no conseguir los objetivos propuestos se suspenderá el tratamiento y se reorientarán los objetivos de la atención.

Dependiendo de la fase de la enfermedad en que se encuentre el paciente, la tipología de la medida terapéutica (252-254) se puede clasificar en *obligatoria*, es decir, eficaz en dicha situación (como por ejemplo los analgésicos para el control del dolor), *opcional* o de eficacia dudosa (como la antibioterapia o las transfusiones en pacientes con enfermedad avanzada) y *no indicada* si es ineficaz en esa situación (el soporte vital o la respiración mecánica serían dos buenos ejemplos).

Una realidad frecuente al final de la vida que causa un gran desasosiego a los profesionales, a los pacientes y a sus familiares son los problemas relacionados con la alimentación y la hidratación (255). Las indicaciones de soporte nutricional prolongado en estos pacientes, y especialmente en aquellos con deterioro neurológico irreversible, suscitan a menudo conflictos éticos. La malnutrición no es la causa sino la consecuencia de la enfermedad y es irreversible en los estadios finales. El objetivo principal no es corregirla sino tratar de controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Tanto en la aplicación de nutrición como hidratación existe controversia entre quienes los consideran cuidados básicos —y por tanto siempre de obligado cumplimiento— y aquellos que consideran que se trata de un tratamiento más y que, por tanto, su aplicación depende de la situación clínica y de los deseos del paciente. Se define tratamiento médico como aquel cuya instauración requiere de los conocimientos y la participación de los profesionales sanitarios y además supone una invasión corporal, por lo que podemos considerar que tanto la hidratación como la nutrición artificial cumplen ambos requisitos y, por tanto, se pueden considerar tratamientos médicos (250).

En lo relativo a la **equidad**, es imprescindible dejar claro que los servicios de salud han de garantizar que toda persona, tanto en su domicilio como en un centro hospitalario, recibirá una atención sanitaria de calidad en relación a los cuidados al final de la vida. Es decir, se deben tomar medidas incisivas que eviten las desigualdades en la calidad de los cuidados paliativos. La diferencia en los cuidados sanitarios dispensados a las personas durante el proceso del final de la vida, solo es aceptable si ésta es fruto de la consideración y del respeto a la diversidad de sus valores y de sus diferentes necesidades. Es importante conseguir, no solo equidad de acceso, sino también la equidad de resultados.

Así, la *ley de cuidados inversos* explica que el acceso a la atención médica o social de calidad varía en proporción inversa a su necesidad en la población asistida (256, 257). Al final de la vida, la mayor necesidad de cuidados de los pacientes crónicos complejos puede generar una discriminación negativa si no existe una adecuada estructura y función de atención paliativa.

Esto pasa por una apropiada estrategia de dispositivos de cuidados paliativos de tal manera que se asegure que sean accesibles a toda la población y por la adecuada formación de los profesionales en este campo asistencial.

Uno de los peligros constatados es la *fragmentación de los cuidados*. Se debe promover el trabajo en equipo, de tal manera que todos sus miembros compartan las incertidumbres y decisiones, para así favorecer la coherencia de la continuidad asistencial a lo largo del tiempo (249).

El Comité de Bioética de España hace pocos años publicó una declaración en la que hace referencia a la formación de los profesionales en cuidados paliativos (243). Así, manifiesta que parecen necesarias tanto una formación básica del personal sanitario como una formación avanzada y específica de los profesionales que van a atender a los pacientes en situación paliativa. Igualmente, insiste en la necesidad de desarrollar procedimientos de toma de decisiones que integren los principios y valores de todas las partes en las especiales circunstancias de los pacientes al final de la vida. Por todo ello, dicho comité concluye exhortando a que considera necesario avanzar en la *capacitación específica en cuidados paliativos*, en orden a garantizar los derechos de los pacientes y familiares y allegados en este ámbito tan sensible de la medicina.

A modo de síntesis, se puede concluir, enmarcando todos estos conceptos dentro de los cuatro principios de la bioética (258) (tabla 22):

Tabla 22. Formulación de los principios y respuestas en los cuidados al final de la vida

Principio	Formulación	Respuesta
Beneficencia	¿Qué es bueno para el paciente en situación de últimos días? Lo que tenemos que buscar.	Atención paliativa integral, con adecuación diagnóstica y terapéutica para conseguir el máximo alivio del sufrimiento y una buena muerte.
No maleficencia	¿Qué es malo para el paciente en situación de últimos días? Lo que tenemos que evitar.	Evitar la futilidad, la agresividad y la obstinación terapéutica.
Autonomía	¿Qué quiere el paciente en situación de últimos días? Lo que tenemos que considerar y atender.	Respetar sus valores y tomar decisiones compartidas.
Justicia	¿Qué es justo en la atención del paciente en situación de últimos días? Pensando en el paciente y en la sociedad.	La atención adecuada al final de la vida como derecho del paciente y como eficiencia del sistema.

Fuente: modificado de Amor-Pan et al, 2017 (258).

En la tabla 23 se incluyen las recomendaciones, desde el punto de vista de la bioética, de los cuidados al final de la vida.

En la tabla 24 se recoge la definición de algunos conceptos referidos a escenarios del final de la vida (249).

Tabla 23. Recomendaciones desde el punto de vista de la bioética en los cuidados en el final de la vida

Principio de dignidad de las personas	Derecho a tener una buena muerte	Valores	Deberes
	Calidad de la atención encaminada a facilitar una gestión más autónoma del proceso de final de la vida (Autonomía)		Proporcionar al paciente una información veraz, completa, gradual y compasiva que le facilite la toma de decisiones, la verdad soportable. Evitar pacto del silencio.
			Obtener el consentimiento informado para cualquier procedimiento diagnóstico y terapéutico.
			Potenciar la planificación anticipada de la atención y la realización de documentos de instrucciones previas.
			Fomentar el modelo de decisiones compartidas, las conversaciones sensibles, de punto crítico o conversaciones difíciles.
			Evitar la agresividad y la obstinación terapéutica. No indicar acciones fútiles.
			Hacer adecuación tanto diagnóstica como terapéutica conforme a deseos y preferencias del paciente y conforme a la buena práctica clínica.
			Respetar el deseo del paciente al rechazo del tratamiento.
		Igualdad de acceso y de resultados (Equidad)	
			Asegurar una estrategia de dispositivos de cuidados paliativos accesibles a toda la población.
			Promover el trabajo en equipo y coordinado entre los distintos niveles asistenciales para evitar la fragmentación de los cuidados y optimizar las transiciones asistenciales.
			Conseguir una adecuada formación en cuidados paliativos de todos los profesionales potencialmente implicados en este campo asistencial.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 24. Definición de algunos conceptos relacionados con diferentes escenarios al final de la vida

Término	Definición
Eutanasia*	Es la actuación de un profesional sanitario que tiene por objeto terminar deliberadamente con la vida de un paciente con una enfermedad terminal o irreversible, que padece un sufrimiento que él vive como intolerable, a petición expresa, voluntaria y reiterada de éste.
Limitación del esfuerzo terapéutico	Decisión médica que consiste en no instaurar o retirar medidas diagnósticas y terapéuticas que no aportarán a la persona en situación de final de vida beneficio claro cuando se percibe una desproporción entre los fines buscados y los medios empleados. Retirar o no iniciar dichas medidas (entre ellas hay equivalencia moral), permite a la enfermedad continuar su curso evolutivo, que inexorablemente conduce al fallecimiento de la persona.
Adecuación de las intervenciones clínicas o proporcionalidad diagnóstico-terapéutica	Actuación clínica que implica ofertar solo aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos proporcionados al pronóstico y momento evolutivo de la enfermedad, llevando a cabo, únicamente, los consentidos por el paciente o su representante.
Obstinación terapéutica	Utilización de medios que no tienen más sentido que la prolongación de la vida biológica de la persona, cuando existen escasas posibilidades de supervivencia independiente de dichos medios o, de lograr sobrevivir, será con una calidad de vida ínfima objetivamente considerada.
Suicidio medicamente asistido	Se produce cuando la actuación del profesional se limita a proporcionar a la persona los medios necesarios para que sea ella misma quien se ocasione la muerte, en igual contexto que el definido para el concepto de eutanasia. Es una práctica penada en nuestro ordenamiento jurídico.
Decisiones compartidas	Estilo de relación mediante el cual el profesional aplica conocimientos científicos y habilidades de comunicación teniendo en cuenta los valores y preferencias del paciente para ayudarle y apoyarle en su decisión.
Planificación anticipada de los cuidados	Es un proceso de comunicación de valores, deseos y expectativas de la persona que se desarrolla de modo progresivo en el seno de la relación clínica y la continuidad asistencial y toma en consideración el contexto físico, psicológico, social y asistencial del paciente y su entorno afectivo/cuidadores.
Actuaciones clínicas limitadas en el tiempo	Acuerdo entre los profesionales sanitarios y el paciente (o representante en caso de incapacidad), sobre la utilización de ciertos tratamientos médicos durante un período definido de tiempo evaluando la respuesta.
Sedación paliativa (o sedación en la agonía)	Administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/ o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la consciencia de un paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento.

Fuente: modificado de Comisión Galega de Bioética, 2012 (249).

* *La Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia aprobada en el Congreso de los Diputados el 17 de diciembre de 2020, en su preámbulo, hace referencia al término «eutanasia» a aquella que se produce de manera activa y directa, de manera que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva (no adopción de tratamientos tendentes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados conforme a la lex artis), o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta (utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque aceleren la muerte del paciente —cuidados paliativos—) se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia.*

Aspectos legales

A continuación, se hace una relación, no exhaustiva, de la normativa que regula los derechos de las personas y las obligaciones de los profesionales sanitarios que las atienden para hacer efectiva la plena dignidad en el proceso del final de la vida.

En efecto, la dignidad del ser humano (etimológicamente “excelencia”, “grandeza”) es el hilo conductor en la normativa jurídica relativa al final de la vida y hace referencia al valor inherente al ser humano por el mero hecho de serlo, en cuanto a ser racional, dotado de libertad. No se trata de una cualidad otorgada por nadie, sino que es consustancial a la persona.

Dicha normativa, para una mejor sistematización, se va a clasificar en internacional, nacional y autonómica.

Internacional

1. Declaración universal de los derechos humanos

Aprobada por la 183 Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, reafirma su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad, el valor de la persona y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres.

2. Declaración universal sobre bioética y derechos humanos

Aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 19 de octubre de 2005, determina en su artículo 5 que se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones.

3. Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea

Promulgada en 2010. Establece en su artículo 1 que la dignidad humana es inviolable y que debe de ser respetada y protegida. También hace referencia (dentro del artículo 3) a que en el marco de la medicina se debe de respetar el consentimiento libre e informado.

4. Recomendación del Consejo de Europa relativa a la protección de los derechos del hombre y de la dignidad de los enfermos terminales y los moribundos

Promulgada el 25 de junio de 1999. Con el fin de preservar la dignidad de los enfermos terminales hace una llamada de atención de que con frecuencia se ignora su calidad de vida, así como su sufrimiento, el de sus familiares y el del personal sanitario que los trata.

5. Recomendación 24 del Comité de ministros de los Estados miembros sobre la organización de cuidados paliativos

Aprobada el 12 de noviembre de 2003. Contiene un amplio elenco de recomendaciones dirigidas a los gobiernos de los Estados miembros de cara a adoptar políticas, legislaciones y otras medidas necesarias para el desarrollo de un marco político nacional coherente e integral para los cuidados paliativos.

6. Convenio de 4 de abril de 1997 para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina

También denominado Convenio de Oviedo. En España entró en vigor el 1 de enero de 2000. Aborda explícitamente la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud.

Nacional

1. Constitución Española

Promulgada en 1978. En su artículo 10 establece que la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son el fundamento del orden político y de la paz social.

2. Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad

En su artículo 10 hace referencia a la personalidad, a la dignidad humana, a la información, a la confidencialidad y a la autorización previa del paciente para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

3. Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del código penal

En su artículo 143 castiga con penas de prisión la inducción y la cooperación al suicidio. Además, castiga también al que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar.

4. La Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y de documentación

Refuerza la autonomía del paciente. Hace referencia, entre otras cosas, al consentimiento informado, a las instrucciones previas y al derecho a la negativa al tratamiento.

5. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

Establece en sus artículos 12 y 13 que tanto la atención primaria como la atención sanitaria especializada incluirán la atención paliativa a enfermos terminales.

6. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias

Incluye dentro de su articulado el deber de los profesionales de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado incluyendo su participación en la toma de decisiones. También establece que la actualización permanente de conocimientos, mediante la formación continuada, es tanto un derecho como un deber de los profesionales.

7. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud

Al igual que la anterior, también hace referencia a la necesidad de que los profesionales mantengan sus conocimientos actualizados y a respetar la dignidad y la intimidad personal de los usuarios.

8. Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización

Esta norma incluye la atención paliativa a enfermos terminales tanto dentro de la cartera de servicios de atención primaria como de atención especializada.

9. Real Decreto 124/2007 de regulación del Registro Nacional de Instrucciones Previas y Fichero Automatizado de Datos

Autonómica

Varias autonomías han legislado sobre los derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso de la muerte. Andalucía ha sido la pionera. Se puede decir que todas estas leyes tienen unas mismas ideas clave. Su espíritu remarca la dignidad del paciente y sus derechos en cuanto a cuidados en la forma de vivir sus últimos días, así como los derechos de sus familiares. También hacen referencia a los derechos y deberes de los profesionales que los cuidan, tanto en los hospitales como en sus domicilios o en los centros sociosanitarios.

En este contexto, se puede enumerar, por orden cronológico, la siguiente normativa:

1. Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte (Andalucía).
2. Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte (Aragón).
3. Ley foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte (Navarra).
4. Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida (Canarias).
5. Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir (Baleares).
6. Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales (Galicia).
7. Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida (País Vasco).
8. Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, (Madrid).

9. Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida (Asturias).
10. Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida (Comunidad Valenciana).

Aspectos deontológicos

Algunos de los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias, como no podría ser de otra manera, incluyen en su articulado referencias a los cuidados paliativos y al final de la vida.

1. Código de deontología médica

Aprobado por el Consejo General de colegios oficiales de médicos en 2011. Incluye en su artículo 36 los siguientes puntos:

- 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, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida.
- 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.
- El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.
- 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.
- 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.

2. Código deontológico de la enfermería española

Aprobado por el Consejo General de Enfermería en 1989. Establece en su artículo 18 que, ante un enfermo terminal, la enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse.

3. Código deontológico del Consejo general de colegios oficiales de psicólogos

La última versión fue aprobada en 2010. No hace ninguna referencia específica a los cuidados al final de la vida, pero sí a la salud y a la calidad de vida de las personas.

Establece que la profesión se rige por los principios del respeto a la persona, la protección de los derechos humanos, el sentido de la responsabilidad, la honestidad, la prudencia y la competencia profesional.

4. Código deontológico de trabajo social

Aprobado en 2012. En su artículo 7 establece que el trabajo social está fundado sobre los valores indivisibles y universales de la dignidad humana, la libertad y la igualdad. Asimismo, en el artículo 15 promueve el compromiso de la profesión en la implicación de las personas en responsabilizarse en la toma de decisiones y acciones que puedan afectar a su vida.