

Pablo Iglesias Gutiérrez del Álamo, Mónica Dones Sánchez  
[editores]



# Marco ético

en cuidados paliativos

SECPAL



Pablo Iglesias Gutiérrez del Álamo, Mónica Dones Sánchez  
[editores]

# Marco ético

## en cuidados paliativos



SECPAL

2026

*Marco ético en cuidados paliativos*

SECPAL, 2026

© Pablo Iglesias Gutiérrez del Álamo y Mónica Dones Sánchez (eds.), 2026

© L@s autor@s, 2026

Diseño: Nani Granero Moya, 2026

ISBN: 978-84-09-91206-3



## Prólogo

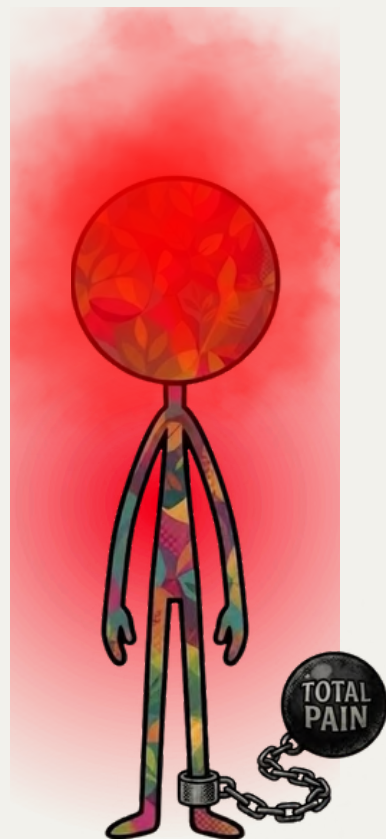
Diego Gracia Guillén

La tradición ha atribuido al padre de la medicina occidental, Hipócrates de Cos, este dicho: *divinum opus sedare dolorem*, es tarea divina aliviar el dolor humano. Por más que en esos términos no se encuentre tal sentencia en los escritos atribuidos al padre de la medicina occidental, es un hecho que responde al estilo de ejercicio de la medicina que él practicó y enseñó. De ahí esa otra sentencia que también se atribuye a Hipócrates y que define a la perfección el espíritu de la medicina occidental desde sus mismos orígenes: "curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre". No siempre se puede curar, pero el médico sí debe aliviar el dolor tanto como le sea posible. Como rezaba otra conocida sentencia de progenie hipocrática, *primum non nocere*, la primera obligación del médico es no hacer daño.

Si esto es así, y no hay la menor duda de que al menos ha sido así durante la mayor parte de la historia, resulta de todo punto llamativo el hecho de que durante los últimos siglos, la medicina moderna parezca haberse olvidado de tan juiciosas y sensatas consignas. A pesar de que el arsenal terapéutico y el elenco cada vez mayor de fármacos analgésicos hacen posible un buen control farmacológico del dolor, los profesionales de la medicina siguen a veces reticentes a su utilización, haciendo posible que el dolor continúe siendo el síntoma más frecuente en la práctica médica, incluso en aquellos casos en que la prudencia y el buen sentido parecerían aconsejar su sedación. Algunas de las razones de



este modo de proceder las encontramos en el máximo clínico europeo del siglo XVII, Thomas Sydenham, el llamado “Hipócrates inglés”. Él nos enseñó a identificar y describir las especies morbosas humanas siguiendo el mismo procedimiento que utilizaban los botánicos en la clasificación de las plantas. Solo que en estas se trataba de describir sus notas o propiedades naturales, en tanto que en el caso de las enfermedades eran fenómenos que Sydenham calificaba de “contranaturales”. En ellas el síntoma más frecuente es el dolor. Él avisa de que algo no va bien, de donde la advertencia de Sydenham de que convenía no silenciarlo o anularlo. Eso hizo que el padre del láudano, y por tanto del alivio farmacológico del dolor, defendiera sin embargo su no anulación, dado que es el síntoma centinela que avisa al médico de que algo va mal. Esto, por lo demás, casaba bien con su fe puritana, que veía en el sufrimiento humano, además de un fenómeno puramente natural, un motivo de expiación y fuente de mérito sobrenatural.



El caso es que a partir de la segunda mitad del siglo XVII, la medicina fue buscando la curación de la enfermedad más que el alivio del dolor, en contra de lo que había sido usual en toda la historia anterior. Frente al clásico *divinum opus sedare dolorem* se fue imponiendo la tesis de que el dolor es consustancial a la enfermedad, y que su anulación es antinatural y peligrosa. Si a esto se añade el miedo a la adicción, el hábito y la toxicomanía en los pacientes, se comprende bien el respeto reverencial de los médicos a los analgésicos y el miedo a su uso.

Este es el escenario en que hay que situar la figura de Cicely Saunders, la joven enfermera que durante los años de la Segunda Guerra Mundial pudo observar el continuado lamento de los soldados que desde el frente de batalla llegaban a las salas del hospital St. Thomas

de Londres. No solo eran víctimas de la guerra sino también del pobre y mal manejo del dolor por parte de los médicos y cirujanos que les atendían... Y poco a poco fue redescubriendo lo que, sorprendentemente, había venido siendo un anhelo tradicional de la medicina durante siglos y siglos, la búsqueda del bienestar de los pacientes a través de la analgesia y la sedación. Como en tantas ocasiones anteriores, la guerra se convirtió en fuente de grandes enseñanzas para la medicina, hasta el punto de hacer posible el nacimiento de varias especialidades nuevas. Una de ellas fue la Medicina intensiva y otra ha sido la Medicina paliativa.

Ambas son hoy partes imprescindibles del buen ejercicio médico, una en el caso de los enfermos críticos y la otra sobre todo en el de las situaciones terminales. De entonces acá, la Medicina paliativa ha ido ganando cuerpo, hasta convertirse no ya en una especialidad médica nueva, sino en un nuevo estilo de hacer medicina, atento no solo a los aspectos puramente biológicos de la enfermedad, sino también a las dimensiones personales, sociales y espirituales de los pacientes. La enfermedad es un suceso que irrumpe y altera por completo la vida de las personas, de modo que no hay en ella solo dolor físico, sino también psíquico, social y espiritual. Es lo que Cicely Saunders llamó *total pain*. Que exige poner en práctica la gran consigna de los cuidados paliativos, el *total care*. Es el nuevo rostro de aquel viejo proverbio que decía *divinum opus sedare dolorem*.





# MARCO ÉTICO EN CUIDADOS PALIATIVOS

## Sumario

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| Prólogo .....                                    | V  |
| Índice de autor@s .....                          | 11 |
| Introducción .....                               | 15 |
| Bloque I. Relación con la persona atendida       |    |
| 1. Información y comunicación .....              | 19 |
| 2. Intimidad y confidencialidad .....            | 25 |
| 3. Autonomía .....                               | 31 |
| 4. Relación clínica .....                        | 37 |
| 5. Planificación Compartida de la Atención ..... | 43 |
| 6. Acompañamiento en cuidados paliativos .....   | 51 |
| Bloque II. Dimensión profesional y organizativa. |    |
| 7. Competencia profesional .....                 | 59 |
| 8. Trabajo en equipo .....                       | 65 |
| 9. Justicia .....                                | 73 |
| 10. Objeción de conciencia .....                 | 79 |
| Epílogo .....                                    | 85 |







## Grupo de trabajo

### **Pablo Iglesias Gutiérrez del Álamo**

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (UCM). Magíster en Cuidados Paliativos (UAM). Médico paliativista de atención domiciliaria en el SERMAS. Magíster en Bioética fundamental y clínica (UCM). Vocal de ética en la SECPAL.

### **Mónica Dones Sánchez**

Enfermera del ESH de Cuidados Paliativos del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Máster en Cuidados Paliativos y en Bioética, miembro del GES.

Vocal de Espiritualidad de SECPAL.

### **Julia Fernández Bueno**

Médico adjunto de paliativos en hospital Universitario de la Princesa de Madrid hasta reciente jubilación. Especialista en Medicina de Familia. Máster en Paliativos. Máster en Bioética. Consultora en ética clínica. Docente de postgrado en Máster de Bioética en Fundación Ortega Marañón y Máster en Paliativos en Universidad Complutense de Madrid y Universidad Autónoma de Barcelona.

Secretaria Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPCA)

### **Helena García Llana**

Doctora en Psicología Clínica y de la Salud. Psicooncóloga. Experta en Bioética Clínica.

Profesora CES Cardenal Cisneros (UCM). Presidenta Sociedad Española de Psicología Paliativa (SEPP-PSICOPALIS). Vicepresidenta de SECPAL. Vocal Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPCA) Miembro del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario La Paz.

### **Nuria Pérez de Lucas**

Doctora en Medicina. Máster en Cuidados Paliativos y en Bioética. Médico paliativista en Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD) Sureste de Madrid.

Vocal Asociación de Bioética fundamental y Clínica (ABFyC). Vicepresidenta del CEAS Madrid Sureste. Vocal Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPCA)

### **Nani Granero Moya**

Enfermera. Filósofa. Doctora en Cuidados integrales y Servicios de salud. Máster en Bioética. Profesora de Bioética en la Universidad de Jaén. Vocal Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPCA)



## Autor@s colaborador@s

### **Javier Barbero Gutiérrez**

Doctor en Psicología Clínica y de la Salud. Psicooncólogo. Máster en Bioética. Facultativo especialista en Psicología Clínica del Hospital Universitario La Paz. Miembro del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario La Paz.

### **José María Galván Román**

Médico especialista en Medicina Interna en el Hospital Universitario de La Princesa de Madrid. Doctor en medicina. Experto en Bioética por la UCM. Profesor de Bioética de grado en la Universidad Autónoma de Madrid y de posgrado en el máster de la Fundación Ortega Marañón. Presidente del CEAS de La Princesa y consultor de ética clínica.

### **Diego Gracia Guillén**

Médico, psiquiatra, historiador de la medicina y una de las figuras centrales de la bioética española. Catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad Complutense de Madrid y director del Máster en Bioética de la UCM.

Ha ocupado cargos académicos e institucionales relevantes en España, Latinoamérica, la UNESCO y fundaciones vinculadas a la bioética y la salud.

Participó y dirigió diversos proyectos de investigación, entre otras cosas sobre cuidados paliativos y asistencia a enfermos terminales.

Su extensa obra incluye títulos como *Fundamentos de Bioética*, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, *Bioética mínima* y *El animal deliberante*.

### **Javier Júdez Gutiérrez**

Doctor en Medicina. Máster en Bioética. Médico de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud. Grupo de Investigación en Cronicidad Avanzada [Atención Primaria] / Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria [IMIB] Pascual Parrilla. Presidente de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica [ABFyC]. Vocal Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención [AEPCA].

### **Cristina Lasmarías Martínez**

Enfermera. Doctora en Cuidados integrales y Servicios de salud. Responsable de Planificación del equipo de atención intermedia. Departament de Salut de Catalunya. Vicepresidenta de la Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención [AEPCA].



## Autor@s colaborador@s

### **Cristina Martínez Chueca**

Educadora Social por la UNED.  
Paciente de Cuidados Paliativos.

### **Antonio Moya Bernal**

Médico de Familia.  
Máster en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid.  
Miembro del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario La Paz.

### **Beatriz Ogando Díaz**

Doctora en Medicina y Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Magíster en Bioética por la UCM y Magíster en Cuidados Paliativos por la Universidad Pontificia de Comillas.

### **Iñaki Saralegui Reta**

Unidad de Medicina Paliativa y Comité de Ética Asistencial. Organización Sanitaria Integrada (OSI) Araba, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.  
Presidente de la Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPCA).

### **Jose Antonio Seoane Rodríguez**

Catedrático de Filosofía del Derecho. Universidad da Coruña.  
Miembro del Comité de Bioética de España.

### **Tayra Velasco Sanz**

Profesora de Bioética y Cuidados Paliativos en el grado de Enfermería UCM. Dedicada también a la deontología. Vocal CEAS HCSC.  
Tesorera Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPCA).  
Coordinadora del área final de vida en el Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés y Proyecto HU-CI.





## Introducción

Pablo Iglesias Gutiérrez del Álamo  
Mónica Dones Sánchez

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), es una sociedad científica profesional e interdisciplinar, sin ánimo de lucro. Fue fundada en 1992 con la finalidad de impulsar los cuidados paliativos en nuestro país y como punto de unión entre los diferentes profesionales que intervienen en ellos.

Desde SECPAL queremos promover un marco ético que facilite y ponga en valor la importancia de una atención integral de calidad. Como profesionales de cuidados paliativos, entendemos el deber moral de realizar un cuidado ético, basado en un compromiso firme con el alivio del sufrimiento en sus diferentes manifestaciones: a nivel físico, emocional, social y espiritual.

Siempre debemos velar de forma activa por el respeto profundo a los valores de las personas afectadas por el proceso de enfermedad, tanto de la persona enferma como de la familia y las personas significativas. Estas últimas, no padecen la enfermedad en el sentido biológico, pero están profundamente afectadas por ella.

Los profesionales tenemos el deber de seguir cultivando una mirada experta y competente para explorar todos los aspectos del proceso de enfermedad, para así poder reconocer la realidad de no curación y de un pronóstico de vida limitado, pero también las infinitas posibilidades de cuidado. Cicely Saunders, en su libro *Velad conmigo* lo refleja de una forma magistral: *“más allá del control de los síntomas empecé a darme cuenta de que mientras escuchaba a los pacientes, descubría aspectos de su potencial para enfrentarse y obtener logros de esta parte de sus vidas”*. Esta mirada integradora no debería ser opcional, sino exigible, más allá de la enfermedad hay una salud biográfica que debemos atender.



Dada la complejidad del contexto en el que desarrollamos nuestra profesión, es condición necesaria e imprescindible aunar las diferentes miradas y desarrollar nuestra actividad profesional desde el trabajo en equipo, basado en la interdependencia. Debemos colaborar y derivar en cada momento, sin apropiarnos del proceso biográfico de la persona enferma, una biografía que se sigue construyendo hasta el último momento de la vida biológica. Nuestra labor como profesionales será el cuidado ético e integral para facilitar el cierre de la biografía de forma serena y según los valores de cada una de las personas que acompañamos. Para ello, será fundamental establecer una comunicación terapéutica con todas las personas que intervienen en el proceso, donde el mensaje sea claro, honesto, sincero y significativo, facilitando así la deliberación y la toma de decisiones compartida, desde la simetría moral.

Con este marco ético, hemos pretendido promover una reflexión conjunta entre los profesionales de SECPAL sobre temas de especial relevancia en el contexto ético clínico. Para ello, hemos contado con profesionales referentes en cada uno de los temas tratados, que generosamente han colaborado en la elaboración de los diferentes textos.

En un primer bloque, se abordan cuestiones fundamentales vinculadas con la práctica clínica, donde se incluyen: la información y la comunicación, la intimidad y la confidencialidad, la autonomía, la relación clínica, el acompañamiento y la planificación compartida de la atención. Todos estos aspectos son la clave fundamental para construir y afianzar el vínculo terapéutico en un contexto de complejidad clínica y biográfica.

En el segundo bloque se reflexiona sobre aspectos relacionados con una dimensión más profesional y organizativa, teniendo en cuenta el trabajo en equipo, la objeción de conciencia, la justicia, y la competencia profesional.

Esperamos que este documento pueda contribuir a la reflexión y al diálogo entre los profesionales de SECPAL, para favorecer un marco ético dinámico, basado en una deliberación participativa.



# Bloque I



**Relación con la persona atendida**





# **Información y comunicación: actos clínicos en los que el “qué” y el “cómo” se juegan la excelencia ética**

---

Javier Barbero Gutiérrez  
Helena García-Llana





*Mi táctica es hablarte y escucharte,  
construir con palabras un puente indestructible.*  
Mario Benedetti. *Mi táctica*

# 01

## Fundamentación

Los "cómo" son tan importantes como los "qué", al menos cuando hay experiencia de sufrimiento. Y es el caso habitualmente de las situaciones y desafíos de final de vida y del entorno de cuidados paliativos.

Comencemos con la información, con el "qué", con ese contenido a expresar. Que el paciente tiene "derecho a la información" no genera dudas y está suficientemente establecido por ley, pero el "derecho a la verdad" puede tener otras connotaciones. ¿Qué es eso de "la verdad"? Veamos un par de acepciones. La primera como "verdad objetiva" la adecuación de la palabra a la realidad material de los hechos: "es un linfoma". La segunda, de origen semítico, está vinculada a confianza y fidelidad. Si decimos que "Pedro es un amigo de *verdad*", nos vinculamos a que nos merece toda la confianza y no al hecho de que nos vaya a desvelar necesariamente el lado oscuro de su vida. Si "Pepa es una falsa" estamos afirmando que no nos inspira ninguna confianza.

La relevancia ética es enorme. La ética de la información no se gestiona desde un balance entre los principios de autonomía y beneficencia, sino entre los de autonomía y no-maleficencia. Tan maleficiente puede ser el encarnizamiento informativo (informar de un diagnóstico o pronóstico negativos a un paciente que no quiere saber), como el Pacto de Silencio frente a otro que desea ser informado.





Aquí aparece, una vez más, la dialéctica entre técnica y ética, entre comunicación y deliberación. La información es un acto clínico –algo admitido en la práctica y en la ley–, desafortunadamente es probable que todavía falten años para que la legislación recoja que también lo son la comunicación terapéutica y la deliberación.

¿Dónde está la dificultad? En mi opinión, en la asunción real de que el paciente es un interlocutor válido en condiciones de simetría moral, es decir, un *equal moral* del que me he convertido en compañero de un viaje que no es el mío.

## Aplicación en cuidados paliativos

Retomando la cuestión de la verdad, ¿qué significaría ser fieles a la verdad del paciente en Cuidados Paliativos? Como mínimo que se cumplan estas dos condiciones:

- Informar al paciente de todo lo que quiera saber y solo de lo que quiera saber sobre su “verdad objetiva”, material. Esta verdad la averiguaremos explorando – con técnicas comunicativas pertinentes – su mundo vital. Como podemos ver, aquí ya el “qué” y el “cómo” están mutuamente implicados.
- Promoviendo vínculos de fidelidad y confianza ofreciendo, asimismo, “garantía de soporte” ante la fragilidad que supone la situación.

Un médico o cualquier otro profesional que ante un pronóstico fatal se empeñe en informar de todo, independientemente de lo que desee el paciente, y que además luego se aleje de esa realidad tan dolorosa, abandonándole, creo que está faltando a la verdad y cayendo en el cada día más habitual “encarnizamiento informativo”. Tan negativo, como el otro extremo, el “paternalismo clásico” que evita toda información *a priori* dolorosa justificándolo desde la fragilidad del paciente.



\* Está borroso adrede





En cualquier caso, en bioética, como criterio prudencial, también podemos admitir que haya excepciones al principio de alta exigibilidad moral de decir la verdad, entendida como información objetiva que desee tener el paciente, cuando previéramos consecuencias significativamente muy duras y probables. Obviamente, las excepciones deben estar justificadas y, además, en la historia clínica.

Veamos ahora algunas sugerencias de tipo ético-comunicativo que nos pueden ser útiles para el vínculo entre los “qué” y los “cómo” de la comunicación:

- La verdad con respecto a la información no pertenece a la primera persona que la conoce, sino a quien más padece sus consecuencias, es decir, al paciente.
- Hay que desechar expresiones como "mentira piadosa", "mentira humanista", "engaño benevolente" que tienen un cariz marcadamente paternalista. Incluso el concepto de "verdad soportable", si no es suficientemente bien matizado, puede acabar siendo interpretado en esa línea.
- Conviene estar atentos a la "congruencia informativa" dentro del equipo, no sólo para ser fiel a los datos, sino también a la realidad de la persona enferma.
- Ser maestros en el arte de explorar si el paciente quiere saber la verdad y hasta qué punto está dispuesto a escucharla. Recordar que también tiene derecho a ignorar y a negar, siempre y cuando esto no implique consecuencias muy graves para terceros.



- Generar en nuestros equipos un "ambiente de verdad, una atmósfera de verdad": desde la presencia significativa y la comunicación abierta.
- Establecer espacios de confianza e intimidad porque las preguntas y las intuiciones que tienen que ver con la vida y la muerte requieren cercanía, no científicos distantes ni *palmoterapia* paternalista.





Comunicación y deliberación se necesitan. La comunicación sin deliberación puede convertirse en una herramienta seductora, manipulativa o coactiva aunque mantenga una intención benéfica. La deliberación sin comunicación terapéutica puede resultar imposible o, al menos, claramente infructuosa. Veamos algunas claves de la comunicación que quiere ser herramienta deliberativa, expresando su potencial ético:



1. Explorar permanentemente; no dar nada por supuesto. No hay dos pacientes iguales.
2. Identificar no solo los problemas que yo como profesional, en función de mi experiencia clínica, puedo objetivar sino también las preocupaciones que el paciente subjetivamente puede estar viviendo.
3. Fomentar la actitud de la empatía y su correlato, en forma de habilidad, de la respuesta empática, captando y expresando su mundo interno de hechos, emociones y valores.
4. Actuar desde la congruencia o autenticidad, más allá de la mera sinceridad. Que lo que exprese esté correlacionado con lo que pienso y siento.
5. Propiciar la creación de un vínculo terapéutico, trabajando desde la información, la comunicación y la deliberación.

## Conclusión

Establecer conversaciones sobre el proceso de morir puede ser uno de los actos clínicos más complejos, así como más satisfactorios. Trabajar desde la excelencia profesional exige asumir que la comunicación y deliberación se necesitan. El entrenamiento en comunicación sin el acompañamiento de la dimensión ética puede convertirse en manipulación. Así como el entrenamiento en el método deliberativo, sin el acompañamiento de unas adecuadas habilidades de comunicación es sencillamente inoperante. Utilizar las claves terapéuticas de honestidad, claridad y sencillez facilitan el diálogo y la deliberación, en definitiva: crean el encuentro.





## Bibliografía

- Becker Chr, Beck K., Vincent A., Hunziker S. Communication challenges in end-of-life decisions. *Swiss Med Wkly*. 2020;150:w20351.
- Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2006; 29, 3: 19-27.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm 274, de 15 de noviembre de 2002. pp. 40126-40132.
- Barbero J. Pacto de silencio. En: Barbero J, Gómez-Batiste X, Maté J, Mateo D. (ed.). *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención psicológica y espiritual*. Barcelona: Obra Social la Caixa, 2016; 315-321.
- Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. *Intervención emocional en Cuidados Paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel, 2003.





## **Intimidad y confidencialidad**

---

Antonio Moya Bernal  
Helena García-Llana

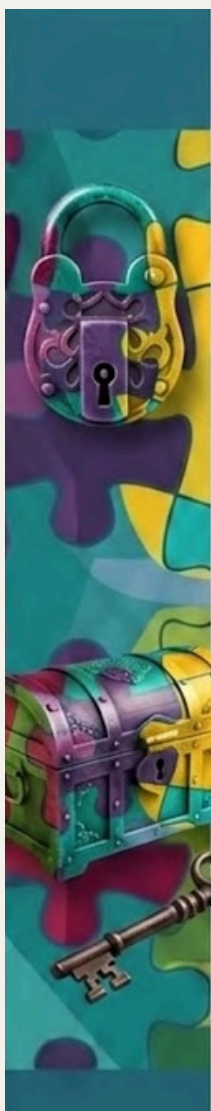




*Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré teniéndolo por secreto.*

Hipócrates de Cos. *Juramento.*

## 02 Fundamentación



En la segunda mitad del siglo XX, la confidencialidad dejó de tener su fundamentación en la excelencia moral de los profesionales y pasó a encontrarla en el derecho de los ciudadanos a la intimidad. La intimidad es un valor intrínseco, un valor en sí mismo, que engendra un derecho individual, siendo el ciudadano, únicamente, quien tiene derecho a definir los límites y el contenido de su intimidad.

La *intimidad* es el ámbito en que los seres humanos gestionan libre y privadamente su mundo de valores (religiosos, filosóficos, culturales, políticos, sexuales, económicos, etc.) y todo lo que tiene que ver con ellos.

La *confidencialidad* es el derecho que tiene el ciudadano a que aquellos que hayan entrado en conocimiento de datos íntimos suyos, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto.

La confidencialidad se refiere siempre a una información revelada de una persona a otra, sea de palabra o mediante un examen. Todo aquello que pertenece al ámbito de la intimidad tiene carácter confidencial.





Más allá de que los derechos a la intimidad y a la confidencialidad estén ampliamente recogidos en nuestro ordenamiento jurídico, que las leyes resalten que los datos relativos a la salud son especialmente sensibles y necesitan una especial protección o de que el Código Penal castigue con duras penas de cárcel e inhabilitación “a los profesionales que divulguen los secretos de otras personas, incumpliendo su obligación de sigilo”, el respeto a la intimidad y la confidencialidad son valores éticos que pacientes y profesionales deben respetar y promover, entre otras razones porque:

- Una relación clínica de calidad es imposible si se rompe la promesa implícita o explícita del profesional sanitario de que lo que el paciente le confíe quedará entre ellos. Solo desde el mantenimiento de la confidencialidad podrán promoverse otros valores como la confianza, la seguridad o el respeto mutuo y lograr una relación terapéutica eficaz.
- Existe una confianza social en el mantenimiento del secreto de las profesiones sanitarias. Si esta confianza se rompe, las personas se resistirían a dar informaciones, autorizar exploraciones o permitir que sus datos se utilicen en investigación.
- Sin respetar la intimidad, no se respeta la autonomía y la persona pierde el control de su propia vida. La pérdida de intimidad en las instituciones lleva a la despersonalización y menoscaba la dignidad de las personas. Es exigible que la exploración física o el aseo dispongan de medidas para su protección o que se habiliten lugares reservados para el intercambio de información, sin que pueda ser escuchada por terceros.
- La ruptura de la confidencialidad puede perjudicar a las personas (pérdida de pareja o amigos, daños en su reputación, etc.) y ser maleficente.
- Mantener la confidencialidad protege y promueve otros valores como la igualdad o la no discriminación.





La confidencialidad, como cualquier otro valor, no es un valor absoluto y puede romperse de forma justificada en determinadas situaciones, siempre con carácter excepcional y revelando el menor número de datos y al menor número posible de personas.

- Es el caso de la obligación moral y legal de divulgar una información confidencial si hay grave peligro para un tercero (transmisión de enfermedades graves, situaciones de maltrato, etc.) ponderando siempre tanto la probabilidad de que se materialice el daño como la magnitud del mismo.
- Los profesionales pueden verse obligados legalmente a romper la confidencialidad al denunciar por sospecha de que se está cometiendo un delito o cuando se les requiere como testigos en una causa. También está justificada la ruptura cuando es el profesional el inculcado, por su derecho a defenderse.



## Aplicación en cuidados paliativos

Trabajamos a diario con rutinas muy consolidadas que, frecuentemente, nos impiden ver los valores que están implícitos en nuestras actuaciones. De ahí que sea importante reflexionar sobre la confidencialidad para poder generar hábitos que nos permitan fomentar un clima de confianza con los pacientes:



- **Sobriedad:** Limitándonos a recabar, registrar y compartir con el equipo los datos estrictamente necesarios para asegurar la calidad asistencial.
- **Transparencia:** Que el paciente pueda conocer el tipo de información que se recoge y se conserva y bajo qué condiciones se puede acceder a ella.
- **Fidelidad:** Utilizar la información solo con la finalidad para la que fue recogida con su permiso.
- **Responsabilidad:** Todos los profesionales deben ser responsables en el manejo de la información sanitaria. El trabajo en equipo no debe utilizarse como excusa para difuminar responsabilidades.





- Universalidad: Las medidas de seguridad para proteger los datos sanitarios deben ser aplicadas siempre, en todos los lugares y para todos los usuarios.

En la relación clínica el paciente, en muchas ocasiones, se verá “obligado a renunciar” a una parte de su intimidad, concediendo a otros el acceso a su historia personal o a su cuerpo. La vulnerabilidad de los pacientes que atendemos nos exige un mayor esfuerzo en la defensa de su dignidad mediante el respeto escrupuloso de sus derechos a la intimidad y confidencialidad, incluso tras su muerte.



En el ámbito de los cuidados paliativos domiciliarios, cuando acudimos a una casa, no sólo “invadimos” el ámbito de la intimidad individual sino también el de la privacidad de la familia. Una mirada a la decoración de una habitación nos puede descubrir fotos, estampas, etc., que nos acercan a los valores y proyecto de vida no solo del paciente, también de su familia. Cuando nos conceden acceso a su intimidad, no están renunciando a un derecho sino ejerciéndolo y la única razón para acceder a ella, será poder diagnosticar, tratar y cuidar con competencia profesional y sensibilidad humana.

## Conclusión



La realidad asistencial, el trabajo en equipo, la falta de infraestructuras que garanticen la intimidad o los avances tecnológicos que facilitan la vulneración de la confidencialidad, dificultan sobremedida preservarla. De ahí que la responsabilidad del profesional y de las administraciones sea inmensa. Requerirá de los profesionales más esfuerzo y creatividad y una reflexión personal sobre la actitud de cada uno ante la misma. Si el profesional falla, traicionará la confianza de una persona vulnerable y dinamitará uno de los pilares de la relación clínica.





## Bibliografía

- Beauchamp TL, Childress JF. Relaciones profesionales entre el sanitario y el paciente. Confidencialidad. En: Principios de ética biomédica. Masson 1999. Barcelona. 402-413.
- Gracia, D. La confidencialidad de los datos clínicos. En: Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Triacastela 2004. Madrid. 303-318.
- Júdez, J et al. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. Med Clin (Barc) 2002;118 (1):18-37.
- Guías de ética en la práctica médica. Intimidad, confidencialidad y secreto. Fundación Ciencias de la Salud 2005. Madrid.
- Guías de ética en la práctica clínica. Ética en cuidados paliativos. Fundación Ciencias de la Salud 2006. Madrid.
- Barbero J, Moya A. Aspectos éticos de la atención domiciliaria. En Contel J.C., Gené J., Peya M., editores. Atención domiciliaria. Organización y práctica. Barcelona: Springer. 1999. 119-126.





## Autonomía

---

Beatriz Ogando Díaz  
Nuria Pérez de Lucas





*Respetar la autonomía es básicamente entender que la persona que tienes ante ti es una interlocutora válida con su propia idea de la vida buena, con sus modos y maneras y su capacidad para decidir por sí misma y, por ello al establecer una relación de cualquier tipo, es imprescindible atenderse y entenderse mutuamente.*

Mabel Marijuan e Ismael Etxeberria-Agiriano.

## 03 Fundamentación

La autonomía se ha consolidado como uno de los principios claves de la bioética moderna, junto con la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Guarda relación con uno de los valores fundamentales de nuestra sociedad occidental actual: la libertad en el gobierno de uno mismo y del íntimo y personalísimo proyecto vital. Trasladado al contexto sanitario, este ejercicio de la libertad se manifiesta en el reconocimiento de que las personas, actual o potencialmente enfermas (los “pacientes”), son sujetos morales con capacidad para tomar sus propias decisiones en el ámbito de la salud. Estas decisiones *deberían* estar libres de coacciones externas, ser coherentes con el sistema de valores propio de cada uno y haber sido suficiente y adecuadamente informadas. El ejercicio de la autonomía implica, además de la libertad en la elección, aceptar la responsabilidad de las propias decisiones que se tomen sobre el cuerpo, la salud, la vida y la muerte.





La incorporación del respeto a la voluntad de las personas ha modificado profundamente la relación clínica, desplazando el modelo paternalista tradicional hacia un paradigma más participativo y deliberativo en el que el “paciente” pasa a ser el actor protagonista de su proceso clínico. Se le considera capaz de consentir o rechazar tratamientos o intervenciones, y de tomar decisiones sobre cómo quiere ser tratado, en función de sus valores, sus experiencias previas y su vivencia de la enfermedad en su contexto específico, incierto y cambiante.



Ese respeto se ha considerado tan esencial para la relación clínica que se han promulgado una serie de leyes que lo protegen y amparan. Desde el año 2002, en que aparece la ley 41/2002, conocida como ley de autonomía, se han sucedido otras normas “de obligado cumplimiento” que regulan algunos aspectos concretos, como el consentimiento informado, las voluntades anticipadas o la petición de ayuda para morir. Lo que parece deseable es que la autonomía no se entienda solo desde el lenguaje de los derechos [tengo derecho a elegir] o de los deberes [tengo el deber de elegir] sino con el lenguaje de los valores [poder elegir es algo valioso].

Entendido solo como un derecho, el concepto de autonomía nos remite a una autonomía instrumental, poco aplicable a la relación clínica. En el contexto del sufrimiento y la vulnerabilidad que genera la amenaza de la enfermedad o la proximidad de la muerte hay otros elementos claves a tener en cuenta. En medio de esa incertidumbre creciente, difícilmente encontraremos una decisión que sea completamente libre, que no afecte a terceros, sin condicionantes previos y que cuente con la información adecuada, necesaria y suficiente como para que sea una decisión perfectamente autónoma. La au-





Autonomía abandona su bandera de derecho para adoptar un enfoque más relacional, puesto que somos seres ineludiblemente interdependientes.

Saber que nos necesitamos unos a otros hace de la autonomía no tanto un ejercicio de libertad individual sino un ejercicio de corresponsabilidad, en el que los vínculos pueden ser más relevantes que la propia libertad. Esto es evidente en nuestro contexto sociológico de cuidados (mediterráneo) en el que el entorno afectivo y familiar cobra un peso importante, más que en otros contextos más autonomistas (anglosajones). En un prudente término medio cabe recordar que, si bien no somos seres aislados, el hecho de ser vulnerables e interdependientes no incapacita a las personas para tomar sus propias decisiones.

*Somos autónomos con los otros.  
Sin ellos no podemos conocer  
las implicaciones del  
diagnóstico, ni adecuar las  
condiciones del entorno para  
hacer posible el plan de  
cuidados, ni planificar el futuro  
de acuerdo con el pronóstico...*  
Antonio Casado Da Rocha



La bioética actual no debería basarse en una concepción de la autonomía instrumental que pretenda hacer desaparecer a los otros, sino que es preciso atender al tejido relacional que hace posible la autonomía, que la sostiene y que, en ocasiones, puede llegar a limitarla. Hay que ir aún más allá, después de entender la autonomía como un proceso relacional, comunicativo, deliberativo y prudencial. Además de asumir que los “pacientes” son personas con un contexto social, afectivo y familiar, el respeto no consiste simplemente en dejar la decisión en sus manos, sin más acompañamiento. La corresponsabilidad requiere de un ejercicio constante de comunicación lo más eficaz posible para que pueda llegarse a una decisión verdaderamente autónoma y coherente con el sistema de valores y la situación concreta que se esté atravesando.





## Aplicación en cuidados paliativos

En cuidados paliativos la unidad de atención es el binomio enfermo y familia / entorno de cuidados y por tanto, es necesario ampliar la idea de una autonomía individual, independiente a la de una autonomía relacional, que reconoce el peso de los vínculos familiares, sociales y culturales en la toma de decisiones. Aunar ambos enfoques de la autonomía permite abordar la complejidad de las decisiones humanas en el ámbito sanitario, conciliando libertad personal y contexto social y transformando la relación clínica en un espacio de deliberación, diálogo, respeto y corresponsabilidad.



Ante la intuición de la muerte, en medio de la experiencia del sufrimiento, cuando la vulnerabilidad y la incertidumbre son máximas, el entorno de cuidados y los profesionales pueden sentir la tentación de asumir que una experiencia de sufrimiento intensa implica no poder decidir, no poder participar en la respuesta más adecuada ante la enfermedad. Aunque sea preciso establecer una autonomía “de mínimos” —instrumental o estratégica— que necesariamente buscará parámetros objetivos (suficiente capacidad, juicio y voluntad) más relacionados con límites o requisitos jurídicos, necesitamos recordar la autonomía “de máximos” —valorativa o moral—, personalísima, que no tiene por qué ceder ante el sufrimiento. Incluso en las situaciones más difíciles, cada persona podrá, sobre todo si se le apoya y se le ofrece el tiempo y el acompañamiento suficiente, elegir el alcance de sus decisiones en función de sus valores, su biografía y su genuino deseo de hacerse responsable de la gestión de su vida, su cuerpo y hasta su propia muerte.

## Conclusión

Quizá la autonomía no sea más que el hilo del collar en el que ir engarzando los valores y decisiones personales; un hilo frágil, deteriorado por la amenaza de la enfermedad y la muerte, que estas no consiguen romper por completo.





## Bibliografía

- Ogando B. Veinticinco siglos de paternalismo, 25 años de autonomía: una aproximación histórica a los cambios en la relación clínica. Revista de Calidad Asistencial 2006; vol 21 (nº3): 164-169 <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-veinticinco-siglos-paternalismo-25-anos-13089606>
- Simón P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. An Sist Sanit Navar 2006; 29 (Supl. 3): 29-40 <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original3.pdf>
- El concepto de autonomía en la medicina occidental. Bioética y debat 2011; vol 17 (nº62). <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3678207.pdf>
- Barbero J., Prados C. y González A. Hacia un modelo de toma de decisiones compartida para el final de la vida. Psicooncología 2011; 8 (1): 143-168. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2011.v8.n1.11](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.11)
- Bayés R. Las doce perlas de mi collar paliativo. Revista Ágora de Enfermería 2013; Vol. 17 (nº4): 156-157 <https://www.agoradenfermeria.eu/magazine/36?page=12>





## **Relación clínica en cuidados paliativos: hacia una profesionalidad deliberativa y proactiva**

---

Javier Júdez Gutiérrez  
Mónica Dones Sánchez





*El enfermo no es un caso clínico, es una persona que sufre.*

P. Laín Entralgo. El médico y el enfermo

## 04 Fundamentación

La relación clínica constituye el núcleo moral de la práctica en cuidados paliativos. No es un mero contexto técnico donde se aplican intervenciones, sino el espacio en el que se reconocen, se interpretan y se acompañan las experiencias de enfermedad, sufrimiento y finitud. En este ámbito, la buena práctica profesional exige una comprensión exigente de la relación clínica como proceso comunicativo, deliberativo y relacional, orientado a la persona en su singularidad biográfica.

Durante décadas, la reflexión bioética ha descrito diversos modelos de relación clínica. El análisis clásico configura los modelos paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo con distintas concepciones del papel del profesional, de la autonomía del paciente y de los fines de la práctica clínica. Sin embargo, en el contexto de los cuidados paliativos, estos modelos no pueden entenderse como opciones equivalentes: algunos son etapas a superar o insuficientes ante la complejidad del acompañamiento en el proceso de enfermedad avanzada y al final de la vida.

El modelo paternalista, centrado en la protección del paciente mediante la decisión experta del profesional, ha mostrado históricamente sus límites, especialmente cuando conduce a la ocultación de la verdad o a la exclusión del paciente de su propio proceso vital. La crítica a esta forma de relación se ha hecho particu-





larmente evidente en la transición desde una “muerte medicalizada” hacia una muerte acompañada y reconocida como experiencia personal y biográfica. En cuidados paliativos, la protección no puede confundirse con la sustitución de la voz del paciente.

Por su parte, el modelo informativo, que enfatiza la autonomía como elección basada en información, resulta insuficiente cuando se enfrenta a situaciones de vulnerabilidad, incertidumbre o ambivalencia de valores.



En la enfermedad avanzada y el final de la vida, las preferencias no siempre están previamente definidas ni son estables; requieren ser exploradas, interpretadas y, en muchos casos, construidas en diálogo. Reducir la relación clínica a la transmisión de información y a la ejecución de decisiones puede derivar en una forma de abandono moral, en la que el profesional se limita a “ofrecer opciones” sin asumir su responsabilidad en el acompañamiento.

En este contexto, los modelos interpretativo y deliberativo adquieren especial relevancia. El primero reconoce que los valores del paciente pueden ser incipientes, conflictivos o no plenamente explicitados, y sitúa al profesional como un facilitador de la comprensión de sí mismo. El segundo da un paso más: la relación clínica se convierte en un espacio de deliberación compartida sobre los valores en juego, donde el profesional no solo informa e interpreta, sino que también orienta, propone y argumenta, sin imponer. Esta concepción es particularmente congruente con la práctica paliativa, en la que las decisiones no son meramente técnicas, sino profundamente biográficas, vivenciales; a la postre, éticas.





## Aplicación en cuidados paliativos

La relación clínica en cuidados paliativos exige, por tanto, una profesionalidad deliberativa. Esta se caracteriza por la integración de tres dimensiones inseparables. En primer lugar, la competencia técnica, que permite ofrecer información rigurosa y opciones clínicamente adecuadas. En segundo lugar, la competencia comunicativa, que posibilita un diálogo honesto, empático y adaptado a la situación del paciente y su entorno. Y, en tercer lugar, la competencia moral, que implica la capacidad de identificar valores en conflicto, explorar cursos de acción prudentes y sostener procesos de deliberación compartida.

Un elemento central de esta profesionalidad es el compromiso con el no abandono. Este principio, ampliamente desarrollado en la literatura paliativa contemporánea, implica que la responsabilidad del profesional no se agota cuando las opciones curativas (de modificar el curso de la enfermedad) se limitan, sino que se transforma en una presencia activa y sostenida en el acompañamiento (con objetivos asistenciales de maximizar funcionalidad y confort), facilitando la expresión de las necesidades, pero también de los recursos presentes a lo largo de la biografía del paciente y de su familia. El no abandono no es solo continuidad asistencial sino también continuidad relacional: permanecer disponible, implicado y atento a las necesidades cambiantes del paciente y su familia.



En esta línea, la Planificación Compartida de la Atención (PCA) introduce un desarrollo especialmente relevante para la relación clínica. Frente a concepciones reduccionistas que la identifican con documentos formales de instrucciones previas, la PCA se configura como un proceso dinámico, anticipatorio y relacional. Su valor no reside únicamente en el registro de decisiones, sino en el diálogo que permite explorar valores, expectativas, amenazas, recursos y prioridades a lo largo de la trayectoria de enfermedad, con sus transiciones y diferentes etapas. La PCA desplaza el foco desde la decisión puntual hacia el proceso continuo de construcción de sentido compartido.





La relación clínica en cuidados paliativos debe, además, integrar una dimensión narrativa. La enfermedad grave y el proceso de morir no son solo eventos biológicos, sino experiencias que interpelan la identidad y el sentido de la vida. La bioética narrativa ha subrayado la importancia de escuchar y acompañar las historias de los pacientes, reconociendo que en ellas se articulan los valores que orientan las decisiones. Libros, ya novelados o narrativas de enfermedad, series, películas... muestran cómo el relato permite recuperar la dignidad y reconstruir el sentido incluso en el tramo final de la vida.

Desde esta perspectiva, la relación clínica se configura como un espacio de encuentro entre biografías: la del paciente, la de su entorno y la del propio profesional. Este encuentro no está exento de asimetrías, pero tampoco puede reducirse a ellas. La buena práctica profesional requiere reconocer la vulnerabilidad del paciente, sin identificarla necesariamente con fragilidad física, reconociendo además que la vulnerabilidad forma parte de la condición humana, de la que también participa el profesional desde su condición de persona (modelo del sanador herido del *counselling*), y ejercer la responsabilidad profesional sin caer en el dirigismo. Se trata de sostener una relación de confianza que permita transitar la incertidumbre, afrontar el sufrimiento y tomar decisiones prudentes en contextos complejos.

## Conclusión

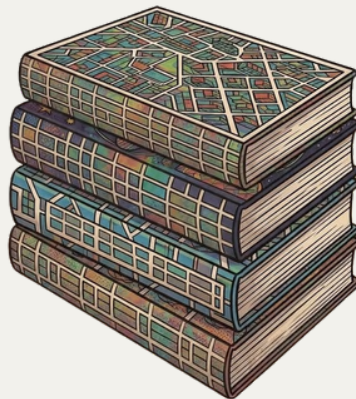
En definitiva, la relación clínica en cuidados paliativos no puede entenderse como un mero instrumento de intervención, sino como el lugar donde se encarna la ética del cuidado. Una ética que no se limita a respetar derechos ni a cumplir deberes, sino que aspira a una práctica excelente, caracterizada por la deliberación, el acompañamiento y el compromiso con la persona hasta el final de su vida, para ayudarle a vivir mejor la enfermedad y el morir.





## Bibliografía

- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992;267:2221-2226.
- Borrell F, Júdez J, Segovia JL, Sobrino A, Álvarez T, para el proyecto Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. El deber de no abandonar al paciente. Medicina Clínica [Barc] 2001; 117 (7): 262 - 273.
- Júdez J, Ogando B. Bioética y dolor. Badalona: EUROMEDICE, Ediciones Médicas, 2007. 128 págs.
- Quill TE, Cassel CK. Nonabandonment: A central obligation for physicians. Ann Intern Med. 1995;122:368-374.
- Pérez de Lucas N, García-Llana H, Gómez-Iglesias E, Júdez Gutiérrez J. Planificación Compartida de la Atención, comunicación y eutanasia. AMF 2022;18(5): 297-302.
- Domingo Moratalla T, Feito Grande L. Bioética narrativa. Madrid: Editorial Escolar y Mayo, 2013. 199 págs.
- Marzábal I, Marijuán M. "¡Oh muerte! ¿Dónde está tu victoria?" La muerte en el cine. Ars Medica. Revista de Humanidades 2004; 1:130- 147.





## Planificación compartida de la atención en cuidados paliativos

---

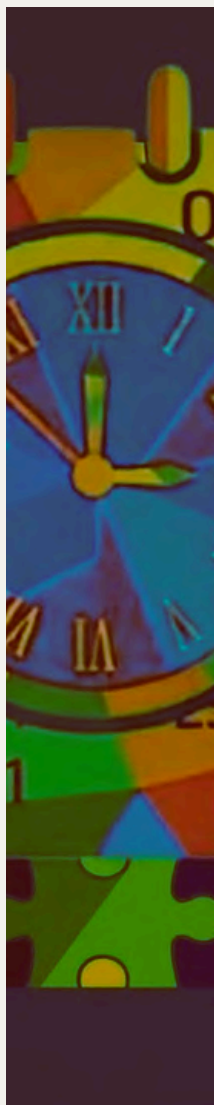
Iñaki Saralegui Reta  
Nani Granero Moya





*Ten un plan  
todo lo que importa está en el aire.  
Viva Suecia. Amar el conflicto (Todo lo que importa)*

## 05 Fundamentación



La planificación compartida de la atención (PCA) podría definirse como un proceso deliberativo, relacional y estructurado, que facilita la reflexión y comprensión de la vivencia de enfermedad y el cuidado entre las personas implicadas, centrado en la persona que afronta una trayectoria de enfermedad, para identificar y expresar sus preferencias y expectativas de atención. Su objetivo es promover la toma de decisiones compartida en relación con el contexto actual y con los retos futuros de atención, como aquellos momentos en los que la persona no sea competente para decidir.

Esta denominación es fruto de la evolución de los términos y prácticas que han pasado del *living will* o testamento vital, a las *advance directives* (documentos de instrucciones previas o voluntades anticipadas) y *advance care planning* o planificación anticipada de cuidados y tratamientos. La asociación científica AEPCA propone Planificación Compartida de la Atención (*shared care planning*) como término a utilizar porque refleja con más exactitud los tres ámbitos del proceso:

- 1) El desarrollo de un plan de atención.
- 2) La deliberación compartida entre los implicados en el proceso de enfermedad: paciente, familia y profesionales.
- 3) La visión integral de la atención más allá del ámbito puramente sanitario.





La PCA, entonces, se refiere no sólo al proceso de toma de decisiones anticipadas de una persona competente, informada y ayudada por los profesionales del equipo asistencial, acerca de la atención que desea recibir en posibles escenarios clínicos futuros en los que ya no pueda decidir por sí misma. También explora la vivencia de la enfermedad en la situación actual, el impacto que se produce en las esferas emocionales y relacionales del paciente, más allá de la pura sintomatología física. El enfoque más actual de la PCA no se dirige exclusivamente a las decisiones futuras sino también incluye la reflexión sobre la calidad de vida, la enfermedad en la situación actual de un paciente, la toma de decisiones y la autonomía relacional. Algunas de las características del proceso se resumen en la tabla siguiente.

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Realiza un abordaje multidimensional: físico, emocional, social y espiritual.</li></ul>                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfatiza la figura del representante como parte del proceso.</li></ul>                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Es un proceso complejo que se interesa por la biografía de la persona y va más allá de decisiones sobre limitación de tratamientos de soporte vital o cumplimentación de documentos de instrucciones previas.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Es adecuada en cualquier período del proceso de enfermedad y no solo para aquellos momentos en que la persona no puede decidir por sí misma o en las fases finales de la vida.</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Contempla el registro de las conversaciones y de los documentos de instrucciones previas en la historia clínica como parte esencial de la planificación.</li></ul>                                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hace énfasis también en los procesos de investigación y mejora de la calidad asistencial.</li></ul>                                                                                      |

La PCA tiene detrás un sólido marco ético que da fundamento a su desarrollo y que incluye el acercamiento al proceso desde la ética principialista, la ética de la virtud y la ética del cuidado.





Bajo los principios bioéticos clásicos, los profesionales adquieren el deber de acompañar y respetar las decisiones del paciente a lo largo de su enfermedad, integrando sus valores y creencias para equilibrar el bienestar con la autonomía y orientando sus intervenciones para facilitar su proyecto de vida. Desde la ética de la virtud, se puede apuntar que la prestación de los cuidados paliativos quedaría incompleta si no se prestara atención a las cualidades que el buen profesional debe desarrollar en su trabajo diario para no hacer daño, ayudar a la persona a organizarse y respetar en lo posible sus decisiones autónomas. Esto ha de incluir la compasión, la confidencialidad, la amabilidad o la prudencia como maneras de reconocer al paciente como persona y de aceptar que puede decidir sobre su enfermedad de acuerdo con las cosas que le parecen importantes.

La ética del cuidado, basada en la responsabilidad, la conexión y la comunicación, propone un trato clínico horizontal y cercano que enfatiza el sentido que el paciente da a su historia vital. Este enfoque singular y personalizado encaja perfectamente con el modelo clínico centrado en la persona que propone la PCA.



## Aplicación en cuidados paliativos

Los **beneficios** de una PCA centrada en los valores, preferencias y contexto de la persona enferma han sido ampliamente demostrados y, para las personas que reciben cuidados paliativos supone la oportunidad de conocer su situación actual y el devenir de su vida y de su enfermedad. Les ofrece la ocasión de expresar lo que realmente es importante para ella o él, de reforzar los vínculos con sus familiares o cuidadores y también de fortalecer la relación clínica con los profesionales que le atienden. Les permite mantener su protagonismo ejerciendo su autonomía de una manera prospectiva, y garantizando a través de su/s representante/s que su opinión será tomada en cuenta aun cuando ya no puedan expresarla.





Asimismo, para la familia y/o seres queridos de la persona enferma, la PCA resulta de ayuda ya que facilita la comprensión del plan de cuidados y tratamientos; estrechan su relación con su familiar porque pueden conocerle mejor, de una manera tal vez no abordada hasta entonces. Su inclusión en la toma de decisiones compartida hace que, cuando tengan que adoptar decisiones en nombre del paciente, tengan la sensación de haber hecho lo mejor, lo más prudente, lo que su familiar hubiera escogido. Esta preparación para los momentos críticos es esencial y se ha demostrado útil para aliviar el proceso de duelo posterior al fallecimiento.

No obstante, a pesar de que la integración de la PCA en cuidados paliativos puede ser beneficiosa existen obstáculos que en ocasiones impiden su implementación. Estas **dificultades** pueden provenir de los profesionales que no tengan la formación sobre esto, se encuentren con una elevada carga asistencial y falta de tiempo, consideren la PCA como una actividad prescindible o que no sea de su competencia o tengan dificultades para abordar conversaciones difíciles.



También los propios pacientes pueden no querer conversar sobre los cuidados para el final de su vida por diferentes razones (negación o no aceptación de la enfermedad, miedo a la muerte, factores culturales o desconocimiento de las ventajas de la PCA). Y asimismo, en algunos casos, la familia o seres queridos de las personas que reciben cuidados paliativos buscan proteger a su familiar evitando que conozca su diagnóstico o pronóstico, lo que impide tener conversaciones sobre el futuro y la posible evolución de la enfermedad.

Del mismo modo, la propia organización o institución puede plantear obstáculos a la realización de procesos de PCA cuando no la incluye en su cartera de servicios, no ofrece formación a los profesionales ni concede el tiempo necesario para que puedan implementarla de manera adecuada.





## Conclusión

En las últimas décadas, la planificación de la atención ha evolucionado hacia un proceso continuo que prepara a las personas y a sus familias/seres queridos para decidir sobre su salud. El siguiente paso es entender la PCA de forma integral a lo largo de la vida, incorporando las decisiones para el momento y para el futuro. Para lograrlo, sería preciso favorecer su inclusión en los planes de atención para personas con enfermedades crónicas, enfermedades en fase avanzada o con necesidades paliativas. Los esfuerzos deberían centrarse en aspectos como los siguientes:



- La divulgación de programas comunitarios (incluyendo a las asociaciones de pacientes) que expliquen la conveniencia de elaborar un plan personalizado de cuidados y tratamientos.
- La formación específica de profesionales de la salud y del ámbito sociosanitario para que puedan facilitar la elaboración, registro y consulta de dichos planes.
- La implementación de programas específicos sobre PCA por parte de las organizaciones, que incluyan la dotación del tiempo necesario para llevar a cabo las conversaciones.
- La evaluación del impacto de la PCA en la toma de decisiones y en la calidad de la atención en el final de la vida.





## Bibliografía

- Saralegui I, Lasmarías C, Júdez J, Pérez de Lucas N, Fernández J, Velasco T, et al. Claves en la planificación compartida de la atención. Del diálogo al documento. In: Network I, editor. Monografía SECPAL sobre cronicidad avanzada. Madrid 2018. p. 87-90.
- Camps, V. (2015). Los valores éticos de las profesiones sanitarias. Educ Med., 16(1):3-8. doi: 10.1016/j.edumed.2015.04.001.
- Lasmarías C. Desarrollo e implementación de la Planificación de Decisiones Anticipadas en Cataluña: análisis del impacto de su puesta en práctica a partir de la autoeficacia de los profesionales sanitarios: Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya; 2022.
- Carrero Planes V, Navarro Sanz R, Serrano Font M. Planificación adelantada de los cuidados en pacientes con enfermedades crónicas y necesidad de atención paliativa. Medicina Paliativa. 2016;23(1):32-41
- Blackwood DH, Walker D, Mythen MG, Taylor RM, Vindrola-Padros C. Barriers to advance care planning with patients as perceived by nurses and other healthcare professionals: A systematic review. J Clin Nurs. 2019 Dec;28(23-24):4276-4297. doi: 10.1111/jocn.15049
- Hickman SE, Lum HD, Walling AM, Savoy A, Sudore RL. The care planning umbrella: The evolution of advance care planning. J Am Geriatr Soc. 2023;71(7):2350-6.







## Acompañamiento en cuidados paliativos

---

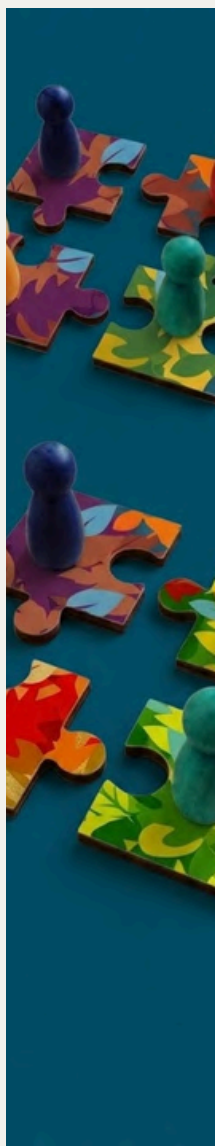
Tayra Velasco Sanz  
Pablo Iglesias Gutiérrez del Álamo





*Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y dotados como están de razón y conciencia deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.*  
Declaración Universal de Derechos Humanos

## 06 Fundamentación



Acompañar según la RAE es “*estar o ir en compañía de otra u otras personas*” identificando una de las principales actitudes que los profesionales sanitarios debemos cultivar: la **presencia**. Supone estar plenamente conectado con uno mismo durante el encuentro, tanto a nivel físico, como emocional y cognitivo, pero a la vez conectado con el paciente/familiar para percibir su experiencia, lo que optimiza la relación terapéutica. Según palabras del médico paliativista Michael Kearney: “*la vida interior del clínico determina la calidad de la presencia que aporta a la cabecera de la cama del enfermo*”.

La presencia por tanto tiene una función relacional clave, ya que permite establecer un clima de confianza, lo que refuerza el vínculo terapéutico y favorece desarrollar otras de las actitudes imprescindibles como es la **compasión**, entendida como la capacidad para acercarse a ayudar y aliviar el sufrimiento de la persona, y la **empatía** que nos permite percibir y entender la necesidad en el otro, para responder en cada momento de la forma más adecuada.

Requiere por parte del profesional el cultivo y desarrollo de su equilibrio emocional, es decir, la regulación efectiva de las emociones es esencial para poder acompañar en el sufrimiento de los demás, favoreciendo la **acogida** incondicional, entendida como la predisposición de apertura hacia al otro, basada en el **respeto** (no juzgar), la **empatía** (conectar con el experimentar del otro a través de la validación) y la **autenticidad** (coherencia entre el lenguaje verbal y no verbal).





Otra de las acepciones que contempla la RAE es *"participar en los sentimientos de alguien"*. En este sentido aborda uno de los ejes principales de la atención sanitaria, como es la toma de decisiones compartida dentro de los procesos de planificación compartida de la atención (PCA). Requiere, por tanto, establecer una relación clínica deliberativa basada en la autonomía relacional que permita explorar y conocer los valores y preferencias de la persona, en donde el acompañamiento profesional busca tomar las decisiones consensuadas más prudentes y responsables entre todos. En dicho proceso es imprescindible incluir también a la familia, para evitar caer en actitudes paternalistas como la conspiración del silencio, siendo uno de los conflictos éticos más habituales que se siguen produciendo, donde la familia solicita a los profesionales ocultar el diagnóstico, gravedad o pronóstico al paciente porque considera que no va a poder soportarlo, en un intento de protección. La formación adecuada en ética clínica y especialmente en deliberación permite resolver dichas situaciones. No obstante, los profesionales tenemos el deber ético, atendiendo al principio de no maleficencia, de no añadir más sufrimiento tanto al enfermo como a sus familias durante todo el proceso, incluyendo la elaboración adecuada del duelo y la búsqueda del bienestar en todo momento.



La PCA se inicia desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, siendo la comunicación terapéutica otro de los pilares esenciales sobre los que se sustenta el acompañamiento. Robert Buckman define la comunicación de malas noticias como *"aquella que va a alterar de manera drástica y negativa las perspectivas de futuro de una persona"*. Supone, por tanto, una de las situaciones más transcendentales para la persona, generando un gran impacto emocional que no solo afecta al paciente, sino que se ha de incluir desde el inicio a la familia. No obstante, una de las premisas que el profesional debe tener es que cuando se da una mala noticia, se adquiere el compromiso ético de ayudar a asimilarla, lo que implica un acompañamiento durante todo el proceso de la elaboración del duelo, tanto al paciente como a la familia.





Actualmente se ha propuesto por parte de la médica paliativista Kathryn Mannix un cambio en la terminología, en vez de denominar comunicación de malas noticias, ya que tiene una connotación negativa, denominarlas **Conversaciones Delicadas** puesto que señala que: *"La delicadeza evoca la predisposición más servicial de cara a una charla que puede ser dolorosa para una o las dos partes. Reconoce la presencia del dolor, pero no como algo a lo que se ha de vencer, sino como una experiencia que se ha de contemplar con sensibilidad y respeto...Estar presente de forma plena e intencionada"*.

De nuevo se refuerza la importancia de la presencia para acompañar durante el proceso comunicativo. Pero no hay que olvidar que todas las habilidades de la relación de ayuda parten de la **escucha activa**, entendida como la capacidad de sentir lo que la otra persona manifiesta. Por tanto, no solo se trata de oír lo que dice, sino que en una situación de complejidad emocional se busca generar un espacio que permita darle la seguridad y el protagonismo para expresar lo que siente, incluyendo la gestión adecuada de los silencios, puesto que solo podremos resolver las necesidades de las personas si las conocemos y para ello será clave la comunicación terapéutica. En definitiva, integrar la premisa de escuchar para comprender más que para responder, y acompañar durante todo el proceso como compromiso ético.

## Aplicación en cuidados paliativos

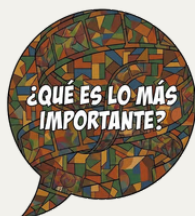
---

Una de las primeras premisas para poder acompañar a una persona es la **preparación del encuentro**. No solo es la elección del entorno, que debe ser un espacio privado, tranquilo, sin estímulos externos disruptivos, acogedor que permita preservar la intimidad en todo momento, con la disposición del mobiliario de forma cercana para evitar barreras comunicativas y que facilite el acompañamiento, sino que también requiere la autorregulación emocional del profesional, conectando con las propias emociones, reconociéndolas para poder reconducirlas, antes de tener la interacción con la persona, tanto a nivel cognitivo (lo que se piensa), como a nivel emocional (lo que te hace sentir lo que piensas) y por último conductual (la actitud que se toma a partir de cómo te hace sentir lo que estás pensando para poder dar respuesta a las necesidades de la persona).





La segunda premisa requiere **preparar la relación** mediante la acogida incondicional [reconocer a la persona sin prejuicios con predisposición de escucha, cuidando la expresión facial, contacto visual, proximidad y lenguaje no verbal] y la validación [reconocer la perspectiva de la otra persona a través de una actitud empática, aceptarla, comprenderla y respetarla, mediante la escucha no solo de lo que dice, sino de los sentimientos y necesidades que muestra]. La pregunta que nos aproxima a conocer los valores de la persona sería ¿qué es lo más importante para ti? y la que nos acerca a explorar el sufrimiento ¿qué es lo que más te preocupa? permitiendo profundizar en las necesidades de la persona.



Por último, es importante resaltar que durante todo el proceso de acompañamiento la persona podrá olvidar lo que dijo o hizo el profesional, pero lo que recordará siempre, es cómo le hizo sentir en cada momento, por lo que será clave cuidar cada encuentro.

## Conclusión

Los profesionales sanitarios tienen una responsabilidad ética durante el acompañamiento en el proceso de muerte, atendiendo al principio de no maleficencia, es su deber evitar añadir más sufrimiento tanto al enfermo como a sus familias en todo momento. En ese sentido, es clave que los profesionales tengan la capacidad de gestionar sus propias emociones, y adquieran las competencias de acompañamiento necesarias, ya que las actitudes que se apliquen van a modular la calidad de los cuidados que se brinden.





## Bibliografía

- Benito E, Rivera PR, Yaeger JP, Specos M. Presencia, autoconciencia y autocuidado de los profesionales que trabajan con el sufrimiento. *Apuntes de Bioética*. 2020; 3(1): 72-88. <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/399/826?download=pdf>
- Moreno B, Moya A (editores). *Historias que nunca escribimos. Relatos de Compasión*. Editorial Chocolate. 2017.
- Mannix K. *Las palabras que importan. Cuando la clave es escuchar*. SIRUELA. 2023
- Kübler-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos: una lección de vida para médicos, enfermeras y familias*. B de Bolsillo. 2019
- Denizon Arranz S, Arranz Carrillo de Albornoz P, Coca Pereira C, Pérez Viejo JM, Costa Cabanillas M, Cervera Barba E, García Llana H. Comunicación consciente para acompañar de forma eficaz: protocolo de 5 pasos. *Psicooncología* 2020; 17(1):165-77 <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/68248>
- Película: *El último suspiro*. <https://www.filmaffinity.com/es/film668522.html>



# Bloque II



**Dimensión profesional y  
organizativa**





# **La competencia profesional en cuidados paliativos: una exigencia ética**

---

Cristina Lasmarías Martínez  
Mónica Dones Sánchez





*Frente al “ethos burocrático” de quien se atiene al mínimo legal pide el “ethos profesional” la excelencia, porque su compromiso fundamental no es el que le liga a la burocracia, sino a las personas concretas, a las personas de carne y hueso, cuyo beneficio da sentido a cualquier actividad e institución social. Es tiempo, pues, no de despreciar la vida corriente, sino de introducir en ella la aspiración a la excelencia.*

Adela Cortina. *¿Para qué sirve realmente la ética?*

# 07

## Fundamentación

La competencia profesional constituye uno de los pilares fundamentales del marco ético en cuidados paliativos. No se limita a la posesión de conocimientos técnicos o habilidades clínicas, sino que implica la integración de conocimiento científico, capacidades prácticas, actitudes relacionales y reflexión ética, orientadas al cuidado integral de personas que afrontan una enfermedad avanzada, incurable o en el final de la vida.

Desde una perspectiva bioética, la competencia profesional se vincula directamente con los principios de no maleficencia y beneficencia. Actuar de forma competente es una condición necesaria para evitar daños derivados de la ignorancia, la improvisación o la falta de formación, así como para promover intervenciones proporcionadas y ajustadas a las necesidades y valores de la persona enferma y de las personas significativas afectadas por el proceso de enfermedad.

Del mismo modo, el principio de justicia interpela a garantizar que todas las personas tengan acceso a cuidados paliativos prestados por profesionales debidamente formados, evitando desigualdades asistenciales.

La especificidad de los cuidados paliativos añade una complejidad particular al concepto de competencia profesional. El acompañamiento del sufrimiento total —físico, psicológico, social y





espiritual — exige habilidades que trascienden el ámbito estrictamente biomédico. La comunicación en situaciones de alta carga emocional, la acogida incondicional a la totalidad de la persona, la toma de decisiones en contextos de incertidumbre, el respeto a la autonomía del paciente y la atención al final de la vida requieren una formación específica y sostenida en el tiempo.

Por tanto, la competencia profesional en cuidados paliativos no puede entenderse como un estado alcanzado de una vez y para siempre, sino como un proceso continuo de aprendizaje, actualización, autoconciencia y reflexión ética. Una actitud profesional no responsable genera dinámicas de “no cuidado”. Factores como los valores compartidos, el liderazgo, la cultura profesional y las dinámicas relacionales influyen directamente en la capacidad de responsabilizarse. Mantener la competencia es una responsabilidad individual, pero también organizativa e institucional, que compromete a los sistemas de salud y a las políticas públicas en su conjunto.

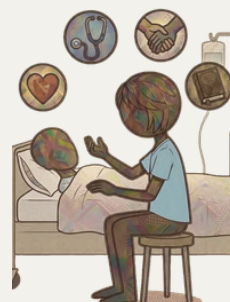


## Aplicación en cuidados paliativos

### La competencia profesional como práctica ética en el cuidado

En la práctica clínica, la competencia profesional se manifiesta, en primer lugar, en la capacidad de evaluar adecuadamente la situación de la persona enferma y responder de forma proporcional y personalizada. El manejo del dolor y de otros síntomas frecuentes — como la disnea, la ansiedad, el delirium o el sufrimiento existencial— requiere conocimientos actualizados, uso adecuado de herramientas de valoración y una actitud clínica prudente.

Asimismo, la competencia profesional se expresa de forma esencial en la comunicación y en el acompañamiento durante todo el proceso. Informar con veracidad, escuchar activamente, respetar los silencios y sostener conversaciones difíciles sobre el pronóstico, los objetivos de

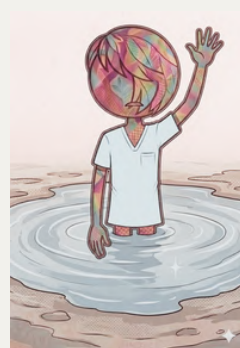




cuidado o la planificación compartida de la atención, constituyen actos profundamente éticos. Una comunicación deficiente o evasiva puede generar confusión, angustia y pérdida de confianza, comprometiendo la calidad del cuidado.

Otro elemento central es la capacidad para reconocer los propios límites. Saber cuándo pedir apoyo, consultar con otros profesionales o derivar a otros recursos especializados forma parte de una práctica competente y éticamente responsable. En cuidados paliativos, el reconocimiento de la incertidumbre y la deliberación compartida con otros profesionales son signos de madurez profesional, no de debilidad.

Finalmente, la competencia profesional incluye el autocuidado y la prevención del desgaste emocional. El contacto continuado con el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, expone a los profesionales a un riesgo elevado de desgaste por empatía y *burnout*. Cuidar de uno mismo y de los compañeros es también una exigencia ética, ya que profesionales exhaustos o emocionalmente desbordados ven comprometida su capacidad de cuidar bien.



## **La competencia profesional desde una perspectiva multidisciplinar.**

Los cuidados paliativos se fundamentan en un modelo de atención multidisciplinar, en el que diferentes disciplinas aportan e integran miradas complementarias para abordar la complejidad del sufrimiento humano. Desde este enfoque, la competencia profesional no puede reducirse a habilidades individuales, sino que se expresa de manera plena en la competencia colectiva del equipo.

La práctica ética multidisciplinar exige respeto mutuo entre disciplinas, claridad en los roles profesionales y una coordinación efectiva de las intervenciones. Es imprescindible la humildad profesional y el reconocimiento de la interdependencia entre disciplinas, para poder ofrecer un cuidado integral a la persona enferma y a su entorno. La fragmentación del cuidado, la imposición del criterio personal, la falta de comunicación interna o los conflictos no abordados dentro del equipo constituyen fallos éticos que repercuten directamente en el bienestar de la persona atendida y su familia.





La competencia del equipo paliativo se manifiesta también en su capacidad para deliberar de forma conjunta ante situaciones complejas, como la adecuación del esfuerzo terapéutico, los conflictos de valores o las decisiones al final de la vida. Los espacios de reflexión interdisciplinar favorecen una toma de decisiones más prudente, responsable y centrada en la persona.

Desde esta perspectiva, la competencia profesional incluye habilidades relacionales, capacidad de escucha dentro del equipo y una ética de la corresponsabilidad. Cuidar bien en cuidados paliativos es, en gran medida, un acto colectivo.

## Conclusión

La competencia profesional en cuidados paliativos es una exigencia ética fundamental orientada a la protección de la dignidad humana y al alivio del sufrimiento en una de las etapas más vulnerables de la vida. No se limita al conocimiento técnico, sino que integra saber, hacer y ser, en una práctica reflexiva, interdisciplinar y centrada en la persona.



Entender la competencia profesional como un compromiso ético implica reconocer su carácter dinámico, colectivo y contextual. Requiere inversión en formación, espacios de deliberación ética, trabajo en equipo y cuidado de los profesionales. Solo desde una competencia profesional sólida y compartida es posible ofrecer cuidados paliativos de calidad, humanizados y justos.

En el entorno de cuidados, la responsabilidad ética no debería recaer únicamente en la persona profesional; debe ser también institucional. Si la organización no asume su parte, se produce una fractura ética que afecta a todos los niveles. En este sentido, promover la competencia profesional no es únicamente una buena práctica clínica, sino una responsabilidad ética ineludible de los profesionales, las instituciones y los sistemas de salud.





## Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Connor, S. Clinical Ethical Issues. En: Gómez-Batiste, X., & Connor, S. [eds.]. Building Integrated Palliative Care Programs and Services. WHPCA, 2017. Vol 1, Sección 3: 349-356. ISBN: 978-84-9766-602-2.
- Román Maestre, B. Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. Medicina Paliativa, 2013; 20(1). DOI: 10.1016/j.medipa.2012.10.002
- Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Marco de Actuación Enfermera en los Cuidados Paliativos. 2025. 2ª Ed. ISBN: 978-84- 09-68446-5





## Trabajo en equipo

---

Javier Barbero Gutiérrez  
Pablo Iglesias Gutiérrez del Álamo





*Ningún jugador es tan bueno como todos juntos.*

Alfredo Di Stefano

# 08

## Fundamentación



El sufrimiento al final de la vida es una realidad compleja que ninguna profesión puede comprender ni atender en exclusiva. Responder a las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de la persona enferma y de sus seres queridos exige integrar saberes y perspectivas diferentes.

El objetivo de los cuidados paliativos es claro: ponerse al servicio de la persona enferma y sus seres queridos, reconocer su dignidad y tratar de responder de manera integral a sus necesidades, valores y preferencias con una atención éticamente adecuada.

El final de vida implica tomar decisiones clínicas moralmente difíciles que no deben depender de un solo individuo, una imposición jerárquica o la aplicación automática de principios o protocolos. No basta con crear equipos como unidades formales en los que no se nombren los conflictos, no se revisen las jerarquías ni se atiendan los afectos. Siguiendo la propuesta deliberativa de Diego Gracia, estas decisiones requieren analizar los hechos, reconocer los valores en conflicto y valorar los distintos cursos de acción antes de elegir el más prudente. Esta deliberación se enriquece con el trabajo en equipo que, por definición, en cuidados paliativos ha de tener una estructura multidisciplinar.





En todo equipo existen relaciones de poder y se movilizan afectos. Ignorarlos no hace que desaparezcan; puede favorecer silencios, conflictos o decisiones poco transparentes. Trabajar en equipo exige reconocer estas dinámicas y revisar cómo influyen en las relaciones, en la participación y en la toma de decisiones. La diferencia ética entre formar parte de un equipo (*multi*) y trabajar en equipo (*inter o transdisciplinar*) es notable.

Se trata de una forma de relación que exige cooperación, coordinación, respeto, objetivos compartidos, gestión de la información y generación conjunta de conocimiento, creando un espacio ético donde se busque la excelencia. Este espacio es necesario para realizar una deliberación prudente sostenida por una comunicación honesta y el reconocimiento mutuo que permita construir una respuesta común ante el sufrimiento.

Aunque los procesos de democracia interna de los equipos se vean mediatizados por la institución a la que pertenecen, es importante trabajar en modelos participativos en los que todas las disciplinas añadan valor. Se trata de evitar que la jerarquía impida la escucha, la deliberación y la toma de decisiones compartida.

Se piensa, se decide y se cuida juntos, aceptando los límites propios y contando con los demás para alcanzar la mayor calidad moral del cuidado.

Desde la mirada ética, el liderazgo no debe entenderse solo como una consecuencia del cargo, la profesión, antigüedad o experiencia técnica. El problema no es que existan autoridad y responsabilidades diferenciadas, sino en cómo se ejercen. El liderazgo ético cuida los vínculos, favorece la participación, reconoce la pluralidad de saberes y pone la autoridad al servicio de la deliberación, la cooperación y el cuidado también mutuo compartido.





Ante la escasa formación en este modelo de trabajo y la falta de herramientas para valorar el funcionamiento del equipo, es necesario analizar cómo trabajamos y qué variables intervienen. Solo así se puede reflexionar, aprender de la experiencia y alcanzar un lenguaje común y unas claves compartidas.

## Aplicación en cuidados paliativos

El artículo 3 de los Estatutos de la SECPAL establece que “Los Cuidados Paliativos han de practicarse necesariamente desde equipos multidisciplinares que incluyen profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería), eticistas, asesores espirituales, abogados y voluntarios”.

Esta exigencia también aparece recogida en la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, que incluye entre sus principios la atención integral, la coordinación entre niveles asistenciales, la reflexión ética, la participación de pacientes y familiares y el trabajo en equipo interdisciplinar.

Queda así de manifiesto que el trabajo en equipo en cuidados paliativos es una condición ética y estructural de la atención.

La dimensión ética se refleja especialmente en la toma de decisiones al final de vida, en la que frecuentemente se afectan valores, preferencias y límites. Para que este proceso sea adecuado, es necesaria una buena comunicación interna que incluya síntomas y datos clínicos, pero también la biografía, la familia, las emociones, el contexto social y los valores y preferencias de la persona.

Se necesitan reuniones de equipo bien preparadas, con método y una participación equilibrada que fortalezcan no solo la atención integral, sino también el vínculo entre profesionales. Las preguntas éticas que debemos realizar de un equipo son: cómo funciona, cómo cuida, cómo se cuida, cómo decide, cómo gestiona sus conflictos y cómo contribuye realmente a mejorar la atención.





La calidad del trabajo en equipo es, por tanto, un indicador de buena organización y una expresión concreta de la calidad ética de los cuidados paliativos.

Los equipos de cuidados paliativos se crean día a día según las necesidades de intervención y los recursos disponibles. Esto establece diferencias según recursos existentes: atención domiciliaria, centros sociosanitarios o atención en hospitales, lo que dificulta al sistema llevar a cabo las reflexiones o metodologías necesarias.

También es necesario cuidar a quienes cuidan. La cercanía constante con la muerte y el sufrimiento, la sobrecarga, la falta de recursos, los conflictos silenciados y la ausencia de apoyo institucional exigen espacios de autocuidado, deliberación, apoyo mutuo y gestión emocional.

Cuando el equipo atiende las diversas necesidades de los pacientes y de sus seres queridos, reconoce sus valores y deliberan entre ellos y con ellos, protege la *autonomía*. Al integrar los distintos niveles de atención, coordinar los cuidados y adaptarse a cada situación concreta, ejerce la *beneficencia*. Si evita intervenciones desproporcionadas, decisiones precipitadas, mensajes contradictorios o actuaciones que añadan sufrimiento, cumple con la *no maleficencia*. Y cuando se crean las condiciones para que todas las voces sean escuchadas, se ayuda al equipo a pensar, cuidar y decidir mejor y se promueve y exige los recursos adecuados, protege la *justicia*. De esta manera, los principios bioéticos dejan de ser conceptos teóricos y se convierten en una manera concreta de estar, deliberar y cuidar juntos.



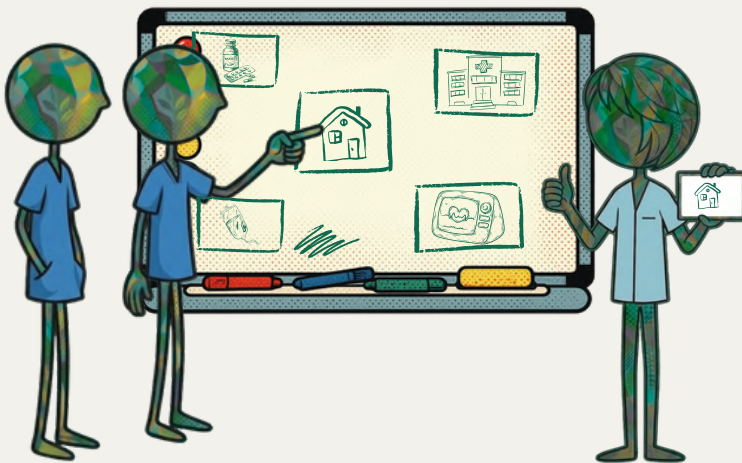


## Conclusión

Para dar una atención técnica y éticamente válida a personas en situaciones críticas con necesidades múltiples, necesitamos equipos de estructura multiprofesional y funcionamiento inter o transdisciplinar. Y sus miembros han de funcionar en condiciones de simetría moral.

Los equipos de cuidados paliativos, en su funcionamiento, tienen la responsabilidad de impregnar en el sistema sanitario y sociosanitario una manera de mirar la realidad profundamente humanizadora.

Solo podrás admitir que realmente trabajas en equipo cuando, además de las obligaciones diagnósticas y terapéuticas de tu profesión añades la exigencia de ser un auténtico facilitador de la tarea de tus compañeros consensuando objetivos finalistas comunes. El trabajo en equipo no puede reducirse a una estructura organizativa: es una práctica relacional y ética para cuidar, que necesita ser cuidada y revisada.





## Bibliografía

- Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. 2.ª ed. Madrid: Triacastela; 2007.
- Grupo de Trabajo SECPAL “Trabajo en Equipo”. Trabajo en equipo en cuidados paliativos: qué dicen los profesionales. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2014.
- Barbero Gutiérrez JJ. El trabajo en equipo de los equipos multidisciplinares de cuidados paliativos: análisis de la realidad española [tesis doctoral en Internet]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2014 [citado 13 jun 2026]. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/127161>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Estatutos [Internet]. Madrid: SECPAL; [citado 13 jun 2026]. Disponible en: <https://www.secpal.org/estatutos/>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud: actualización 2010-2014 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [citado 13 jun 2026]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/docs/cuidadospaliativos.pdf>







# Justicia

---

José María Galván Román  
Julia Fernández Bueno





*La justicia no debe basarse en la suerte o el azar, sino en principios fundamentales que garanticen la igualdad de oportunidades para todos.*

*John Rawls. Teoría de la Justicia*

# 09

## Fundamentación

Decía Celso que *ius est ars boni et aequi*, «La Justicia es el arte de lo bueno y lo equitativo». Nadie duda de la bondad de cuidar al que está enfermo y aliviar su agonía. Debemos, pues, entender la justicia de los Cuidados Paliativos desde la equidad.

Esta equidad se sustenta en valores como la empatía y la compasión, el profesionalismo y la excelencia, y la atención integral e integrada, sin ninguna clase de discriminación. Se trata de hacer extensible ese cuidado a las poblaciones más vulnerables, considerando los determinantes sociales de la salud y las desigualdades estructurales, y de entender que la atención al final de la vida no es solo una parte de la cartera de servicios, sino la raíz misma de la profesión médica.

## Aplicación en cuidados paliativos

**Equidad en el acceso.** El acceso a los Cuidados Paliativos debe ser omnímodo. Esta afirmación es deseo y principio inspirador, y ha sido promulgada por la Organización Mundial de la Salud: *Es preciso inscribir la prestación de servicios de asistencia paliativa en los principios de la cobertura sanitaria universal. Todas las personas, sin discriminación, deben tener acceso a un conjunto de servicios básicos de salud de carácter promocional, preventivo, curativo, rehabilitador y paliativo, definido a nivel nacional, así como a medios de diagnóstico y medicamentos esenciales segu-*





*ros, asequibles, eficaces y de calidad. Equidad en la atención sanitaria, equidad en los fármacos para el dolor y la agonía, equidad en los recursos para el cuidado del que está agonizando.*



## Transición desde la no discriminación de la persona enferma al respeto y ayuda al doble vulnerable.



El enfoque indiferente de la búsqueda de la estricta igualdad de oportunidades no va a sustentar la justicia en los cuidados paliativos. Es, en cambio, la empatía como faro ético lo que garantiza la equidad y el respeto a la dignidad de todos los pacientes. Se debe asegurar que la empatía –también la compasión– se extienda a poblaciones vulnerables, considerando los determinantes sociales de la salud y las desigualdades estructurales que afectan el acceso y la calidad de la atención al final de la vida. Esta atención debe ser global, a *pesar* del paciente –incluso cuando no es fácil el trato con él– sin barreras por edad, género, etnia, lugar de procedencia, orientación sexual o creencias personales.

**Profesionalismo del equipo asistencial.** Menos de la mitad de las facultades de Medicina de nuestro país imparten la asignatura de Cuidados Paliativos, siendo esta cifra aún menor en la formación de las enfermeras y otros profesionales sanitarios. Además, aún no existe especialidad vía MIR y de hecho, algunos equipos de Cuidados Paliativos están integrados con médicos recién egresados de la universidad sin ninguna formación sanitaria especializada. Justicia también es tratar a los enfermos al final de la vida con la mejor formación técnica y humana posible.





**Integración de la Atención Paliativa en los sistemas de salud.** Cuando se alivia el dolor y el sufrimiento, cuando se cuida a los enfermos y cuando se permite y facilita una muerte en paz, estamos haciendo Medicina. Los cuidados paliativos fueron probablemente la primera asistencia en los albores de la humanidad, y son el final común de la Medicina actual ultra tecnificada. En España hace falta avanzar en esa dirección, desde los Cuidados Paliativos generalizados (los que tenemos en este momento) a una atención plenamente integrada en el sistema. Se deben vencer los riesgos derivados de los retrasos en los traslados, la escasez de personal y la presión por la duración de las estancias en centros específicos. Los medios deben ser suficientes para población rural y urbana, para adultos y niños, para pacientes hospitalizados y en domicilio.



## Conclusión

El valor de la justicia en los Cuidados Paliativos no puede reducirse a una igualdad meramente formal. No se debe tratar de un reparto neutral de recursos, sino de una apuesta integral y priorizada hacia quienes más sufren. Universalidad, empatía, profesionalismo e integración plena en los sistemas de salud no son compartimentos estancos, sino facetas de un mismo compromiso ético: hacer de la muerte un proceso humano, acompañado, respetado y, al mismo tiempo, equitativo.

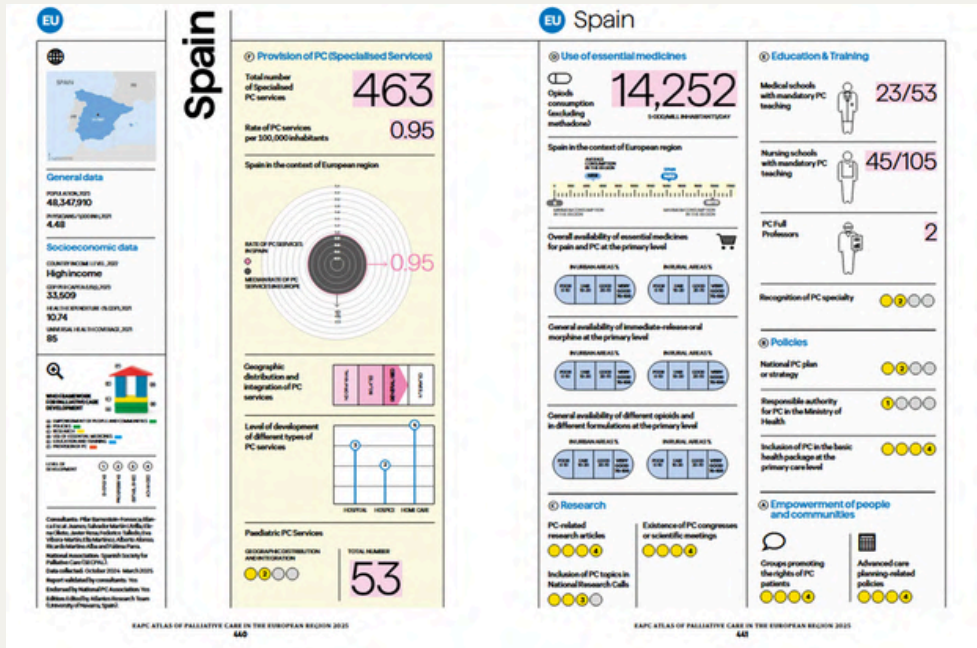




## Bibliografía

- Reimer-Kirkham S, Stajduhar K, Pauly B, Giesbrecht M, Mollison A, McNeil R, et al. Death Is a Social Justice Issue: Perspectives on Equity-Informed Palliative Care. *ANS Adv Nurs Sci*. 2016;39(4):293-307. doi:10.1097/ANS.0000000000000146.
- Hanson MJ, Callahan D. *The Goals of Medicine: The Forgotten Issues in Health Care Reform*. Georgetown University Press; 2000.
- Asamblea Mundial de la Salud. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida: Informe de la Secretaría [Internet]. World Health Organization; 2014. Report A67/31. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/wha67/a67\\_31-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67/a67_31-sp.pdf)
- Garralda E, Tripodoro VA, Ling J, Brennan J, Montero Á, Bastos F, et al. *EAPC Atlas of Palliative Care in the European Region 2025*. 2025.
- Knight C, Albertsen A. Rawlsian Justice and Palliative Care. *Bioethics*. Octubre de 2015;29(8):536-42. doi:10.1111/bioe.12156
- Schofield G, Dittborn M, Huxtable R, Brangan E, Selman LE. Real-world ethics in palliative care: A systematic review of the ethical challenges reported by specialist palliative care practitioners in their clinical practice. *Palliat Med*. febrero de 2021;35(2):315-34. doi:10.1177/0269216320974277.





Página 440 y 441 de Garrañá E, Tripodoro VA, Ling J, Brennan J, Montero Á, Bastos F, et al. EAPC Atlas of Palliative Care in the European Region 2025. 2025





# Objeción de conciencia

---

José Antonio Seoane Rodríguez  
Nuria Pérez de Lucas



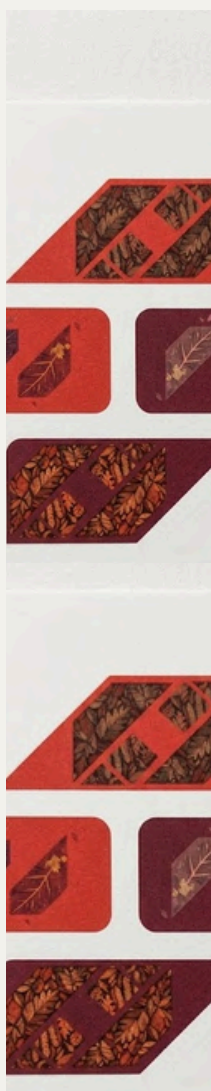


*Los enemigos de la objeción de conciencia no son quienes se oponen a ella, sino quienes abusan de algo tan íntimo, y por ello tan difícil de controlar, como la conciencia. Los verdaderos enemigos de la objeción de conciencia son aquellos que quieren convertirla en un bastión inexpugnable, ante el que reboten todos los demás derechos, y quienes se aprovechan de ella haciendo pseudoobjecciones o criptoobjecciones.*

Diego Gracia

## 10

## Fundamentación



La conciencia de los ciudadanos debe ser protegida en las sociedades axiológicamente plurales. Esta pluralidad de valores existe también en el contexto sanitario, donde debe ampararse la libertad de conciencia y la integridad moral de los profesionales armonizándolas con la garantía de los derechos de los pacientes y la responsabilidad de las profesiones asistenciales y de la administración sanitaria en el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes.

Este modelo de acomodación razonable, que reconoce el derecho a la objeción de conciencia y propone su ejercicio responsable, se diferencia de otros dos modelos. Por un lado, el absolutismo de la conciencia, que sostiene que la conciencia individual del profesional prevalece siempre sobre la legislación; esto es, otorga protección absoluta a la conciencia, con el consiguiente riesgo de desprotección de las leyes democráticas. Por otro, el modelo de la incompatibilidad, que afirma que la conciencia no prevalece nunca. Defiende la separación estricta y la exclusión de la conciencia y las creencias individuales de la esfera pública; en consecuencia, en caso de conflicto se impone el cumplimiento de lo previsto en las leyes.

Por consiguiente, debe reconocerse el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales y afirmarse su carácter excepcional, pues la regla general es cumplir las normas y los deberes jurídicos.





Proteger la conciencia de los profesionales no significa que prevalezca siempre; esto es, no basta apelar a la conciencia individual para admitir la objeción, sino que es necesario analizar el contexto y ponderar en cada caso los bienes y derechos presentes. Además, la objeción de conciencia auténtica exige justificar la existencia de un conflicto entre el deber jurídico y el deber de conciencia y garantizar simultáneamente el ejercicio de los derechos de los ciudadanos.

La objeción de conciencia es la respuesta de un profesional a un conflicto de deberes: cumplir una obligación jurídica y preservar la conciencia actuando de acuerdo con las propias convicciones éticas o religiosas para preservar su integridad moral y su libertad de conciencia. Así, la objeción de conciencia sanitaria puede definirse como el rechazo de un profesional sanitario a cumplir un deber jurídico ineludible de naturaleza personal por razones de conciencia, nunca con la finalidad de transformación política o cambio normativo –fin perseguido con la desobediencia civil–, sino para ser dispensado del cumplimiento de ese deber.



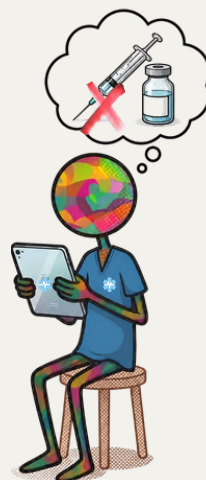
Para comprender mejor el significado y el alcance de la objeción de conciencia conviene diferenciarla de otras situaciones, además de la mencionada desobediencia civil. De una parte, la reticencia moral, en la que no se enfrentan un principio moral y una norma legal, sino otras razones que determinan que el profesional no lleve a cabo una actuación derivada de una indicación o instrucción de una autoridad o contenida en un protocolo que atenta contra principios éticos básicos. De otra, la angustia o aflicción moral (*moral distress*), donde no existe conflicto entre dos obligaciones, ya que el profesional identifica y sabe cuál es la acción correcta que debe realizar, pero se siente incapaz de llevarla a cabo. En tercer lugar, de las falsas objeciones de conciencia, que no tienen un fundamento moral, pues la oposición del profesional obedece a criterios de conveniencia u oportunismo y no a razones éticas. Finalmente, de la denominada objeción de ciencia, donde la negativa está basada en razones técnicas o científicas, al amparo de la libertad de método y prescripción de los profesionales.





## Aplicación en cuidados paliativos

El Derecho español reconoce expresamente el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en dos casos: la interrupción voluntaria del embarazo (arts. 19bis y 19ter de la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo) y la prestación de ayuda para morir (arts. 3.f) y 16 de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia: LORE), de mayor interés en el marco de los cuidados paliativos. No obstante, al tratarse de una manifestación de la libertad de conciencia y del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa (art. 16 de la Constitución española; art. 10 de la Carta de derechos fundamentales de la Unión Europea), podría admitirse la objeción de conciencia sanitaria en otros supuestos no previstos legalmente, aunque sería recomendable regularlos para facilitar y garantizar su aplicación y eficacia.



El derecho a la objeción de conciencia en los procesos de prestación de ayuda para morir corresponde a los “profesionales sanitarios directamente implicados” en dicha prestación, lo que excluye a los profesionales implicados en otras actuaciones asistenciales o de cuidados, como la donación y el trasplante de órganos, o actividades administrativas. Se trata de un derecho individual y de carácter personal, no institucional o colectivo; por tanto, no existe un derecho a la objeción de conciencia de un servicio, una unidad o un centro hospitalario.





Además, la objeción de conciencia debe manifestarse “anticipadamente y por escrito” (art. 16.1 LORE) con la finalidad de mejorar la gestión de la prestación, para lo cual las administraciones sanitarias han creado registros de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir (art. 16.2 LORE).

## Conclusión

El ejercicio responsable del derecho a la objeción de conciencia exige que el profesional comunique su condición de objetor a la administración sanitaria y, en su caso, al paciente que solicita la prestación de ayuda para morir. Debe informarle expresamente de su condición de objetor y derivar puntualmente su solicitud para que pueda continuar con la tramitación del procedimiento sin perjuicios y con todas las garantías.





## Bibliografía

- Couceiro A, Seoane JA, Hernando P La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (I). Rev. Calid. Asist. 2011;26(3):188-93. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-la-objecion-conciencia-el-ambito-S1134282X11000431>
- Couceiro A, Seoane JA, Hernando P. La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (II). Rev. Calid. Asist. 2011;26(5):320-4. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X1100042X>
- Giubilini A, Schuklenk U, Minerva F, Savulescu J. Rethinking conscientious objection in health care. New York: Oxford University Press; 2025.
- Gracia D, Rodríguez Sendín JJ [dir.]. Guía ética de la objeción de conciencia. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud. Organización Médica Colegial, 2008. <https://fcs.es/etica-de-la-objecion-de-conciencia/>
- Symons X. Why conscience matters. A defense of conscientious objection in health care. Abingdon-New York: Routledge, 2022.
- Triviño R. Objeción de conciencia. *Glosario crítico sobre bioética y final de la vida*. <https://www.inedyto.com/objecioacuten-de-conciencia.html>
- Wicclair MR. Conscientious objection in health care. An ethical analysis. Cambridge, Mass.: Cambridge University Press; 2011.



# Epílogo

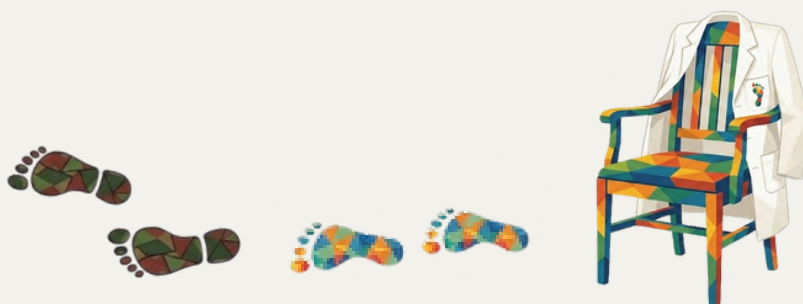
Cristina Martínez Chueca

Después de las palabras de los profesionales, en este Marco Ético faltaba algo implícito en los Cuidados Paliativos, algo que jamás olvidan, siempre respetan y escuchan: la voz del paciente. Y por eso estoy aquí.

He leído con atención todos los textos, y en todos ellos se han hecho presentes las visitas que recibía. He recordado el susto de recibir la noticia de que iba a venir un equipo a casa. ¡Un equipo entero, sin bata blanca! ¿Será la bata blanca la que empiece a crear muros en los pacientes? ¿Será que al quitársela veas primero a la persona que al sanitario? ¿Será que cuando estás asustada todo lo que sea más normal tranquiliza? No lo sé, pero he entendido mucho más leyendo este Marco Ético.

Desde la primera vez que aparecen ya se intuye la competencia técnica, comunicativa y moral del equipo que se refleja en el título de la “**Relación Clínica**”. Esto permite que los pacientes sintamos que no estamos solos y somos cuidados de la mejor manera posible. Ese cuidado no elimina de un plumazo la soledad, pero sí la difumina.

Y es entonces, con la soledad ya algo debilitada, cuando puedes mantener una comunicación en la que la información es como bailar: ellos te cogen de la mano, tú marcas el ritmo, sin prisa. Es el paciente quien decide los pasos: uno para adelante, dos para atrás, un descanso y media vuelta. Y así, sin darte cuenta, en ese extraño ritmo que el enfermo decide, ellos marcan el compás de una deliberación que, aun siendo necesaria, tanto cuesta en momentos en los que sólo se quiere descansar.



Asombrosamente, en este insólito baile se van desnudando verdades. No siempre es fácil, porque no siempre es fácil desnudarse ante desconocidos. Pero visita a visita se va tejiendo un acuerdo tácito. Es fácil entender que sería imposible tener una comunicación sincera sin sentir que tu intimidad no es respetada y la confidencialidad garantizada, pero sin esfuerzos, contratos o promesas, el equipo logra esa desnudez sin apremios. En **“Información y Comunicación”** y en **“Intimidad y Confidencialidad”** todo esto es detallado con una claridad abrumadora.



En esta danza de información, comunicación, intimidad y confidencialidad duele la enfermedad y duele el dolor de los que te acompañan ¡Cuánto dolor aglutinado! ¡Cuánta calma cuando los profesionales miran también a tus seres queridos! ¡Qué tranquilidad saber que ellos también son cuidados y entendidos! El **“Acompañamiento”** ha sido revelador en este punto. Es cierto que los medicamentos y la fragilidad impiden muchas veces recordar conversaciones o momentos, pero la esencia del cuidado, el calor de las visitas, la confianza, la empatía y el respeto que recibes tú (como enfermo) y tus seres queridos (como parte de ti) quedan impresos en la memoria.



Porque, aunque la enfermedad despliegue una soledad sobre el enfermo, realmente nada ocurre en soledad. Esta idea se refleja magníficamente en **“La autonomía”**. ¡Qué verdad esa en la que tu autonomía está unida a “tu gente”! En esos momentos de debilidad, en los que sabes y sientes que las personas a las que quieres y que te quieren se debilitan contigo, al pensar y decidir está siempre el eco de quienes te acompañan. No puede ni debe ser de otra manera.

La capacidad de decidir y preservar los valores que te definen es algo que jamás debe entorpecer la enfermedad. Te puedes ver despojada de muchas cosas, pero jamás de seguir siendo tú.

Como garante de esta autonomía y fruto de esa coreografía dialógica con el equipo de profesionales y las personas queridas, van surgiendo decisiones y preferencias que se concretan en la **“Planificación compartida de la atención”**, tan bien definida en este Marco. De esta manera los miedos, preferencias y deseos de la persona que está enferma quedan dibujados en un mapa de cuidado con un lenguaje compartido. Porque la enfermedad resta luz en el camino y es importante no perderse.

Para alcanzar este hito se necesitan profesionales que escuchen, interpreten, acompañen y cuiden. Esta manera de tratar se resume perfectamente en la **“Competencia Profesional”**. “Saber, hacer y ser”. No creo que esto lo enseñen en estudios universitarios, no sé cómo los paliativistas han aprendido, pero me consta la importancia que tiene. No sé si nacen o se hacen, pero sé que estos profesionales saben, hacen y son.

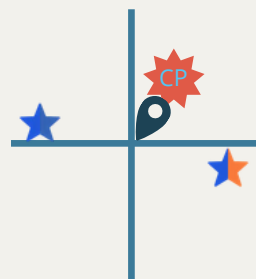
Tal vez sea esa manera tan única de ser, estar y hacer la que permita una unión y complicidad en el grupo que se percibe al instante. Todos y todas a una...pero esto se entiende mejor leyendo el **“Trabajo en equipo”**.



Y es la **“Justicia”**, tal y como se ha explicado, la que permite que los enfermos podamos contar con este cuidado. No está este texto para plantear si se deben dar las gracias por lo justo, pero yo personalmente he de decir que me siento agradecida por vivir en un lugar donde el respeto por la justicia, casi siempre, permite esta atención.

También es importante saber que el médico que te atiende no está haciendo nada en contra de sus principios o valores, como ha quedado reflejado perfectamente en la **“Objeción de conciencia”**. Y es igual de importante tener la seguridad de que esa objeción no será nunca un abandono.

Tomás y Valiente dijo que “el mundo se divide entre sanos y enfermos”. Yo digo que se divide entre la verticalidad de los sanos y la horizontalidad del enfermo. El paciente, en muchas ocasiones postrado en su cama, ha perdido la verticalidad que ofrece la salud. Y ya sabemos que la verticalidad y la horizontalidad no pueden unirse en una misma línea, solo en un punto. En ese punto están los Cuidados Paliativos. En ese punto se puede empezar a quebrar la soledad del enfermo.



Y en ese punto puede también verse, como un sólido pilar, una frase reveladora que lo concreta todo: "Si puedes curar, cura; si no puedes curar, alivia; si no puedes aliviar, consuela; y si no puedes consolar, acompaña". Al fin y al cabo, ni las técnicas más avanzadas, ni los medicamentos más modernos son capaces de abordar la soledad, el miedo, la vulnerabilidad y la angustia del enfermo como lo hace el acompañamiento de los paliativistas.

Ortega decía: “somos biología, pero más radicalmente biografía” y por eso atienden al cuerpo, pero más radicalmente a la persona. Es más importante tu historia de vida que tu historia clínica, porque nunca se es la enfermedad, siempre sigues siendo la persona que has sido, la diferencia es que ahora estás enferma. En paliativos no se olvida nunca que cuando el cuerpo duele y claudica, **siempre quedas tú.**



Y dicho esto, todas estas líneas podrían resumirse en una palabra:

**GRACIAS**







SECPAL

---