

INFORME DE LA COMISION DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MEDICA
DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL.INFORME SOBRE LOS ASPECTOS ÉTICOS DE
LA DESPRESCRIPCIÓN EN MEDICINA**1. Introducción.**

La práctica médica contemporánea se desarrolla en un contexto marcado por la cronicidad, la pluripatología y la longevidad creciente de la población. En España, más del 20% de la población supera ya los 65 años, y se estima que alrededor de un 30-35% de este grupo toma cinco o más medicamentos de manera crónica, en lo que se denomina polimedicación. A ello se suman múltiples intervenciones diagnósticas y terapéuticas que, iniciadas con una justificación clínica inicial, se mantienen en el tiempo aun cuando su utilidad haya disminuido o desaparecido.

La desprescripción (término que aparece escrito indistintamente como deprescripción o desprescripción en las publicaciones científicas, aunque todavía no está aceptado por la Real Academia Española de la Lengua) se ha definido como el proceso planificado y supervisado de reducción o retirada de fármacos u otras medidas terapéuticas cuya indicación ya no está justificada, por resultar ineficaces, redundantes o potencialmente dañinos. Sin embargo, en un sentido más amplio, el concepto puede extenderse a otras dimensiones de la práctica clínica:

1.-Pruebas diagnósticas mantenidas en protocolos o realizadas de forma rutinaria, sin que supongan un valor añadido.

2.- Tratamientos no farmacológicos que han perdido efectividad o generan más riesgo que beneficio.

3.- Medidas preventivas o de cribado aplicadas en contextos donde la evidencia ya no respalda su eficacia.

La desprescripción no es, por tanto, un acto de “abandono terapéutico”, sino una forma de buena práctica médica que busca alinear las intervenciones con los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, con una buena práctica médica actualizada. Su relevancia es tanto clínica como ética y se centra fundamentalmente en:

1.- Evitar daños derivados de la inercia terapéutica.

2.- Reducir riesgos innecesarios para el paciente.

3.-Contribuir a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Este informe tiene como objetivo analizar los aspectos éticos y deontológicos de la desprescripción en medicina, en un sentido amplio, y ofrecer orientaciones para su aplicación responsable, particularmente en el contexto español.

2. Marco conceptual.

El término desprescripción se ha empleado históricamente para referirse al proceso de reducción o retirada de medicamentos en pacientes polimedicados. Esta visión, aunque útil, resulta insuficiente si se pretende comprender la amplitud del fenómeno y su relevancia ética. La desprescripción debe entenderse como una dimensión integral del acto médico que abarca no solo lo farmacológico, sino también otras intervenciones diagnósticas, terapéuticas y preventivas que, con el tiempo, pueden perder justificación clínica o convertirse en fuente de daño.

Desde una perspectiva conceptual, la desprescripción no puede reducirse a un mero ajuste técnico, sino que implica una deliberación clínica y ética orientada a determinar qué prácticas continúan aportando beneficio y cuáles se han transformado en innecesarias. Supone revisar críticamente decisiones previas, superar inercias y en muchas ocasiones, abrir un espacio de diálogo con el paciente y su entorno. Prescribir y desprescribir constituyen, en este sentido, dos caras complementarias del acto médico: una orientada a iniciar tratamientos y la otra a reconocer cuándo es prudente retirarlos.

Existen diversos tipos de desprescripción, entre las que se deben incluir:

1. Desprescripción farmacológica. Se refiere a la retirada planificada de fármacos cuya indicación ha perdido vigencia, que resultan ineficaces o cuyo perfil de riesgo supera sus beneficios. La polimedicación en personas mayores constituye el ejemplo paradigmático, pues se asocia a interacciones, caídas, deterioro cognitivo o menor adherencia. La desprescripción farmacológica implica una revisión estructurada, apoyada en herramientas como los criterios STOPP/START, Beers o LESS-CHRON, y debe realizarse de forma progresiva, monitorizada y con consentimiento informado.
2. Desprescripción de intervenciones no farmacológicas. Comprende la suspensión de terapias como fisioterapia, rehabilitación, dietas o suplementos alimenticios que, tras un periodo de eficacia, ya no sirven para conseguir nuevos objetivos clínicos, o bien generan más riesgo que beneficio. La decisión requiere valorar expectativas realistas, y la evidencia disponible. Mantener una intervención carente de sentido o base científica puede suponer una forma de futilidad clínica.

3. Desprescripción de pruebas diagnósticas. Incluye la limitación de exploraciones que se mantienen de manera rutinaria cuando se ha demostrado que no aportan valor añadido, como controles radiológicos seriados, analíticas periódicas sin indicación o cribados en edades muy avanzadas. La desprescripción diagnóstica exige reconocer que la información generada por una prueba no tiene repercusión clínica y en cambio, puede generar riesgos, ansiedad en el paciente, cascadas diagnósticas o falsos positivos.
4. Desprescripción de medidas preventivas y de cribado. Aunque menos visible, la desprescripción también se extiende a programas de prevención primaria o secundaria que, en determinados contextos, han perdido eficacia demostrada o no ofrecen un balance beneficio-riesgo favorable. Suspender cribados de cáncer en personas ancianas o retirar suplementos sin indicación clara, son ejemplos habituales.

Conviene diferenciar la desprescripción de otras prácticas que pudieran ser identificadas como tal, pero que, sin embargo, no son equivalentes:

1.- Suspensión abrupta: retirada súbita sin planificación de pruebas o de tratamientos, que puede comprometer la seguridad del paciente. La desprescripción, en cambio, es un proceso deliberado, progresivo y monitorizado

2.- Suspensión de tratamientos o pruebas diagnósticas por ajustes económicos: decisiones motivadas exclusivamente por la contención del gasto. La desprescripción no se fundamenta en criterios económicos, sino en el beneficio clínico y ético individual, aunque sus efectos positivos repercutan en la sostenibilidad

3.- Limitación del esfuerzo terapéutico: decisiones adoptadas en el final de la vida, orientadas a no iniciar o retirar intervenciones desproporcionadas. La desprescripción comparte fundamentos éticos con esta práctica, pero no se restringe a la fase terminal, sino que es aplicable en cualquier etapa clínica,

4.- Abandono terapéutico: falta de seguimiento o retirada injustificada de intervenciones necesarias. Este constituye lo opuesto a la desprescripción responsable, que busca precisamente evitar daño y mejorar calidad de vida.

La desprescripción, por tanto, debe entenderse desde una perspectiva general, con múltiples facetas tales como:

- Proceso clínico: exige revisión sistemática de la historia, identificación de intervenciones prescindibles y diseño de un plan de retirada seguro.
- Proceso ético: interpela a los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Retirar lo inútil no es abandonar, sino cuidar con prudencia.

- Proceso comunicativo: requiere diálogo transparente entre los profesionales y con el paciente y su familia para explicar las razones de la retirada, escuchar expectativas y consensuar decisiones.
- Proceso cultural: supone un cambio en la mentalidad profesional y social, pasando de un modelo de “hacer siempre más” al de una medicina más reflexiva y proporcionada.

3. Fundamentos éticos

La desprescripción constituye un acto médico con una profunda dimensión ética y deontológica. No se trata únicamente de una decisión técnica sobre la utilidad clínica de una intervención, sino de un proceso que interpela al médico en su condición de profesional, depositario de la confianza del paciente y de la sociedad. La responsabilidad ética del médico no se limita a iniciar tratamientos, sino también a saber cuándo y cómo retirarlos con prudencia, honradez y compasión.

La práctica de la desprescripción se sustenta, en primer lugar, en los principios fundamentales de la bioética.

- Beneficencia y no maleficencia: retirar intervenciones que han dejado de ser útiles es una forma de beneficencia, pues evita riesgos innecesarios y promueve el bienestar. Al mismo tiempo, responde a la exigencia de no maleficencia: continuar con tratamientos ineficaces o con pruebas inútiles puede exponer al paciente a riesgos, efectos adversos, y complicaciones. Desprescribir es, en este sentido, proteger de daños derivados de la inercia clínica.
- Autonomía: la retirada de intervenciones debe realizarse siempre tras un proceso de diálogo informado con el paciente y, cuando corresponda, con su familia. La autonomía no se limita a consentir tratamientos, sino también a poder decidir libremente sobre su suspensión. En un escenario cultural donde muchos pacientes interpretan la retirada como abandono, el reto ético radica en promover una comunicación clara que muestre la desprescripción como un acto de cuidado y respeto.
- Justicia: desprescribir también contribuye a un uso más racional y equitativo de los recursos sanitarios. La justicia distributiva obliga a evitar la medicalización innecesaria de unos pacientes para poder garantizar la atención adecuada de otros. Retirar lo inútil significa liberar recursos humanos y económicos que pueden emplearse allí donde realmente generan beneficio.

Estos principios, articulados conjuntamente, muestran que desprescribir no es un gesto pasivo ni una renuncia, sino una manifestación activa de la buena práctica clínica.

La desprescripción se inspira también en un conjunto de valores y virtudes profesionales que enriquecen la perspectiva ética, y entre las que se encuentran:

- Honestidad y honradez profesional: el médico debe comunicar con transparencia las razones por las que decide retirar una intervención, incluso si previamente la había prescrito. Reconocer que una medida ya no aporta beneficio no es un signo de debilidad, sino de responsabilidad.
- Prudencia clínica: la prudencia, entendida como virtud cardinal de la ética médica, implica deliberar cuidadosamente antes de actuar, valorar riesgos y beneficios, y evitar tanto la inercia como la precipitación. Desprescribir exige prudencia para distinguir lo que debe mantenerse de lo que conviene retirar.
- Fidelidad y lealtad al paciente: en el núcleo de la relación clínica se encuentra la obligación de permanecer fiel al bien del enfermo. Esta fidelidad se expresa en el acompañamiento, no en la acumulación indiscriminada de intervenciones.
- Responsabilidad social: el médico no solo responde ante el paciente individual, sino también ante la sociedad. Evitar despilfarros y promover un uso equitativo de los recursos es parte de su compromiso ético.

Estos valores, lejos de ser meros principios abstractos, se concretan en cada acto clínico de revisión terapéutica y de comunicación honesta.

4. Aspectos deontológicos de la desprescripción

La desprescripción no es únicamente una práctica clínica, sino también una exigencia deontológica que forma parte del núcleo del ejercicio médico responsable. La ética profesional obliga al médico a revisar de manera crítica sus decisiones terapéuticas y a retirar aquello que ha perdido justificación, evitando tanto la futilidad como el daño. El Código de Deontología Médica de la OMC (2022) y otros marcos internacionales subrayan este deber, que se relaciona con la prudencia, la honestidad y el uso racional de los recursos. Mantener intervenciones sin utilidad puede constituir una infracción deontológica, pues atenta contra la seguridad del paciente y erosiona la confianza en la profesión.

En este punto se analizan los principios y normas que fundamentan la dimensión profesional de la desprescripción. Se destacan los siguientes aspectos y artículos vinculados a una prescripción adecuada:

El Código de Deontología Médica establece que el médico debe abstenerse de indicar pruebas o tratamientos fútiles, actuar con prudencia y honradez, y velar por un uso racional de los recursos. Así el artículo 38.2 indica que “El médico no debe emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios, o inútiles para el enfermo.”

Además, en el Artículo 20.4 se hace referencia a la obligación de disminuir el coste de la asistencia si fuera posible: “La prescripción que tiene en cuenta aliviar el gasto sanitario es conforme a la Deontología Médica siempre que salvaguarde la calidad asistencial y la libertad de prescripción.”

La Deontología Médica insiste en que el profesional debe anteponer siempre el interés del paciente al suyo propio o al de terceros. Continuar prescribiendo por miedo a reclamaciones, por presión institucional o por inercia no es éticamente admisible. De hecho, la medicina de complacencia y la llamada “medicina defensiva” (orientada a acumular pruebas para evitar litigios) está considerada contraria a la ética médica, porque sacrifica la calidad asistencial y la equidad en favor de la autodefensa del profesional. Así lo indica el Artículo 18.2: “La medicina defensiva es contraria a la Deontología Médica porque atenta contra la calidad de la asistencia médica o su equidad, así como la seguridad de los pacientes. Las exploraciones complementarias no deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada o abusiva. “

La relación clínica se configura como una relación en la que el paciente deposita su confianza en que el médico actuará con ciencia y conciencia en su mejor interés. Esta confianza no se limita a prescribir lo necesario, sino también a retirar lo superfluo. En este marco, la desprescripción se entiende como una obligación moral inherente al contrato social de la medicina: cuidar de forma prudente, justa y compasiva, incluso cuando ello implica decir “no” a determinadas intervenciones.

La sociedad contemporánea suele asociar la calidad asistencial con “hacer más”. Sin embargo, la ética de la desprescripción nos recuerda que, a veces, cuidar es hacer menos, o hacerlo de manera distinta. Implica superar una visión tecnocrática de la medicina para recuperar su sentido humanista: acompañar al paciente, para discernir lo que realmente le beneficia y renunciar a lo innecesario.

Otros códigos médicos internacionales refuerzan la visión deontológica de la desprescripción:

- Reino Unido (GMC): prescribir solo en beneficio del paciente, revisar periódicamente.
- Estados Unidos (AMA): evitar tratamientos fútiles, revisar continuidad según evidencia y preferencias.
- Canadá (CMA): utilizar recursos de forma prudente, limitar intervenciones innecesarias.

- Francia: abstenerse de pruebas y tratamientos inútiles o desproporcionados.
- Alemania: evitar sobreutilización e infraprestación.

Es por tanto, evidente, que la desprescripción es un estándar deontológico en todos los ámbitos de la medicina occidental.

5. Contextos clínicos relevantes en relación a la desprescripción

La práctica de la desprescripción no se circunscribe a un único ámbito, sino que atraviesa múltiples escenarios asistenciales. Desde la atención primaria o la medicina preventiva, hasta la hospitalización o los cuidados paliativos, cada contexto clínico plantea necesidades, riesgos y oportunidades específicos que requieren prudencia, comunicación y una deliberación ética constante. Entre los ámbitos clínicos donde la desprescripción pueda ser más relevante se encuentran:

- Atención primaria: área central en la revisión de tratamientos crónicos y coordinación entre especialistas.
- Geriátrica: pacientes frágiles con alta vulnerabilidad y alta incidencia de polimedicación.
- Cuidados paliativos: retirada de fármacos o pruebas fútiles en beneficio del confort y dignidad.
- Hospitalización: riesgo de fragmentación asistencial, acumulación de pruebas y tratamientos.
- Salud mental: desprescripción de psicofármacos de larga duración.
- Prevención y cribados: limitar intervenciones preventivas en edades o contextos donde exista un beneficio real.

6. Problemas éticos vinculados a la aplicación de la desprescripción

La aplicación práctica de la desprescripción, pese a su fundamentación ética sólida, puede conllevar una serie de problemas y tensiones que afectan tanto a los profesionales como a los pacientes y sus familias. Estos problemas surgen de la incertidumbre científica, de las percepciones culturales y emocionales, y de las dinámicas organizativas del sistema sanitario. Analizar sus causas y posibles respuestas es esencial para garantizar que la desprescripción se realice de manera prudente, comunicativa y respetuosa con la dignidad del paciente.

Entre los problemas éticos vinculados a la desprescripción se encuentran:

1.- Percepción de abandono: los pacientes, sus familias o personas vinculadas pueden vivir la retirada como desatención.

2.- Inercia terapéutica: al médico le puede resultar difícil romper pautas arraigadas en la práctica clínica.

3.- Conflictos entre especialistas: la desprescripción puede generar tensiones interprofesionales vinculadas a las distintas percepciones de los médicos participantes en el proceso clínico.

4.- Medicina defensiva: la desprescripción puede asociarse a una sensación de miedo por parte del médico al pensar que puede verse implicado en litigios vinculados a la misma.

5.- Conflictos de interés: pudiera existir una presión de la industria o de la organización hospitalaria para realizar/no realizar la desprescripción.

6.- Expectativa social de "hacer más": no es infrecuente observar una perspectiva cultural que identifica la cantidad con la calidad, y que por tanto pudiera percibir la desprescripción como una disminución de la calidad asistencial.

Es, por tanto, muy importante la reflexión colectiva tanto en los médicos, como en las organizaciones sanitarias sobre la desprescripción a fin de que puedan ser identificados aquellos posibles conflictos, como los anteriormente mencionados.

7. La desprescripción como práctica clínica

Más allá de ser una opción puntual, la desprescripción debe integrarse como una práctica clínica habitual y responsable. Por todo ello, es recomendable la integración de la desprescripción de un modo estructurado que incluya:

1.-Uso de guías y herramientas dirigidas a la desprescripción (STOPP/START, Beers, LESS-CHRON, Choosing Wisely).

2.- Integrar un proceso deliberativo en la práctica de la desprescripción, (revisar, identificar lo innecesario, deliberar con paciente, retirar planificadamente).

3.- Formación adecuada en habilidades comunicativas: proporcionar razones con claridad, evitar sensación de abandono.

4.- Registro de la desprescripción en historia clínica justificando la misma, sus razones, y su planificación.

5.- Integrar la formación sobre desprescripción en el proceso educativo profesional en todos los niveles (pregrado, posgrado y formación continua).

6.- Apoyo institucional; el respaldo de las instituciones sanitarias, colegios de médicos, comités de ética y administraciones se convierte en un elemento esencial para que la práctica de la desprescripción se convierta en una realidad clínica y ética.

8. Perspectiva ético-social de la desprescripción

La desprescripción no debe entenderse solo desde la esfera individual de la relación médico-paciente, sino que posee también una dimensión ética y social de gran relevancia. En este sentido, se conecta con la llamada **ética del “no hacer”**, reflejada en movimientos internacionales como *“Choosing Wisely”* o en propuestas de **prevención cuaternaria**, que buscan frenar la medicalización excesiva y las intervenciones de escaso valor. Estas iniciativas promueven un cambio cultural profundo, orientando a los profesionales y a la sociedad hacia una práctica más prudente, centrada en lo verdaderamente beneficioso.

En el plano personal, la desprescripción contribuye de forma decisiva a la **calidad de vida del paciente** al reducir efectos adversos, visitas innecesarias, ansiedad y sobrecarga terapéutica. No se trata únicamente de retirar lo inútil, sino de aliviar al enfermo de la carga que supone un exceso de intervenciones, recuperando así el sentido humanista de la medicina como acompañamiento y cuidado.

Desde una perspectiva colectiva, la desprescripción se vincula directamente con la **sostenibilidad del sistema sanitario**. Al liberar recursos, se posibilita su redistribución hacia quienes pueden obtener un mayor beneficio, configurándose como un acto de **justicia social y distributiva**. Este compromiso con la equidad refuerza, además, la **confianza de la sociedad en la profesión médica**, pues demuestra que los médicos no buscan “hacer siempre más”, sino actuar con responsabilidad y honestidad.

En última instancia, la desprescripción representa un **cambio cultural necesario**: pasar de una medicina centrada en la acumulación de intervenciones a una medicina más prudente, humana y proporcionada, coherente con los principios bioéticos que guían la práctica clínica.

La desprescripción es una competencia clínica y una auténtica responsabilidad ética individual y social. En el plano personal, obliga a cada médico a revisar críticamente sus decisiones, evitando la inercia terapéutica y priorizando el bien del paciente. En el plano colectivo, supone un compromiso con la sostenibilidad del sistema y con la equidad en la distribución de recursos. Desprescribir con prudencia y honestidad es, por tanto, un acto de justicia y de cuidado hacia la sociedad en su conjunto.

9. Conclusiones

a) La desprescripción constituye una parte esencial de la buena práctica médica contemporánea. No se trata de un gesto de renuncia ni de una omisión pasiva, sino de un ejercicio activo de responsabilidad ética y profesional. Implica reconocer que la medicina no

consiste únicamente en añadir tratamientos, pruebas o intervenciones, sino también en saber retirarlos cuando dejan de aportar beneficio.

b) Desprescribir significa alinear la práctica clínica con los principios de beneficencia y no maleficencia, protegiendo al paciente de daños evitables y favoreciendo su bienestar. Al mismo tiempo, refuerza el respeto a la autonomía, al permitir que el paciente participe de manera informada en la decisión de mantener o suspender intervenciones. También contribuye a la justicia, al garantizar un uso más racional y equitativo de los recursos disponibles.

c) Desde la perspectiva deontológica, retirar lo inútil o fútil no solo es recomendable, sino exigible: mantener lo innecesario constituye un riesgo clínico-ético y puede vulnerar la confianza que la sociedad deposita en la profesión médica. En este sentido, la desprescripción no es un complemento opcional, sino un deber intrínseco al acto médico.

d) En última instancia, integrar la desprescripción en la práctica clínica cotidiana supone avanzar hacia una medicina más humana, prudente y sostenible, coherente con los valores de la ética profesional y con el compromiso social de los médicos. Representa un cambio cultural necesario, que dignifica la relación clínica y contribuye a fortalecer un sistema sanitario basado en la equidad, la transparencia y la confianza mutua.

Septiembre 2025

10. Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Sanidad. Indicadores de salud 2023. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.
2. Reeve E, Gnjjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. Br J Clin Pharmacol. 2015;80(6):1254-68. doi: 10.1111/bcp.12732
3. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA Intern Med. 2015;175(5):827-34. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.0324
4. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing. 2015;44(2):213-8. doi: 10.1093/ageing/afu145

5. Lozano-Montoya I, Vélez-Díaz-Pallarés M, Delgado-Silveira E, Montero-Errasquín B, Cruz-Jentoft AJ. De-prescribing in the oldest old: the need for evidence. *Drugs Aging*. 2016;33(8):547-58. doi: 10.1007/s40266-016-0382-5
6. Reeve E, Moriarty F, Nahas R, Turner JP, Kouladjian O'Donnell L, Hilmer SN. Ethical aspects of deprescribing in older adults. *Age Ageing*. 2019;48(5):640-7. doi: 10.1093/ageing/afz038
7. Molist-Brunet N, Sevilla-Sánchez D, Puigoriol-Juventeny E, Codina-Jané C. Deprescripción y ética clínica: entre la obligación de no dañar y el respeto a la autonomía. *Rev Clin Esp*. 2020;220(7):423-8. doi: 10.1016/j.rceng.2020.03.001
8. Minué S, García L, Hernández M. La ética del "no hacer" en medicina. *Rev Clin Esp*. 2017;217(8):460-5. doi: 10.1016/j.rceng.2017.03.008
9. Gérvas J, Minué S. La prevención cuaternaria como respuesta a la medicalización. *Aten Primaria*. 2019;51(2):123-31. doi: 10.1016/j.aprim.2018.05.005
10. Blumenthal-Barby JS. "Choosing wisely" to reduce low-value care: a conceptual and ethical analysis. *J Med Philos*. 2013;38(5):559-80. doi: 10.1093/jmp/jht042
11. American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(4):674-94. doi: 10.1111/jgs.15767
12. Lozano-Montoya I, Vélez-Díaz-Pallarés M, Delgado-Silveira E, Montero-Errasquín B, Cruz-Jentoft AJ. LESS-CHRON criteria for drug deprescription in patients with multimorbidity. *Eur Geriatr Med*. 2016;7(6):560-7. doi: 10.1016/j.eurger.2016.07.432
13. Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(2):61-4. doi: 10.15171/ijhpm.2015.24
14. Organización Médica Colegial de España. Código de Deontología Médica. Madrid: OMC; 2022.
15. General Medical Council. Good Medical Practice. London: GMC; 2013.
16. American Medical Association. Code of Medical Ethics. Chicago: AMA; 2022.
17. Canadian Medical Association. CMA Code of Ethics and Professionalism. Ottawa: CMA; 2018.
18. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de Déontologie Médicale. Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 modifié. Paris: Ordre National des Médecins; 2018.

19. Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press; 1993.
20. Gracia D. Fundamentos de bioética. 3rd ed. Madrid: Triacastela; 2018.
21. MacIntyre A. Tras la virtud. Barcelona: Crítica; 2001.
22. Gómez-Batiste X, Porta-Sales J, Paz S, Espinosa J, Trelis J. Palliative care in Spain: clinical and ethical aspects. Med Clin (Barc). 2017;148(7):310-4. doi: 10.1016/j.medcli.2016.11.025