

Informe sobre los aspectos éticos de la estrategia “Dejar de Hacer” en medicina

**Comisión de Ética y Deontología Médica de la
Organización Médica Colegial de España.**

Julio 2025

Índice

1. Introducción	2
2. Qué se entiende por atención médica de bajo valor en la estrategia “Dejar de Hacer” en medicina.	2
3. Fundamentos éticos del “Dejar de Hacer”	3
3.1. Principios de la bioética.	3
3.2. La distinción entre omisión y acción.	4
4. Marco deontológico en España	5
5. Sostenibilidad del sistema sanitario y el “Dejar de Hacer”	5
6. Recomendaciones prácticas. Implicaciones clínicas del “Dejar de Hacer”	6
6.1. Deprescripción	6
6.2. Revisión de pruebas diagnósticas	7
6.3. Limitación del esfuerzo terapéutico	7
6.4. Individualización de guías clínicas	8
6.5. Educación del paciente	8
6.6. Rediseño organizativo y cultura clínica	8
7. Conclusiones.	8
7.1. Una ética de la prudencia y la responsabilidad	8
7.2. Coherencia con los principios de la bioética	9
7.3. Respeto al marco deontológico	9
7.4. Implicaciones clínicas concretas	9
7.5. Sostenibilidad y equidad del sistema sanitario	9
8. Referencias	9

1. Introducción

La medicina contemporánea se enfrenta a un reto ético creciente: garantizar una atención sanitaria de calidad evitando intervenciones innecesarias o de escaso valor. La campaña “Choosing Wisely”, impulsada por la Fundación American Board of Internal Medicine (ABIM) en Estados Unidos, representó una iniciativa pionera para reducir aquellas prácticas médicas que no aportaban beneficios significativos a los pacientes (1). Esta estrategia invita a reflexionar no sólo desde la perspectiva de la eficiencia, sino también desde el compromiso ético y deontológico del profesional médico con el buen uso de los recursos, el bienestar y la seguridad del paciente.

La práctica médica no solo implica decidir qué intervenciones realizar, sino también, y con igual relevancia, determinar cuándo abstenerse de intervenir. El concepto “Dejar de Hacer” en medicina abarca decisiones como no iniciar tratamientos fútiles, suspender terapias que no aportan beneficios significativos o la no realización de pruebas diagnósticas que no aportan valor al proceso clínico. El concepto “Dejar de Hacer” en medicina, lejos de requerir una actitud pasiva del médico requiere un conocimiento científico profundo, un juicio ético riguroso, apoyando no solamente la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, sino también de la dignidad del paciente.

Este informe, elaborado por el Comisión de Ética y Deontología Médica de la OMC, busca proporcionar una guía para médicos respecto a los aspectos éticos de la estrategia “Dejar de Hacer” en medicina. A lo largo del documento, exploraremos los fundamentos éticos, las implicaciones clínicas y la relación con la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, con el objetivo de promover una práctica médica de calidad, ética y centrada en el paciente.

2. Qué se entiende por atención médica de bajo valor en la estrategia “Dejar de Hacer” en medicina.

En el año 2012, la ABIM lanzó la campaña “Choosing Wisely” como un esfuerzo conjunto de sociedades médicas estadounidenses para identificar pruebas diagnósticas, tratamientos y procedimientos de bajo valor clínico (1). La identificación de estos procedimientos se sustentaba en criterios de evidencia científica, coste-efectividad y potencial para reducir daños. El movimiento buscaba entre otros aspectos evitar el uso excesivo de recursos que no redunden en una mejora real de la salud.

Es preciso realizar una reflexión conceptual del término “atención médica de bajo valor”. Actualmente, siguiendo a J.S. Blumenthal-Barby (2013) (3-4), existe una tipología de diferentes categorías según tres dimensiones relevantes: 1.-Magnitud del beneficio clínico que se espera de la intervención sanitaria, 2.- Coste relativo de la intervención y 3.-Existencia de otras opciones con igual o mayor beneficio. Dicha

taxonomía permite distinguir entre intervenciones sanitarias de beneficio improbable, beneficio pequeño, o alternativas más eficaces y económicas. Esta distinción no es trivial, ya que cada tipo conlleva implicaciones éticas distintas en términos de justicia, beneficencia y responsabilidad profesional. Esta taxonomía permite priorizar la reducción de determinados tipos de intervenciones dando paso a alternativas más eficaces o económicas. Se ha de abordar con prudencia las intervenciones de beneficio elevado, pero coste desproporcionado. Su aplicación ayuda a un ejercicio médico respetuoso con los principios de justicia y beneficencia.

3. Fundamentos éticos del “Dejar de Hacer”

3.1. Principios de la bioética.

La ética del “Dejar de Hacer” encuentra un sólido fundamento en los cuatro principios de la bioética propuestos por Beauchamp y Childress (2), los cuales orientan la toma de decisiones clínicas responsables y centradas en el paciente.

- **Autonomía:** Respetar la capacidad del paciente para tomar decisiones informadas implica no solo ofrecer opciones terapéuticas, sino también reconocer el derecho a rechazar intervenciones que no desee o que considere innecesarias. En este sentido, “Dejar de Hacer” se convierte en una forma de evitar la imposición de procedimientos que no se alinean con los valores o expectativas del paciente.

A su vez, el médico debe disponer de libertad de prescripción que le permita actuar con independencia y garantía de calidad. En caso contrario deberá informar de ello al organismo gestor de la asistencia y al paciente. Esa libertad viene exigida por el derecho del paciente a recibir un tratamiento que compagine los criterios de eficacia y calidad con el uso equitativo de los recursos disponibles. El comportamiento del médico debe estar movido por principios de independencia profesional, lealtad al paciente y transparencia ante la sociedad.

- **Beneficencia:** Actuar en el mejor interés del paciente no siempre significa hacer más, sino hacer lo adecuado. Suspender o evitar tratamientos que no aportan beneficios clínicos reales, o que incluso pueden deteriorar la calidad de vida, es una expresión clara de beneficencia. La medicina basada en evidencias científicas y centrada en el paciente exige discernimiento y prudencia.
- **No maleficencia:** El principio de “no hacer daño” cobra especial relevancia en contextos donde las intervenciones pueden prolongar el sufrimiento, generar efectos adversos o inducir ansiedad innecesaria. Evitar tratamientos fútiles o

exploraciones invasivas sin justificación clínica es una forma ética de proteger al paciente.

- Justicia: En un sistema sanitario con recursos limitados, la equidad exige evitar intervenciones innecesarias que podrían privar a otros pacientes de una atención adecuada. "Dejar de Hacer" también es un acto de justicia distributiva si promueve un uso racional y ético de los recursos disponibles.

Además de los cuatro principios clásicos de la bioética, la estrategia "Dejar de Hacer" se sustenta en otros valores fundamentales que enriquecen su justificación ética. El principio de proporcionalidad exige que los medios diagnósticos o terapéuticos empleados sean adecuados y proporcionados al objetivo clínico. Esto implica evitar intervenciones que, aunque técnicamente posibles, no aportan beneficios significativos al paciente o incluso pueden generar sufrimiento innecesario, como ocurre en el ensañamiento o en la obstinación diagnóstica o terapéutica.

La responsabilidad profesional es otro pilar ético clave. Los profesionales sanitarios tienen el deber moral de mantenerse actualizados científicamente, discernir entre lo útil y lo superfluo, y actuar con juicio clínico prudente. Esta responsabilidad no solo se refiere al conocimiento técnico, sino también a la capacidad de comunicar con honestidad y sensibilidad, evitando prácticas que respondan más a la inercia clínica o a presiones externas que al beneficio real del paciente.

Por último, el principio de sostenibilidad introduce una dimensión ética colectiva en un contexto de recursos inevitablemente limitados. Conlleva actuar con racionalidad y evitar el uso innecesario de pruebas o tratamientos contribuye a la equidad y a la viabilidad del sistema sanitario. Como se ha comentado, "Dejar de Hacer" se convierte también en un acto de justicia y de solidaridad social.

3.2. La distinción entre omisión y acción.

Un aspecto clave en la ética del "Dejar de Hacer" es la distinción entre omisión (no iniciar o suspender un procedimiento diagnóstico o un tratamiento) y acción (realizar una intervención). Filosóficamente, algunos argumentan que las omisiones son menos reprobables que las acciones, ya que no implican una intervención directa. Sin embargo, en medicina, esta distinción es matizada: no tratar puede tener consecuencias tan significativas como tratar. Por ejemplo, suspender la ventilación mecánica en un paciente terminal puede ser tan determinante como iniciar un tratamiento agresivo. La ética médica moderna rechaza esta dicotomía simplista, enfatizando que tanto las acciones como las omisiones deben justificarse éticamente.

4. Marco deontológico en España

La estrategia “Dejar de Hacer” en medicina, no solo se fundamenta en principios bioéticos, sino que encuentra respaldo explícito e implícito en el Código de Deontología Médica español de 2022, que orienta la práctica médica hacia una atención prudente, responsable y centrada en el paciente.

En el Capítulo II, dedicado a los principios generales, se establece en el artículo 6.4 que el médico debe denunciar las deficiencias que afecten a la correcta atención a los pacientes, lo que incluye prácticas clínicas inadecuadas o excesivas. El artículo 6.5 refuerza la autonomía profesional del médico, permitiéndole abstenerse de realizar procedimientos que no estén científicamente justificados, lo cual respalda directamente la estrategia de “Dejar de Hacer”.

En el Capítulo III, sobre la relación médico-paciente, el artículo 10.10 permite al médico negarse a realizar procedimientos que, por razones científicas, legales o deontológicas, considere inadecuados, siempre que lo documente en la historia clínica. Esta disposición legitima la negativa a aplicar intervenciones fútiles o innecesarias, en línea con los principios de la campaña “Choosing Wisely”.

El Capítulo V, centrado en la calidad de la atención médica, subraya la importancia de una práctica basada en la evidencia, la eficiencia y la adecuación clínica. Aquí se refuerza la idea de que la calidad no se mide por la cantidad de actos médicos, sino por su pertinencia y beneficio real para el paciente.

Por su parte, el Capítulo IX, sobre la atención al final de la vida, condena el encarnizamiento terapéutico y promueve una medicina proporcional, compasiva y centrada en la dignidad del paciente. Esta perspectiva coincide plenamente con el espíritu de “Dejar de Hacer” cuando los tratamientos solo prolongan el sufrimiento.

El Capítulo X, dedicado a la seguridad del paciente, recuerda que evitar intervenciones innecesarias es una forma de proteger al paciente de daños evitables.

Finalmente, el Capítulo XIII, artículo 56.1 refleja que el médico que trabaja en instituciones, públicas o privadas, debe velar y contribuir para que en ellas se den los requisitos de calidad, suficiencia, seguridad, sostenibilidad y cumplimiento de los principios éticos. El médico debe secundar las normas que contribuyan a mejorar la calidad de la asistencia de los enfermos.

En conjunto, el Código de 2022 no solo legitima, sino que exige una práctica médica prudente, basada en las evidencias científicas, el juicio clínico y el respeto a la dignidad del paciente. “Dejar de Hacer” no es una omisión, sino una expresión ética de responsabilidad profesional y compromiso con una medicina más humana y sostenible.

5. Sostenibilidad del sistema sanitario y el “Dejar de Hacer”

La ética del “Dejar de Hacer” no solo tiene implicaciones clínicas y morales, sino también económicas, especialmente en relación con la sostenibilidad de los sistemas

sanitarios. En España, el Sistema Nacional de Salud (SNS), además de insuficientemente financiado, se enfrenta a presiones financieras debido al envejecimiento de la población, al aumento de enfermedades crónicas y a la incorporación de algunas innovaciones diagnósticas y terapéuticas, por lo que las decisiones de no realizar intervenciones innecesarias pueden contribuir significativamente a la eficiencia económica.

El uso excesivo de tratamientos fútiles o de dudosa eficacia, como procedimientos diagnósticos redundantes o terapias agresivas en pacientes terminales, consume recursos valiosos que podrían destinarse a intervenciones con mayor impacto. Estudios recientes han estimado que hasta el 30% de los procedimientos médicos en ciertos contextos carecen de evidencia sólida de beneficio clínico (12). Al abstenerse de estas intervenciones, los médicos no solo cumplen con el principio ético de no maleficencia, sino que también promueven el principio de justicia, asegurando una distribución equitativa de los recursos sanitarios.

Además, el “Dejar de Hacer” puede reducir los costes indirectos, como hospitalizaciones prolongadas o complicaciones derivadas de tratamientos innecesarios. Estas decisiones, cuando están bien fundamentadas, no comprometen la calidad de la atención, sino que la optimizan al priorizar intervenciones basadas en las evidencias científicas y en las necesidades reales del paciente.

Sin embargo, implementar esta práctica requiere superar barreras, como la presión de los pacientes o sus familias para “hacer todo lo posible” y el temor de los médicos a posibles demandas legales. La educación en ética médica y el apoyo institucional son esenciales para fomentar una cultura de decisiones clínicas responsables que equilibren el bienestar del paciente con la sostenibilidad del sistema sanitario. En última instancia, “Dejar de Hacer”, éticamente justificado, no solo beneficia a los pacientes, sino que fortalece la viabilidad a largo plazo del Sistema Sanitario, permitiendo una atención más equitativa y eficiente.

6. Recomendaciones prácticas. Implicaciones clínicas del “Dejar de Hacer”

Existen múltiples ámbitos clínicos donde pueden visualizarse áreas de implementación de la estrategia “Dejar de Hacer” lo que conlleva el cumplimiento del mandato ético y deontológico de la misma.

La reducción de intervenciones sanitarias innecesarias, ineficaces o potencialmente dañinas, promueven una atención más segura, eficiente y centrada en el paciente. Esta estrategia tiene múltiples implicaciones clínicas, que abarcan desde la toma de decisiones diagnósticas hasta la gestión terapéutica y la organización de los servicios sanitarios. Algunos ejemplos podrían ser:

6.1. Deprescripción

Una de las implicaciones clínicas más relevantes es la deprescripción, entendida como el proceso sistemático de identificar y suspender medicamentos que

ya no son necesarios, que presentan más riesgos que beneficios o que no se ajustan a los objetivos terapéuticos del paciente. Esta práctica es especialmente importante en pacientes polimedicados, ancianos o con enfermedades crónicas.

Ejemplos:

- Inhibidores de la bomba de protones utilizados a largo plazo sin indicación clara (como dispepsia funcional o prevención de úlceras en pacientes sin factores de riesgo).
- Benzodiacepinas en pacientes mayores, por el riesgo de caídas, deterioro cognitivo y dependencia.
- Antipsicóticos en demencias cuando se utilizan para controlar síntomas conductuales sin una evaluación adecuada de alternativas no farmacológicas.
- Estatinas en pacientes donde el beneficio a largo plazo ya no es relevante.
- Antidiabéticos saber individualizar los objetivos glucémicos y el tratamiento del adulto mayor en función de su edad y sus comorbilidades.

La deprescripción requiere una evaluación individualizada, diálogo con el paciente y seguimiento clínico cuidadoso.

6.2. Revisión de pruebas diagnósticas

Otra implicación clave es la revisión crítica del uso de pruebas diagnósticas. Muchas exploraciones se solicitan por rutina o por temor a omitir un diagnóstico, sin una indicación clínica clara. “Dejar de Hacer” implica evitar pruebas que no cambian la conducta terapéutica o que pueden generar cascadas diagnósticas innecesarias.

Ejemplos:

- Evitar radiografías en lumbalgias inespecíficas sin signos de alarma.
- No solicitar pruebas de imagen en cefaleas tensionales sin síntomas neurológicos.
- No repetir analíticas de forma innecesaria en pacientes estables.

6.3. Limitación del esfuerzo terapéutico

En pacientes con enfermedades avanzadas o en situación de final de vida, “Dejar de Hacer” se traduce en la limitación del esfuerzo terapéutico. Esto implica no iniciar o suspender tratamientos que no aportan beneficios significativos o que prolongan el sufrimiento.

Ejemplos:

- No iniciar diálisis en pacientes con enfermedad renal terminal, y mala calidad de vida y pronóstico de vida limitado.
- Suspender quimioterapia en fases terminales del cáncer sin expectativa de beneficio clínico.

- No ingresar en UCI a pacientes con pronóstico irreversible.

6.4. Individualización de guías clínicas

Aunque las guías clínicas son fundamentales, su aplicación rígida puede llevar a intervenciones innecesarias. “Dejar de Hacer” implica individualizar las recomendaciones, especialmente en pacientes pluripatológicos o frágiles.

Ejemplo:

- No aplicar objetivos de presión arterial estrictos en pacientes mayores con riesgo de caídas o hipotensión ortostática.

6.5. Educación del paciente

Muchos pacientes asocian la calidad de la atención con la cantidad de pruebas o tratamientos. Por ello, es fundamental educar al paciente, explicando los riesgos del sobrediagnóstico y sobretratamiento, y fomentando la toma de decisiones compartida.

6.6. Rediseño organizativo y cultura clínica

Finalmente, “Dejar de Hacer” requiere un cambio cultural y organizativo. Es necesario revisar protocolos, indicadores de calidad, también en la gestión de la documentación clínica, y evitar incentivos que lleven a la multiplicación de actos diagnósticos o terapéuticos. En definitiva, formar a los profesionales en habilidades de comunicación y razonamiento clínico.

7. Conclusiones.

La estrategia “Dejar de Hacer” en medicina, no es una renuncia, sino un acto de ética clínica madura, que reconoce que más no siempre es mejor. Entre las reflexiones éticas y deontológicas de esta estrategia se encuentran:

7.1. Una ética de la prudencia y la responsabilidad

La estrategia del “Dejar de Hacer” no representa una omisión pasiva, sino una forma activa de ejercer la medicina con prudencia clínica, rigor científico y responsabilidad ética. En un entorno donde la sobreutilización de recursos puede comprometer tanto la seguridad del paciente como la sostenibilidad del sistema, abstenerse de intervenir cuando no hay beneficio clínico real es una manifestación de buena praxis médica. Esta estrategia exige un juicio clínico maduro, basado en la mejor evidencia disponible y en una comprensión profunda de los valores y preferencias del paciente.

7.2. Coherencia con los principios de la bioética

“Dejar de Hacer” se alinea con los cuatro principios fundamentales de la bioética. Respetar la autonomía implica informar al paciente de forma clara sobre intervenciones de dudosa eficacia. La beneficencia y la no maleficencia se concretan en evitar tratamientos fútiles o potencialmente dañinos. La justicia, por su parte, exige una distribución equitativa de los recursos, evitando el uso excesivo de intervenciones de bajo valor.

7.3. Respeto al marco deontológico

El Código de Deontología Médica de 2022 respalda la estrategia “Dejar de Hacer”, reconociendo el derecho y el deber del médico de abstenerse de realizar procedimientos sin justificación científica o ética. Artículos como el 6.5, 10.10 o los capítulos dedicados a la calidad asistencial, la seguridad del paciente y al final de la vida legitiman esta práctica como parte de una medicina responsable.

7.4. Implicaciones clínicas concretas

“Dejar de Hacer” se traduce en acciones clínicas específicas como la deprescripción, la revisión crítica de pruebas diagnósticas, la limitación del esfuerzo terapéutico y la individualización de guías clínicas. Estas prácticas no solo mejoran la calidad asistencial, sino que también reducen riesgos, evitan efectos adversos y promueven una atención más centrada en el paciente. La implementación de estas estrategias requiere formación, reflexión ética y apoyo institucional.

7.5. Sostenibilidad y equidad del sistema sanitario

En un contexto de creciente presión sobre el Sistema Nacional de Salud, el “Dejar de Hacer” se convierte también en una herramienta de justicia y sostenibilidad. Evitar intervenciones innecesarias libera recursos que pueden destinarse a quienes más los necesitan, garantizando una atención más equitativa y eficiente. Esta dimensión ética colectiva debe integrarse en la cultura profesional y en las políticas sanitarias.

Recomendación final: El médico está llamado a ejercer una medicina reflexiva, ética y basada en la evidencia científica, que no se limite a “hacer por hacer”, sino que valore cuándo no intervenir es la mejor decisión. “Dejar de Hacer” no es una renuncia, sino una expresión de excelencia clínica y compromiso con el paciente, con la profesión y con la sociedad.

8. Referencias

1. ABIM Foundation. Choosing Wisely Campaign [Internet]. [cited 2025 Jun 24]. Available from: <http://www.choosingwisely.org>
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.

3. Blumenthal-Barby JS. Between utilitarianism and the decent society: do physicians have a duty to choose wisely? *J Med Ethics*. 2013;39(9):575–8.
4. Blumenthal-Barby JS. “Choosing wisely” to reduce low-value care: a conceptual and ethic analysis. *J Med Philos*. 2013;38(5):559–80.
5. Brody H. Medicine’s ethical responsibility for health care reform—the top five list. *N Engl J Med*. 2010;362(4):283–5.
6. Brownlee S, Saini V, Chipman A, Korenstein D. The evolution of Choosing Wisely: from an American campaign to a global movement. *JAMA Health Forum*. 2022;3(11):e224497
7. Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA*. 2012;307(17):1801–2.
8. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Madrid: CGCOM; 2022.
9. El Fadel H, Zeineddine R, Abou-Mrad R, El Rassi R, Haidar M, Yazbek H, et al. Integrating the STARS framework into undergraduate medical education: impact on medical students’ knowledge and attitudes towards high-value care. *BMC Med Educ*. 2024;24:218.
10. Honneth A. El derecho de la libertad. Barcelona: Katz Editores; 2011.
11. Lolas F. Ética en la práctica médica. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
12. McCullough LB. The ethical concept of medical professionalism. *Camb Q Healthc Ethics*. 2012;21(3):369–80.
13. Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis. *BMJ*. 2012;345:e6572.
14. Neumann PJ, Cohen JT, Weinstein MC. Updating cost-effectiveness — the curious resilience of the \$50,000-per-QALY threshold. *N Engl J Med*. 2014;371(9):796–7.
15. Parsons C, McDonald S, Rafferty AM. Choosing Wisely: A frame analysis of a shared decision-making campaign in the USA and UK. *Soc Sci Med*. 2025;340:116239.
16. Rawls J. Teoría de la justicia. México: Fondo de Cultura Económica; 2002.
17. Rosenbaum L, Lamas D. Cents and sensitivity — teaching physicians to think about costs. *N Engl J Med*. 2012;367(2):99–101.
18. Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, et al. Drivers of poor medical care. *Lancet*. 2017;390(10090):178–90.
19. Veatch RM. Is there a common morality? *Kennedy Inst Ethics J*. 1991;1(2):117–36.
20. Wolfson D, Santa J, Slass L. Ten years of Choosing Wisely: what we have learned and where we go next. *N Engl J Med*. 2022;387(14):1271–3.