

Conflictos éticos en Atención Primaria: voluntades anticipadas

José Francisco Díaz Ruiz^a, Antonio Hidalgo Carballal^b y Julia González Pernía^c

^aMédico de Familia. Encargado del Registro de Voluntades Previas de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria. Coordinador del Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN.

^bMédico Forense. Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN.

^cJurista experta en problemática legal sanitaria.

Resulta un hecho constatado repetidamente a lo largo de la historia que la investigación científica ha producido beneficios sociales sustanciales que han contribuido de manera notable al bienestar del ser humano.

De igual manera es innegable que la aplicación de la tecnología sobre el “bios” en su sentido más amplio y heterogéneo de “lo vivo” plantea numerosas y variadas dudas y cuestiones éticas cuanto menos inquietantes.

Este planteamiento se exagera en el supuesto de que el ser vivo afectado por los referidos procedimientos pertenece como decimos a la especie humana, haciéndose del todo necesario proteger a la persona y salvaguardar su dignidad y los derechos que le son propios como individuo.

Siendo la vida y subsiguientemente la integridad física del individuo los dos elementos básicos de actuación de la Medicina, se entenderá fácilmente la repercusión que esta actividad profesional tendrá a nivel general en nuestra comunidad, olvidándose en muchas ocasiones de que es precisamente ésta una de las conductas profesionales que, al enfrentarse al riesgo (al intentar superar la enfermedad y el dolor), adquiere una trascendencia vital sobre la persona del paciente, especialmente importante en sus extremos de inicio (nacimiento) y cese (fallecimiento).

El continuo e imparable avance científico, especialmente evidente desde la segunda mitad del siglo XIX, ha exacerbado el debate moral y la deliberación deontológica en lo tocante a los múltiples y variados aspectos relativos a las numerosas posibilidades de la ciencia en este campo, culminando en los años setenta la aparición de la Bioética en sí misma.

Paralelamente, la Biojurídica (el Bioderecho) se ha adaptado a esta nueva realidad (en constante cambio y transformación) con el fin de regular la vertiente legal de este especial ámbito de actuación de la Medicina y la Biotecnología en general, partiendo del respeto de la dignidad humana y de los derechos fundamentales que le son inherentes a la persona por el simple hecho de su consideración como tal, con la base de la vida, “fuerza o actividad interna sustancial mediante la que obra el ser que la posee”, “estado de actividad de los seres orgánicos”,

“unión del alma y el cuerpo”, “espacio de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta la muerte” (*diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*).

Ambas disciplinas, la Ética y la Jurídica, han tratado así profusamente la “concepción metafísica de la persona” que comprende estas dos dimensiones.

La actuación de la Medicina sobre la vida ha sido objeto de estudio desde antiguo, avanzando y evolucionando paulatinamente hasta la actualidad, ocupando extensos capítulos de los más recientes textos deontológicos y legales, y destacan los aspectos que ahora nos ocupan: la disponibilidad de la propia vida y la eutanasia (voluntades anticipadas), junto con los cuidados paliativos, la distanasia y la necesaria limitación del esfuerzo terapéutico.

La autonomía, considerada como uno de los logros de la modernidad, paradigma por antonomasia del ideario liberal, se configura en el campo de la Filosofía Ética de los siglos XVII y XVIII como la reivindicación de la libertad del individuo frente a un poder superior, teológico, estatal, social o jurídico.

En la actual situación de exacerbación de este clásico principio en la relación médico-paciente, con la garantía del autogobierno, la autodeterminación, el actuar autorresponsable en la determinación del destino vital y personal de conformidad a las propias valoraciones y visión del mundo, el documento de voluntades anticipadas se constituye en una de las vertientes más interesantes del derecho al consentimiento informado del paciente.

Los antecedentes de esta cuestión, al contrario de lo que podríamos suponer en un primer momento, han de ser buscados en tiempos tan remotos como los albores del siglo XX, encontrando ciertas matizaciones al respecto en la jurisprudencia americana (caso Schloendorff contra la Administración del Hospital de Nueva York, 1914) (caso Nancy Cruzan) (caso Karen Ann Quinlan, inspirador de la *Natural Death Act* de California).

La función inicial del testamento vital (término acuñado por Luis Kutner en 1969) era la de evitar en la medida de lo posible el uso de medidas que pudieran acabar en un “ensañamiento, encarnizamiento, terapéutico” (distanasia),

quedando reducido su valor jurídico a la posibilidad de elegir determinados tratamientos o negarse a ellos, pero no es en ningún caso legitimador de conductas eutanásicas (“procurar la muerte, por acción o por omisión, a quien, sufriendo una enfermedad terminal, la solicita para poner fin a sus sufrimientos”); y es que actualmente, este documento sólo implica la posibilidad de determinar los tratamientos a los que el paciente desea o no someterse, no es más que una continuación del consentimiento informado para aquellos supuestos en los que el enfermo carezca de capacidad de manifestar sus decisiones.

Los cuidados paliativos (todos aquellos tratamientos tendentes a evitar en la medida de lo posible el dolor físico y psíquico en la última fase de la vida, cuando ya no es posible una recuperación) ofrecen ciertamente una posibilidad en ocasiones excesivamente prolongada de mantenimiento de la vida del enfermo.

Es la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la norma en la que se establecen las características y requisitos de esta facultad del usuario del Sistema Nacional de Salud (artículo 11): documento escrito formalizado por el enfermo competente (mayor de edad, capaz y libre) mediante el cual se manifiesta una serie de premisas no contrarias al ordenamiento jurídico ni a la *lex artis*, en relación a los cuidados y el tratamiento de su salud, o bien una vez llegado el fallecimiento sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos, con el objetivo de que se respeten y se cumplan en un momento futuro en el cual él mismo no sea capaz de expresarlas, describiendo claramente el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. Puede además designarse un representante para que en aquella situación actúe como interlocutor suyo con el médico para procurar el cumplimiento de las instrucciones dadas previamente.

Cada servicio de salud regulará el procedimiento que resulte adecuado para que se garantice el respeto de las mismas. Con este mismo objetivo, se ha creado en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro Nacional de Instrucciones Previas (Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro Nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal).

En idéntica línea, el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, en vigor en nuestro país desde el 1 de enero de 2000, en su artículo 9 establece: “se tendrán en consideración los deseos expresados con anterioridad respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no esté en condiciones de hacer saber su voluntad”.

La Recomendación del Consejo de Europa relativa a la protección de los derechos del hombre y de la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, número 1418, de 25 de junio de 1999, en su artículo 9.b.IV. se establece en este mismo sentido que “la Asamblea recomienda, en consecuencia, al Comité de Ministros alen-

tar a los Estados miembros del Consejo de Europa a respetar y proteger la dignidad de los enfermos incurables y de los moribundos en todos los aspectos: a) protegiendo el derecho de los enfermos incurables y de los moribundos a la autodeterminación, tomando las medidas necesarias:

1. Para hacer respetar las instrucciones o la declaración formal *living will* rechazando ciertos tratamientos médicos dados o hechos anticipadamente por los enfermos incurables o moribundos incapaces ya de expresar su voluntad.

La doctrina legal española clásica estima que la vida es un bien jurídico no disponible (sentencia del Tribunal Constitucional 120/90 y 137/90: “el derecho a la vida tiene un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte”. “No es posible admitir que la Constitución garantice en su artículo 15 el derecho a la propia muerte y, por consiguiente, carece de apoyo constitucional la pretensión de que la asistencia médica coercitiva es contraria a ese derecho constitucional”).

Si bien resulta interesante estimar que en nuestro Código Penal no se castiga la conducta conducente a causar la cesación de la propia existencia (suicidio).

A este respecto y en relación al delito tipificado en el referido artículo 143.4 de nuestro Código Penal, la práctica generalidad de la doctrina excluye que sea punible la llamada eutanasia pasiva indirecta, resultando del todo diferente causar la muerte mediante un acto directo que dejar morir por la interrupción de un tratamiento tras la solicitud del paciente, habiendo sido precisamente este precepto el aplicado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en el caso de la enferma Inmaculada Echevarría en el mes de marzo de 2007, respetando los preceptos referentes al derecho al consentimiento informado recogidos en la Ley reguladora de la autonomía del paciente, así como en el Convenio de Oviedo de 1997.

Entramos así en el complicado y delicado campo del “derecho a morir dignamente”, sin sufrir tratos inhumanos, sin dolor, sin que se prolongue artificialmente la vida, como parte de la ambigüedad del concepto de dignidad humana como supremacía axiológica de la autonomía individual y criterio decisorio en la fase final de la existencia de la persona (límite para la actuación de terceros, conducta realizada de manera libre, voluntaria y consciente), a la par que deber de conservar la propia vida (derecho-obligación; respeto del sujeto hacia sí mismo, indisponibilidad de su existencia individual).

El debate tanto ético como legal queda del todo abierto, máxime si incluimos el concepto de “vida indigna de ser vivida” (Peces-Barba: “cuando la vida es una existencia casi vegetativa, sin poder ejercerla, dependiendo exclusivamente de unas ayudas médicas que no pueden recuperar la salud, y que mantienen sin esperanza las constantes vitales, muchas veces a costa de sufrimientos increíbles en el paciente y en su entorno familiar...”).

Concluyendo, en general, se puede prever que los pacientes estarán mejor atendidos o, al menos, tratados como ellos desean, si existen instrucciones previas.

Igualmente, parece que su existencia es positiva para el equipo médico, ya que deberán decidir de acuerdo a

dichas instrucciones y se les exonera de la responsabilidad en cuanto a los resultados de tal elección.

La importancia moral de las indicaciones previas se incrementará en el grado en el que coincidan con la decisión reflexiva, informada y contemporánea del paciente.