

## MANIFESTACIONES DE VOLUNTAD DEL PACIENTE EXPRESADAS EN FORMA ANTICIPADA

Ingrid BRENA SESMA\*

SUMARIO: I. *Cambios en la relación medico-paciente.* II. *Principios bioéticos.* III. *Manifestaciones anticipadas de voluntad.* IV. *Otras regulaciones.* V. *Conclusión.* VI. *Bibliografía.*

### I. CAMBIOS EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Resulta ya lugar común la referencia a los cambios que se han producido en la relación médico-paciente. Los tiempos de la cercana, casi íntima relación se han modificado. Dentro de ese esquema, el médico empleaba todos sus conocimientos en beneficio del paciente ya fuera para mitigar su dolor, curar su enfermedad o salvarle la vida. A cambio, el paciente desempeñaba un comportamiento pasivo limitado a cumplir las órdenes del médico sin cuestionamiento alguno. Esta actitud se justificaba en la convicción de que el médico buscaba, en forma prioritaria, el beneficio de su paciente. Ambas partes de la relación combatían enemigos comunes: la enfermedad, el dolor y la muerte.

Desafortunadamente la práctica médica en grandes hospitales, la alta tecnología y en algunas ocasiones la mercantilización de la práctica médica, han deshumanizado la interacción de los protagonistas. Como resultado, en innumerables situaciones, el ante-

\* Doctora en derecho por la Universidad Complutense de Madrid. Investigadora en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM; coordinadora del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Salud y Derecho.

rior binomio médico-paciente se ha transformado en una contienda. Los derechos de los pacientes se ven confrontados con los derechos de los profesionales de la salud.

Las decisiones sobre cuáles son los tratamientos que el médico debe de seguir, se encuentran inmersas en esta confrontación ¿a quién corresponde tomar las decisiones, al médico o al paciente? y si éste se encuentra imposibilitado para manifestar su voluntad ¿quién decidirá por él?

La bioética como nueva disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, surge de la necesidad de regular la acción de la ciencia sobre el hombre y el medio ambiente. Esta disciplina ha venido a enriquecer la tradicional ética profesional aumentando a los interlocutores; ya no se trata solamente de reglas de normas de comportamiento para médicos y otros profesionales, se trata de principios generales que rijen el comportamiento científico.<sup>1</sup> En la relación médico-paciente estos principios, si bien no representan la solución del dilema, son herramientas flexibles y útiles para crear consensos.

## II. PRINCIPIOS BIOÉTICOS

El principio de beneficencia, en el caso de la medicina, se traduce “en buscar el bien del paciente que sufre, sea quien fuere y en cualquier circunstancia”,<sup>2</sup> desde luego a partir del punto de vista de la medicina, porque si nos refiriéramos a otros aspectos nos enfrentaríamos a problemas éticos o religiosos, entre otros. Y derivado de la beneficencia, el principio de la no maleficencia indica no causar daño al paciente.

Ambos principios contribuyen a la construcción del que se ha considerado como el tradicional modelo paternalista. Dentro

<sup>1</sup> Lolas Stepke, Fernando, *Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud*, Chile, Andrés Bello, 1997, p. 22.

<sup>2</sup> Definición del *Diccionario de Real Academia Española*, en su vigésimo primera edición.

de él, el médico sustituye al paciente en la toma de decisiones en aras de lograr la protección de sus mejores intereses, aunque el precio sea la restricción de la autonomía de las personas inmersas en el proceso patológico.

Este modelo ha caracterizado a la medicina occidental desde los escritos hipocráticos y se ha justificado en la confianza personal y la competencia profesional del médico para tomar decisiones ante la situación de vulnerabilidad en que se encuentra el paciente y que lo convierten en dependiente del médico.

Frente al modelo paternalista se han elevado voces que pugnan por la autonomía del paciente. Los cambios en la relación con el médico, entre ellos el distanciamiento y la aceptación de la necesidad de sustituir los patrones de jerarquía vertical por otros más democráticos, han propiciado el reconocimiento del principio de autonomía.

Bajo este principio, el paciente se transforma en el agente que toma los controles y elige. Este cambio de actitud no es tan simple, pues implica que el sujeto cuente con un grado de libertad integrada por varios elementos:

1. Información suficiente y adecuada sobre su estado de salud y sobre las alternativas terapéuticas a su alcance, así como de sus riesgos. Una información insuficiente o equivocada impediría el ejercicio de una verdadera elección.
2. Capacidad para analizar la información y para comprender los alcances y significado de las decisiones. De nada sirve recibir la información si no se tiene capacidad para procesarla y entenderla.
3. Un equilibrio interno aceptable, el cual supone, entre otros, no encontrarse con trastornos depresivos o bajo sentimientos de culpa o inferioridad tan graves que impidan una toma de decisión saludable.
4. Ausencia de coerciones externas, cualquiera que sea su fuente ya sea médica o proveniente del entorno familiar y social.

Bajo estos supuestos, el principio de autonomía indica que el individuo en función de su cultura, ideales, creencias y proyecto de vida, puede tomar decisiones. Pero ¿qué ocurre cuando el paciente es incompetente para expresar su voluntad en forma inmediata? ¿qué sucede cuando la precariedad de su salud le impide tomar decisiones? Para estas situaciones de carácter, a veces transitorio o a veces permanente ¿se debe dejar de reconocer la autonomía del paciente? o existen medios que permitan conocer cual es la voluntad del paciente en forma directa, aunque en forma anticipada o que él mismo nombre a otra persona que lo represente en la toma de decisiones.

### III. MANIFESTACIONES ANTICIPADAS DE VOLUNTAD

Una persona debe poder expresar su voluntad a no ser sometida a tratamientos que intenten prolongar su vida en forma artificial en caso de enfermedad o daño físico o psíquico grave que le cause sufrimiento o lo incapacite para vivir una existencia racional y autónoma.

En algunos casos se ha considerado que estas manifestaciones son procedentes en caso de enfermos en condición terminal, entendida como tal “aquella incurable e irreversible que sin el auxilio de tratamiento para mantener la vida, en opinión médica, resultaría la muerte en corto periodo de tiempo”.<sup>3</sup> Este criterio se ha ampliado, pues no hay un fundamento para la reducción solo a enfermos terminales. Ante la simple posibilidad de que la persona no esté en condiciones de manifestar su voluntad ya sea en forma transitoria, por efectos de medicamentos, o trastornos de salud, o permanente, se le debe respetar su derecho a expresar sus deseos y que éstos sean cumplidos.

Estas manifestaciones adelantadas se regulan con diferentes tratamientos y bajo distintas denominaciones, tales como *living*

<sup>3</sup> Silva Ruiz, Pedro, “La autotutela y el testamento vital. Disposiciones y estipulaciones para la propia incapacidad en derecho puertorriqueño”, *Revista del Colegio de Abogados de Puerto Rico*, vol. 58, núm. 1, enero-marzo de 1998.

*will, health care proxy*, autotutela y voluntades anticipadas o instrucciones previas.

### *Directivas adelantadas*

En los años setentas apareció en California, Estados Unidos una ley sobre la muerte natural que creó una figura denominada *advance directives*.<sup>4</sup> Éstas son instrucciones orales y/o escritas en las cuales una persona con capacidad suficiente y de manera libre, expresa su voluntad acerca de los futuros cuidados médicos que acepta le sean aplicados llegado el caso de que se encuentre en una situación tal, que carezca de capacidad para tomar decisiones.

Las directivas adelantadas orales se basan en las conversaciones entre una persona y sus familiares o amigos, acerca de los cuidados médicos que acepta le sean aplicados o no en situaciones futuras. Muchos Estados de la Unión Americana rechazan estas manifestaciones, entre otras causas porque, se argumenta, son instrucciones generales, poco precisas o imposibles de probar. Además, se ignora si el paciente tenía suficiente información y capacidad para tomar una decisión.

Las directivas adelantadas escritas, operan bajo dos alternativas; *living will* o *health care proxy*.

#### A. Living Will

*Living will* o su traducción *testamento vital*, término que ha sido criticado pues no es precisamente un testamento que surta efectos hasta la muerte del testador, es utilizado como una denominación común para las manifestaciones anticipadas o previstas.

<sup>4</sup> Es el término general que se refiere a instrucciones orales y/o escritas acerca de los futuros cuidados médicos de una persona, en el evento de que esa persona se vuelve incapaz de transmitir sus propios deseos (<http://www.dontneedalawyer.com/SpanishLivingWills.html>).

Las instrucciones de un testamento vital son usualmente una petición de que, llegado el caso, no se prolongue la vida de un enfermo cuando no exista una perspectiva de salvar la vida o las condiciones de ésta sean muy precarias. En todo caso, las peticiones no pueden romper con principio de la atención médica ni violar derechos reconocidos a los pacientes.

## B. Health Care Proxy

Traducida como *carta poder médica*, es el documento por virtud del cual una persona capaz nombra a otro apoderado, *proxy* o *agent* para que sea éste quien tome las decisiones necesarias acerca de sus cuidados médicos. El apoderado entra en funciones sólo en el supuesto que el poderdante se halle incapacitado para tomar decisiones concernientes al cuidado de su propia salud y dura en ellas el tiempo en que persista la incompetencia.

Este poder difiere del que se utiliza en la representación jurídica, puesto que no involucra cuestiones patrimoniales y funciona sólo mientras el poderdante es incompetente para tomar decisiones. Esta figura existe en la mayoría de los Estados de EUA.

Algunos autores<sup>5</sup> encuentran ventajas a la figura del *proxy*, en vista de que el paciente no puede cubrir todas las contingencias que podrían presentarse, por ello, el paciente puede optar por nombrar a alguien que interprete sus preferencias.

En los Estados Unidos, el Congreso aprobó en diciembre de 1991 la Ley *United Status Patient Self Determination Act*, con efecto en todo el territorio de la Unión Americana y que obliga a todas las instituciones sanitarias que reciban ayuda estatal, *medicare* o *medicaid* a proporcionar a sus usuarios un documento sobre información de sus derechos como pacientes, in-

<sup>5</sup> *Standards for Decisions. When Patients Lack Decision-Making Capacity*, pp. 94-110.

cluidos los testamentos vitales, instrucciones anticipadas y poderes al representante.

Las directivas adelantadas norteamericanas parecían indicar un triunfo del principio de autonomía, sin embargo, una visión menos optimista se enfrenta a ciertos aspectos negativos de ellas.

- No son pocas las ocasiones en que es difícil descubrir la existencia de un consentimiento respaldado de información completa acerca de la situación real de una enfermedad o padecimiento, los tratamientos, sus alternativas costos o sus consecuencias.
- En vista de que las declaraciones son formuladas en términos vagos, ya que la persona no es un experto que puedan adentrarse en detalles, pueden surgir problemas en cuanto a la interpretación de la voluntad y esto ocasionar que el médico omita practicar tratamientos oportunos.
- El ser humano se caracteriza por sus cambios de estado de ánimo que presuponen una distinta manera de afrontar los problemas de salud. ¿Qué sucede con el enfermo que expresa su voluntad bajo un estado depresivo o que desconoce la aparición de nuevas terapias o medicamentos? ¿podría una manifestación oral posterior modificar la declaración escrita con anterioridad?
- Las manifestaciones anticipadas de voluntad que limitan los tratamientos médicos, aumentan la presión sobre los médicos en los servicios de urgencia y dificultan la decisión en situaciones de emergencia.
- No debe olvidarse la perspectiva de los médicos comprometidos con su práctica profesional que considerarán estos documentos como una prueba de desconfianza en su capacidad profesional y con ello justificarán el deslindarse de la responsabilidad sobre un enfermo concreto.
- Otros problemas podrían derivarse del representante médico como que se ausente en el momento de tomar las decisiones vitales o que renuncie.

A primera vista, parecería que las directrices adelantadas tienen por objeto proteger la autonomía del paciente, pero no hay que olvidar que la figura fue creada por las agrupaciones médicas, quienes diseñaron la figura para facilitar la exoneración de la culpa de los médicos. Si éstos, atendiendo a la voluntad declarada de un paciente, proporcionaban o dejaban de proporcionar determinados tratamientos, quedaban relevados de responsabilidad profesional derivada de consecuencias como trastornos físicos, agravamiento de la enfermedad o inclusive la muerte del paciente.

#### IV. OTRAS REGULACIONES

Tomando en cuenta las experiencias norteamericanas tanto en los aspectos positivos como en los negativos, otros países están regulando el *living will*, las manifestaciones anticipadas o previas, entre ellos, Canadá, Australia, Dinamarca, España, Holanda, y algunos cantones en Suiza.

En Canadá el testamento vital está reconocido en el *Northern Territory*, y en dos de los estados de Australia.

En Europa, el testamento vital no es una práctica común; en Francia, en 1989, la Asamblea Nacional rechazó la posibilidad de dar valor a tales documentos; en Italia, la *Consulta de Bioética Italiana* aprobó una carta especial pero ésta se valora sólo como mero indicio de la voluntad del paciente.

En Holanda hace tiempo que existe, incluso este país acaba de aprobar una ley de eutanasia, bajo supervisión médica; Bélgica, paradójicamente, aunque preparando la ley sobre eutanasia, no regula las manifestaciones anticipadas. En el Reino Unido, el Colegio de Médicos recomienda a los enfermos suscribir, si es su deseo, el testamento vital pero no hay legislación todavía. En Suiza, existe el derecho en algunos de los cantones, como es el caso de Ginebra.

Dinamarca, en la ley de octubre de 1992, no sólo reguló el derecho al testamento vital, sino que se creó un registro, con un



archivo informático central de testamentos vitales, que todo médico tiene obligación de consultar cuando un paciente que entre en una situación terminal y no esté en condiciones de ejercer su derecho de autodecisión. Para el caso de que el médico no cumpla con la disposición será sancionado. Esta ley es considerada como uno de los mejores y más eficaces modelos actuales en Europa.

Además de una representación fundada en una carta poder, también se ha planteado, como alternativa, la posibilidad de que una persona con riesgo de quedar incapacitada en el futuro, prevea en plenitud de sus capacidades, la delación de un cargo tutelar a determinadas personas o la exclusión precisa de otras, para que sea ella quien tome las decisiones. Excedería a los planteamientos de este trabajo analizar las posibilidades y riesgos de esta autotutela por sus consecuencias económicas en perjuicio del paciente, pero podría tratarse de un tutor especial para decidir únicamente cuestiones relacionadas con los tratamientos terapéuticos que deba recibir una persona. Las ventajas serían la tranquilidad para quien deposita su confianza en una persona a la cual, considera, cuenta con las características necesarias para tomar las decisiones más acordes con su modo de pensar. Además, con la designación se evitarían los conflictos que puedan surgir cuando los parientes no se pongan de acuerdo respecto a los tratamientos más adecuados para el enfermo o cuáles se deban evitar. En todo caso, es mejor que la persona nombre a su tutor y no que lo haga el médico o la legislación.

El Convenio del Consejo de Europa sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina, de 1997 refuerza el principio de autonomía.<sup>6</sup> En principio, nadie puede ser forzado a someterse a una intervención o tratamiento sin su consentimiento y en cualquier momento la persona afectada podrá retirarlo libremente. Esta regla es clara para los profesionales de la salud y restringe el enfoque paternalista que podría ignorar el deseo del paciente.

<sup>6</sup> Convenio del Consejo de Europa sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina, 1997, informe explicativo.

Sin embargo, la autonomía del paciente no es absoluta sino que está restringida en ciertos casos: “Cuando debido a una situación de urgencia no pueda obtenerse el consentimiento, podrá procederse a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada”.<sup>7</sup> Es decir, el médico puede actuar de inmediato sin esperar el consentimiento del paciente o, en su caso, de su representante legal. La necesidad de las intervenciones médicas será la medida para la actuación médica, por tanto, las intervenciones cuyo aplazamiento sea aceptable se excluyen de este supuesto. La justificación de la intervención es el beneficio directo del individuo afectado.

“Serán tomados en cuenta los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentra en situación de expresar su voluntad”<sup>8</sup> señala la Convención. Es clara la terminología empleada en este precepto, los deseos del paciente deben tenerse en cuenta, lo cual implica el reconocimiento al peso relativo de la manifestación de la voluntad que no es vinculante.

Frente a casos de deseos expresados mucho tiempo atrás, que no tomaron en cuenta, porque la persona no pudo imaginar, los avances de la ciencia, el médico se coloca ante un dilema. Existe un consentimiento, sin embargo, éste se caracteriza de no ser informado ¿Debe el médico respetarlo?, ¿O se abre la posibilidad para que el profesional de la salud tome la decisión, tratando de seguir la directriz marcada por el paciente?.

En España, algunas Juntas Provinciales han regulado las denominadas *voluntades anticipadas*. Cataluña,<sup>9</sup> tomó la iniciativa

<sup>7</sup> El artículo 8 del Convenio del Consejo de Europa sobre los derechos humanos y la biomedicina.

<sup>8</sup> El artículo 9 del Convenio del Consejo de Europa sobre los derechos humanos y la biomedicina.

<sup>9</sup> El 28 de mayo del 2001, Galicia, aprobó la Ley Reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica de los Pacientes. El texto regula las voluntades anticipadas sin ninguna variante con respecto a Cataluña.

y aprobó, el 29 de diciembre de 2000, la Ley de Derechos de Información Concerniente a la Salud y a la Autonomía del Paciente y Documentación Clínica.

Desde su exposición de motivos, la Ley planea la posibilidad de introducir el concepto de *voluntades anticipadas* y las regula como el documento dirigido al médico responsable, por el que cualquier persona mentalmente capacitada y mayor de edad puede precisar las condiciones sobre su tratamiento en caso de encontrarse en una situación de enfermedad que la impidiera expresarse por sí misma.

Como principio, se respeta la voluntad de la persona, pero en situación de riesgo inmediato o grave para la integridad física o psíquica del enfermo, cuando no sea posible conseguir la autorización de éste, alguien más debe dar el consentimiento por sustitución. Usualmente el consentimiento se obtiene de los familiares o de las personas vinculadas con el paciente. El enfermo debe intervenir tanto como sea posible en la toma de decisiones y en los casos de sustitución de la voluntad del afectado, la decisión debe ser la más objetiva y proporcional posible a favor del enfermo y de respeto a su dignidad personal.

La ley catalana deja bien claro que “no se podrán tener en cuenta las voluntades anticipadas que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica”. No entra, por tanto, en el debate sobre la eutanasia.<sup>10</sup>

Para que la voluntad anticipada tenga validez deberá ser confirmada ante notario o bien ante tres testigos, dos de los cuales no han de tener parentesco o relación patrimonial con el paciente y también hará falta entregarlo al centro sanitario donde la persona deba ser atendida para incorporarlo a su historial clínico.

El 14 de noviembre de 2002 se promulgó en España La Ley Básica de la Autonomía de Pacientes y de Derechos y Obligaciones en Materia de información y documentación clínica.

La información, requisito previo para emitir un consentimiento en forma inmediata o anticipada es básica. Se reconoce

<sup>10</sup> <http://www.biomed.net/biomed/R26/destacado04.htm>

como titulares del derecho a la información al paciente y las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita,<sup>11</sup> hay que tomar en cuenta que en muchos casos son esas personas quienes deciden. Incluso en casos de incapacidad del paciente, éste será informado de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y si de plano carece de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse cuando por razones objetivas, el conocimiento de su estado pueda perjudicar su salud de manera grave o cuando el propio paciente sea quien manifiesta que no desea ser informado.<sup>12</sup>

La ley española que se comenta, tampoco considera como definitiva la expresión de la voluntad de las personas. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento en los siguientes casos:

Cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible conseguir su autorización o no se encuentren presentes sus familiares o a las personas vinculadas a él de hecho. Es obvio el criterio de beneficencia subyacente en esta norma.

Cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas en la Ley. En todo caso tomadas las medidas, se comunicarán a la autoridad judicial en un plazo máximo de 24 horas siempre que se disponga el internamiento obligatorio de una persona. Esta disposición atiende al modelo

<sup>11</sup> Artículo 5 de la Ley Básica de la Autonomía de Pacientes y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

<sup>12</sup> Artículo 9: “La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés se la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso”. *Ley Básica de la Autonomía de Pacientes y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica*.

de justicia que es una forma singular de beneficencia, cuando en asuntos de salud pública, predomina el bien común general sobre el interés particular.<sup>13</sup>

Esta ley regula las denominadas “instrucciones previas” como el documento por el que una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto que ésta se cumpla en el momento que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, sobre los cuidados y tratamiento de su salud. El otorgante puede designar, además un representante para que llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas. Como se observa la posibilidad de emitir instrucciones previas no se limita a enfermos terminales, sino que abarca a cualquier persona capaz que desee expresarlas.

Las legislaciones que se tomaron como muestra, son ejemplo de la interacción de los principios de la Bioética. México todavía no legisla sobre este tema, en fechas recientes el partido acción nacional presentó un Proyecto de Adición a la Ley General de salud para que los enfermos terminales con padecimientos crónicos puedan rechazar voluntariamente el tratamiento respectivo.

El proyecto, como su nombre lo indica, reconoce la posibilidad para enfermos terminales y sólo con padecimientos crónicos de emitir voluntades anticipadas, pero en la exposición de motivos no se justifica el porqué de las reducciones. En vista de los avances observables tanto en doctrina como en legislaciones extranjeras, no hay razón fundada para esas limitantes. Una legislación moderna debe implementar el reconocimiento a la autonomía de cualquier tipo de persona, esté sana o enferma.

<sup>13</sup> Sobre este modelo Galan Cortés establece que: “...sólo para obviar la lesión, daño o menoscabo de interés de terceros, se puede justificar la limitación de la autodeterminación de una persona concreta, lo que en el campo de la medicina tiene lugar por motivos de salud pública (vacunas obligatorias, internamientos...). Hay, pues en este modelo, un predominio del bien común, general o social sobre el interés particular”.

## V. CONCLUSIÓN

¿Autonomía o beneficencia? Si el valor fundamental de la práctica médica es el bienestar del paciente, la toma de decisiones puede ser secundaria. Si por el contrario, el respeto a la persona es considerado como el principal valor ético, entonces es posible, en determinadas circunstancias, que el paciente tome decisiones que incluso no propicien su bienestar. Los dos principios parecieran contraponerse pero no debemos olvidar que su interpretación y aplicación dependen de los factores externos que circunscriban al caso concreto.

La autonomía no puede ser absoluta, lo que se juzga de la autonomía ha expresado el doctor Fernando Lolas, es el grado de intencionalidad de los actos, la comprensión que de ellos tiene el agente y la ausencia de coerción o limitaciones.<sup>14</sup> La autonomía no debe reconocerse en forma irrestricta y permitir que cause daños al propio paciente o a terceros, no se debe llevar a la autonomía a extremos morbosos. En cuanto a la beneficencia ¿quién puede expresar en forma general lo que es mejor para todos los pacientes? es necesario individualizar el concepto de beneficio. Para muchas personas, por ejemplo los chinos, hablar de enfermedades futuras atrae a los espíritus quienes molestos generaran la enfermedad. Para otros pacientes, los altos costos de un tratamiento puede ocasionar la ruina del patrimonio familiar sin que se garantice el alivio del enfermo. No es necesario polarizar las alternativas, ni el paciente tiene que saberlo todo ni el médico tiene que decidirlo todo.

¿Cuál debe ser el alcance de estas expresiones de voluntad? ¿Son coadyuvantes o vinculantes? El médico debe ser respetado como el perito en la materia, capaz de tomar las decisiones correctas en el mayor interés del paciente. El profesional de la salud debe atender a las manifestaciones anticipadas de voluntad expresadas ya sea con precisión o en términos generales. Pero

<sup>14</sup> Lolas, Fernando, *El dialogo moral en las ciencias de la vida*, Chile, Mediterráneo, 2001.

podemos suponer que la decisión última debe recaer en los médicos quienes procurarán el mayor beneficio del paciente y en algunos casos como en epidemias, el de la colectividad. Debe quedar claro que las manifestaciones anticipadas de las personas no pueden ser contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica médica. En todo caso, cuando el profesionista de la salud contradiga expresión de deseos anticipados, deber justificar su actuación.

Es comprensible la posición del médico quien en forma inmediata es el responsable de la toma de decisiones, en muchos casos vitales. Usualmente acude a familiares del paciente, pero cuando éstos no están presentes o no se ponen de acuerdo, la decisión corresponde al médico. En estos casos y cuando la situación del enfermo lo permita, debe abrirse la posibilidad de que el médico acuda al comité de bioética del centro hospitalario para que lo auxilien en la toma de decisiones razonadas.

En nuestro país, mientras se legisla —confiemos con una actitud abierta que comprenda no sólo a los casos de enfermos terminales— la actuación del médico debe estar regida por la interacción de los principios de la bioética, autonomía y beneficencia, así como la regulación jurídica existente sobre la práctica médica. La Ley General de Salud, en el artículo 103, limita la actuación del médico a “a la posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento de un paciente”. Este es un presupuesto sin el cual el médico aun con la autorización de los pacientes, incurriría en responsabilidad al aplicar un tratamiento que no tenga fundadas posibilidades de eficiencia y que prolongue cruelmente la vida de un ser humano.

Hay que mantener una actitud de reserva ante a las voluntades anticipadas, no es la panacea que resolverá los dilemas sobre qué tratamiento terapéuticos aplicar al paciente, su ayuda es mucha pero no debe ser definitiva. Pellegrino y Thomasma<sup>15</sup> piden que se restituya el principio de beneficencia en forma de

<sup>15</sup> Pellegrino, E.D. y Thomasma, D. C., *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, New York, Oxford University Press, 1988.

beneficencia fiduciaria, es decir, que médicos y pacientes mantengan la meta de actuar en pro de los mejores intereses mutuos. Tal vez como expresa Roque Sureda “la solución no está en la implantación de una legislación que regule y legalice el marco existencial de la persona en sus últimos momentos sino que está en el conocimiento y actitudes éticas del médico hacia el paciente”,<sup>16</sup> pero con el respeto a su voluntad.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- ANNAS, George J., *The Health Care Proxy and Living Will*.
- EISENDRATH, Stuart J. y JONSEN, Alberet R., *The Living Will: Help or Hindrance*.
- LOLAS STEPKE, Fernando, *Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud*, Chile, Andrés Bello, 1997.
- , *El diálogo moral en las ciencias de la vida*, Chile, Mediterráneo, 2001.
- PELLEGRINO, E. D. y TOMASMA, D. C., *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, New York, Oxford University Press, 1988.
- ROQUE, María Victoria y SUREDA, Manuel, “Consideraciones acerca del testamento vital”, *Cuadernos de Bioética*, Santiago España, vol. IX, núm. 36, 1998.
- SILVA RUIZ, Pedro, “El derecho a morir con dignidad y el testamento vital”, *Revista del Colegio de Abogados de Puerto Rico*, San Juan, Puerto Rico, vol. 54, núm. 2, abril-junio de 1993.
- , “La Autotutela y el testamento vital”; *Revista del Colegio de Abogados de Puerto Rico*, vol. 58, núm. 1, enero-marzo de 1998.
- Standars for Decisions When Patients Lack Decision-Making Capacity*.

<sup>16</sup> Roque, María Victoria y Sureda, Manuel, “Consideraciones acerca del testamento vital”, *Cuadernos de Bioética*, Santiago, vol. IX, núm. 36, 1998, pp. 778-780.