

**Núria Terribas
Sala**

Institut Borja
de Bioètica
Universitat
Ramon Llull,
Barcelona,
España

*Palabras claves:
voluntades
anticipadas,
toma de
decisión,
bioética*

Las voluntades anticipadas y su utilización en la toma de decisiones

**ANTICIPATED WILLS AND THEIR USE IN
DECISION MAKING**

**ENVIADO 4-6-2012/ REVISADO 27-7-2012
ACEPTADO 31-7-2012**

RESUMEN Enfrentar la muerte como final inevitable de todo ser humano es una cuestión que ha preocupado a la humanidad desde sus orígenes y ha motivado innumerable literatura en todos los tiempos. Quizás por esta razón, la actuación del profesional sanitario en el tramo final de la vida de sus pacientes se ha enmarcado tradicionalmente en la toma de decisiones individuales o bien de forma conjunta con la familia del enfermo, debatiéndose entre su

máxima aspiración de salvar esa vida y la aceptación del desenlace inevitable como consecuencia de la enfermedad.

Poco a poco se va interiorizando la obligación ética y deontológica de saber ver el momento en el que hay que decir basta y limitarse a acompañar al paciente en su proceso de muerte, haciéndolo lo más indoloro y apacible que se pueda.

ABSTRACT Facing death as the unavoidable deadline for every human being has been a concern for humankind since the beginning of the times, as well as the origin of countless literature of all times. So, the former may be the reasons for the actions of the health professional at the end of the cycle of his patients; which, traditionally, has been framed within the individual or the individual's family jointly decision making. Hence, the debate between his foremost aspiration of saving the life and the acceptance of the unavoidable ending—a consequence of the disease—slowly interiorizes professional ethics to know when one has to draw the line and go along with the patient's death process, for it to be as painless and peaceful as possible.

1 Introducción

18

Enfrentar la muerte como final inevitable de todo ser humano es una cuestión que ha preocupado a la humanidad desde sus orígenes y ha motivado innumerable literatura en todos los tiempos. Sin embargo, el tema de la muerte en la sociedad occidental y desde la segunda mitad del siglo XX es un tema tabú, que procura evitarse las más de las veces y que genera gran angustia y desasosiego cuando debemos enfrentarnos a ella. Los profesionales sanitarios, que inevitablemente deben convivir en ocasiones con la muerte de sus pacientes, no acaban de asumir ese hecho y a menudo se experimenta como un fracaso de su cometido profesional, puesto que su tarea principal es sanar cuando sea posible y cuando no, procurar restablecer unas condiciones de vida aceptables para el paciente que le permitan convivir con su enfermedad de la forma más digna posible.

Quizás por esta razón, la actuación del profesional sanitario en el tramo final de la vida de sus pacientes se ha enmarcado tradicionalmente en la toma de decisiones individuales o bien de forma conjunta con la familia del enfermo, debatiéndose entre su máxima aspiración de salvar esa vida y la aceptación del desenlace inevitable como consecuencia de la enfermedad. En demasiadas ocasiones todavía la intervención del profesional va en la línea de hacer “algo más” para retrasar ese momento final, obstinándose en aceptar la finitud del proceso, sin procurar ningún bien al paciente ni a su familia y prolongando una situación de sufrimiento. Afortunadamente, poco a poco se va interiorizando la obligación ética y deontológica de saber ver el momento en el que hay que decir basta y limitarse a acompañar al paciente en su proceso de muerte, haciéndolo lo más indoloro y apacible que se pueda.

No obstante, hasta ahora en esa fase final de la vida, el propio paciente poco ha intervenido, incluso estando consciente y pudiendo manifestarse, puesto que siempre han decidido por él profesionales y familiares. No se le ha dado la opción de poder dar su opinión sobre la instauración de una determinada medida terapéutica o paliativa o sobre su retirada, ni se le ha informado de las consecuencias de una u otra opción y de las alternativas posibles. Podemos decir que esta forma de proceder se enmarca en una etapa que poco a poco vamos superando, donde imperaba el paternalismo, sin incorporar al paciente en la toma de decisiones que le afectaban directamente. Desde finales del siglo XX y principios del siglo XXI, ha irrumpido con fuerza el derecho positivo en el reconocimiento de los derechos de los ciudadanos en cuanto a usuarios de los servicios sanitarios, recogándose en cuerpos legales los derechos y deberes de estos como derechos subjetivos, exigibles ante un juez o tribunal. Dichas disposiciones se rigen esencialmente por el principio de autonomía de las personas, de modo que se reconoce la legitimidad plena del individuo, mayor de edad y plenamente capaz, para poder intervenir en el proceso asistencial, debiendo ser informado y dando su consentimiento en cuanto a las medidas a tomar. Pero no sólo al plenamente capaz, sino que en materia de información y consentimiento informado, también el paciente-usuario con sus facultades parcialmente mermadas, debe ser incorporado en ese proceso en la medida de sus posibilidades y hasta donde sea eficaz su participación, complementán-

dose su déficit de competencia con los familiares o personas vinculadas al paciente.

En este contexto aún puede darse un paso más en el reconocimiento y legitimación de la autonomía del paciente, mediante un instrumento que da posibilidad a la persona de tomar decisiones, con carácter previo, sobre la asistencia o trato que desea recibir, en un contexto médico, para ser aplicadas cuando ya no tenga capacidad alguna para intervenir por sí mismo. Se trata de las “voluntades anticipadas” o “instrucciones previas”, popularmente conocidas como “testamento vital”, que en España fueron reguladas hace ya 10 años.

Dado que se trata de algo novedoso para muchos países, a menudo desconocido incluso por los profesionales sanitarios, parece esencial en este trabajo entrar en su análisis descriptivo.

2 Antecedentes y fundamento de las “voluntades anticipadas”

Los antecedentes de las Voluntades Anticipadas (VA) debemos buscarlos en Estados Unidos, en los años 70, cuando empieza a hablarse de “*living will*” o “*advanced directives*” –traducido inicialmente al castellano como “testamento vital”–, para identificar aquel instrumento mediante el cual el paciente puede dejar por escrito su voluntad para cuando llegue el momento de no poder expresarla, en cuanto al tratamiento médico a recibir en la última etapa de su vida. Concretamente, este instrumento fue impulsado por aquellos colectivos que defendían el derecho a una muerte digna, como contraposición al encarnizamiento terapéutico practicado mayoritariamente como medicina defensiva, aplicando tratamientos desproporcionados y fútiles a pacientes que no podían ya beneficiarse de ellos y en cambio sufrían un alargamiento innecesario de la fase final antes de la muerte. Las distintas propuestas de este tipo de documentos establecían mayoritariamente la figura del representante legal o fiduciario del paciente, elemento que ha sido también recogido por la legislación española, tal como después analizaremos.

El fundamento de las VA es pues el respeto y la promoción de la autonomía del paciente, que se prolonga aun cuando este, con motivo de su enfermedad, no puede decidir por sí mismo encontrándose en una situación de máxima vulnerabilidad. En este documento, que dirige a su médico responsable, deja constancia de sus deseos y valores para así influir en las decisiones futuras que le afecten. La expresión de estas VA debe ser en la medida de lo posible fruto de un proceso reflexivo de acuerdo con los valores personales de cada uno, pero también dando la posibilidad de insertar esta reflexión dentro de la relación con el médico, sirviendo a su vez de ayuda para la mejora de la comunicación entre profesional y paciente.

Podemos afirmar, pues, que las VA cumplen dos cometidos básicos:

- Respetar la autonomía del paciente, considerando esta prioritaria por encima de criterios profesionales o familiares que pueden no ser coincidentes y tiendan a la aplicación de medidas no deseadas por él.

- Hacer al paciente corresponsable de su proceso terapéutico, legitimando sus decisiones tomadas anticipadamente para ser aplicadas en su momento. En este sentido podríamos entender pues que el paciente entra a compartir esta responsabilidad junto con el equipo profesional que debe actuar, reforzando la validez de la decisión tomada, si está en consonancia con lo expresado en el documento, incluso cuando la decisión pueda ser contraria al parecer de la familia o personas allegadas.

3 Concepto y requisitos formales

Tomando a modo de ejemplo la regulación de esta figura en la Ley española 41/2002 de Autonomía del Paciente:

Por el documento de instrucciones previas una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente sobre los cuidados y el tratamiento de su salud [...] El otorgante del documento puede además designar un representante para que sirva como interlocutor con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas [...] No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, ni a la "lex artis" ni aquellas que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto al tiempo de otorgarlas.

De este concepto se desprenden unos elementos esenciales:

- 1 Que las voluntades consten en un documento escrito: Mayoritariamente se expresarán en un documento específico por escrito, si bien ello no significa que si no hay documento, a pesar de tener constancia clara de la voluntad de un paciente que lo ha verbalizado reiteradamente, no deba atenderse. Si reducimos el valor de las VA al papel escrito desvirtuamos su sentido. La recomendación del documento escrito es sólo una medida de garantía jurídica, pero ética y moralmente el valor de las manifestaciones del paciente, hechas en plena capacidad, debe ser el mismo exista o no documento por escrito, y deberían regir la actuación profesional en cualquier caso y la toma de decisiones de su representante o de los familiares. A tal fin, es conveniente recoger en la historia clínica las pertinentes anotaciones respecto a las preferencias o demandas realizadas por el paciente sobre determinadas actuaciones o medidas terapéuticas.
 - 2 Persona mayor de edad, capaz y libre: tres requisitos en una misma formulación.
- A En cuanto a la mayoría de edad, se exigen los 18 años, a pesar de que para otras decisiones sanitarias, la ley española reconoce capacidad de decisión a partir de los 16 años.
- B Capacidad suficiente, sin que se concrete cómo debe medirse dicha capacidad y a quién corresponde hacerlo. Por lo pronto, parece que no les sería exigible a la persona o personas ante quien se otorgue el documento, salvo que sea el propio profesional con criterio para valorarla.

- C Respecto a la “libertad” en el otorgamiento, necesariamente debemos entenderla como ausencia de coacción o persuasión externa, que provenga de terceros.
- 3 En cuanto a los requisitos formales: La norma aquí comentada no establece requisitos formales específicos, más allá de que deben constar por escrito, y queda a la regulación específica que quiera hacerse el concretar si podrá otorgarse el documento en forma privada, con testigos o ante cualquier otro funcionario o fedatario público (notario).

4 ¿Qué nos dice un documento de voluntades anticipadas (DVA)?

Si bien el objetivo primordial del DVA es el de concretar la voluntad del otorgante respecto al tratamiento médico que desea recibir cuando no esté en condiciones de hacerlo, dicha voluntad puede revestir diversas formas. A pesar de que cada documento debe ser único, por cuanto responde a la voluntad de su otorgante que lo adaptará a sus valores personales y a su situación presente o futura de enfermedad, si pueden recomendarse unos contenidos básicos que se concretarían en:

- Los criterios a tener en cuenta, donde deberían figurar los valores del otorgante y sus expectativas personales en cuanto a su vida y calidad de vida.
- La descripción más o menos exhaustiva de las situaciones sanitarias en las que prevé encontrarse el otorgante y frente a las cuales establece determinadas instrucciones y límites (enfermedad irreversible en fase avanzada o terminal, estado vegetativo persistente, demencia grave, etc.)
- Instrucciones y límites a tener en cuenta por los profesionales que deban atenderle, en cuanto a la adopción de una medida (Por ejemplo, tratamiento para mitigar el dolor físico o psíquico) o no adopción de otras (como la reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica, nutrición e hidratación artificial, aplicación de métodos experimentales, etc.) Este apartado puede ser más concreto cuanto más detallada sea la información sobre probabilidades evolutivas de la enfermedad.
- Designación de un representante. Esta figura, que puede o no ser incluida en el DVA, puede tener una importancia básica y en este sentido entiendo que es recomendable su inclusión. En esencia, el cometido del representante es no sólo servir de interlocutor válido con el equipo responsable del paciente en el momento en que deban aplicarse las voluntades anticipadas, sino también actuar como un auténtico fiduciario de éste, en el sentido de que su mediación sea decisiva en la toma de decisiones igual que si se tratase del propio paciente, siempre que no vaya contra su voluntad. Por ello, la elección del representante debe hacerse con seriedad, reflexionando bien qué persona, con la que exista una relación de plena confianza, es la mejor concedora de los valores y principios del otorgante, garantizando

que llegado el momento decisivo será capaz de defender la voluntad del paciente incluso contra el criterio médico o de familiares que pretendan evadirla.

- Otras disposiciones: el DVA puede también recoger otras disposiciones relacionadas con el otorgante. Algunas de ellas referidas a la posible utilización o destino de sus órganos o cuerpo después de fallecido (donación de órganos, incineración o no, etc.) La voluntad respecto a la donación de órganos es muy importante que sea conocida a fin de adoptar las medidas necesarias para la adecuada preservación de los órganos aprovechables hasta su extracción.

5 Eficacia y límites del DVA

Respecto a la eficacia de este tipo de documentos, en primer lugar destacar la importancia de que la persona que haya otorgado un DVA se preocupe de darlo a conocer no sólo a su familia o personas allegadas sino a su médico de cabecera, centro de salud y centro asistencial u hospitalario donde sea atendido habitualmente, a fin de que sea incorporado a su historia clínica. A partir de ahí, es responsabilidad de los propios centros arbitrar los mecanismos o circuitos internos a fin de que dicho documento sea incorporado a la historia clínica de forma visible y fácilmente localizable para cuando llegue el momento de aplicarlo (por ejemplo: en las historias clínicas informatizadas, mediante un aviso que aparezca en pantalla en cuanto se accede a dicha historia). Así mismo, el centro puede establecer un procedimiento de recepción y revisión de estos documentos (a través de las Unidades de Atención al Usuario) a fin de verificar el cumplimiento de los requisitos formales legalmente exigidos en cada caso y darles el cauce adecuado.

No obstante, simultáneamente es aconsejable proceder a la inscripción de dicho documento en un registro administrativo centralizado, si existe, a fin de facilitar su localización incluso cuando el paciente deba ser atendido en un centro distinto del suyo habitual. En este sentido, en España las distintas normativas autonómicas han previsto la creación de dichos registros (en Cataluña, el Registro de Voluntades Anticipadas funciona ya desde el año 2002 y cuenta con casi 40.000 documentos inscritos). Está previsto normativamente que dicha inscripción pueda realizarla el propio otorgante, y también a través de otros procedimientos –por ejemplo, si el documento es notarial, la propia Notaría remite copia al registro, o si el documento es privado, el propio centro asistencial puede mandar dicha copia–.

Respecto a la consulta por parte de los profesionales, en primer lugar deberá acudir a la historia clínica del paciente, si consta que tiene depositado un DVA. En caso contrario puede accederse al registro administrativo. En Cataluña se ha implementado un mecanismo de acceso al mismo, de modo que puede acceder cualquier médico colegiado, mediante un acceso electrónico a través de internet, con código de acceso personal para cada profesional, disponible las 24 hrs. del día, 365 días al año, quedando constancia del documento consultado, quién y en qué fecha y hora. El profesional puede tener acceso a su contenido íntegro, pudiendo conocer, en pocos minu-

tos, las voluntades del paciente, disponiendo de una información esencial ante la toma de decisiones vitales para el paciente.

Respecto a esta cuestión, y dado que son diversas las comunidades autónomas en España que disponen de un registro administrativo, se creó en 2007 un registro central en el Ministerio de Sanidad a fin de garantizar la interconexión simultánea de todos ellos en aras a una mayor eficacia en todo el territorio nacional. Sin embargo, este registro central no acaba de cumplir su objetivo por dificultades de funcionamiento.

En cuanto a los límites de los DVA, según la previsión normativa en España, serían:

- A Que las voluntades anticipadas no contengan disposiciones contrarias a la ley.

Parece obvio que el legislador establezca esta limitación, pues no tendría sentido que se legitimase un documento donde el paciente pidiese a su médico que actuara contra la legalidad. Esencialmente, el sentido de dicho límite se encuentra en evitar la inclusión de la petición de eutanasia: entendida como la conducta que causa, activamente con actos directos y necesarios, la muerte de otra persona, a petición expresa de ésta (Código Penal vigente: art. 143.4).

En cambio, la petición de iniciar un tratamiento paliativo del dolor aun cuando el mismo acorte el breve tiempo de vida que le queda al paciente, o bien la petición de retirada o no inicio de un tratamiento fútil y desproporcionado, incluso cuando sea de soporte vital, en el contexto jurídico español no serán consideradas como peticiones contrarias a la ley y los profesionales pueden atenderlas sin temor a incumplir la legalidad. Es más, el llevarlas a cabo dando cumplimiento a la voluntad del paciente y a su vez existiendo una clara indicación médica para ello debe ser entendido como buena práctica clínica y es éticamente exigible.

- B Que las voluntades anticipadas no contengan disposiciones contrarias a la “*lex artis*”. Esta previsión entraña el riesgo de que quien define “*lex artis*” es el profesional, y si éste interpreta que la demanda del paciente no se ajusta a su concepto de buena práctica, la previsión legal le otorga la posibilidad de no cumplirla. En decisiones de negativa o rechazo a tratamientos que el facultativo puede considerar necesarias y útiles, a pesar de la voluntad del paciente, el documento podría no ser aplicado. A mi entender, este límite a las VA debe ser interpretado muy restrictivamente y ajustándolo a los criterios de buena práctica consensuados en protocolos o guías por especialidades o servicios. Así evitaremos interpretaciones arbitrarias en las que la valoración individual del profesional pueda imponerse vulnerando la autonomía del paciente.
- C Que las instrucciones no se correspondan con el supuesto de hecho que el paciente ha previsto al tiempo de otorgarlas. La exigencia de tal correspondencia es excesiva, puesto que se pretende introducir un componente de identidad en las previsiones muy difícil de darse

incluso en los supuestos de pacientes con enfermedades ya diagnosticadas y de evolución conocida. En muchos casos la situación que se planteará no coincidirá de forma clara con la previsión hecha por el paciente, lo que requerirá una interpretación. Una vez más, se pone de manifiesto la importancia de la figura del representante para esa tarea de interpretación de los deseos del paciente conforme a sus valores y preferencias que el representante puede conocer mucho mejor que el profesional. En su defecto, o incluso con su concurrencia, insisto en la tarea a realizar por el Comité de Ética Asistencial o el consultor del centro, en aras a que se respete al máximo la voluntad del otorgante.

6 Aspectos positivos y dificultades de las voluntades anticipadas

Tal como ya se ha dicho anteriormente, a través de las voluntades anticipadas o instrucciones previas se protege y respeta la autonomía del paciente ya que de algún modo se hace presente en la toma de decisiones en los momentos de su máxima vulnerabilidad, evitando que otros decidan por él. Además, si estos documentos se elaboran de forma consciente y reflexiva, en diálogo con el médico o profesional responsable, en especial en pacientes que ya tienen un diagnóstico concreto o sufren alguna enfermedad, sirven para aumentar el conocimiento de la propia enfermedad y fortalecen la relación de confianza médico-paciente, permitiendo conocer sus valores éticos y facilitando la interpretación de sus deseos cuando llegue el momento.

Por otro lado, en situaciones críticas (por ejemplo, cuando debe acordarse una limitación terapéutica) facilita la toma de decisiones, descargando de angustia a la familia y también al equipo terapéutico y disminuye los tratamientos no deseados. Por último, tener elaborado este documento, supone un alivio del estrés para el paciente y su entorno, así como también de los profesionales que le atienden. Estos, deben ver este instrumento como una herramienta de ayuda y apoyo en la toma de decisiones críticas, que debe darles seguridad jurídica y tranquilidad ética.

A pesar de todos estos aspectos positivos, son muchos también los elementos difíciles que surgen alrededor de la aplicación de las voluntades anticipadas y las dudas que se suscitan entre los profesionales.

La primera dificultad es la falta de cultura social y profesional respecto a estos documentos puesto que están muy poco difundidos y son aún de conocimiento muy minoritario, incluso entre los profesionales sanitarios. Si aún estamos luchando por instaurar el respeto a la autonomía del paciente competente, mediante la correcta aplicación del consentimiento informado y todas sus derivadas, introducir el concepto de voluntad anticipada parece complejo. Habrá que ir creando la motivación y sensibilidad necesaria a todos los niveles, a fin de que por un lado exista demanda del paciente-usuario en su contexto de salud, y por otro lado interés entre los profesionales haciendo que visualicen estos documentos como algo útil en la toma de decisiones. De este modo, ellos mismos podrán ser incluso agentes proactivos entre sus pacientes, en especial aquellos con un perfil más idó-

neo para otorgar un DVA (pacientes crónicos, enfermedades degenerativas, etc.) cuando aún conservan su competencia plena.

En segundo lugar, se discute conceptualmente si realmente puede existir una voluntad anticipada, y si ésta debe entenderse válida y vigente quizás mucho tiempo después de haber sido otorgada. El argumento es que la persona cambia y genera dudas saber si la opinión del paciente, en caso de verse en la situación en la que se plantea una toma de decisiones, habría variado respecto al tiempo en que otorgó el DVA. Atendiendo a este criterio algunos países han establecido períodos de validez determinados, transcurridos los cuales el DVA pierde vigencia y por tanto aplicabilidad. Sin embargo, un análisis a fondo de esta cuestión parece que haría innecesaria esta limitación temporal, por otro lado arbitraria ya que no se basa en ningún criterio relacionado con la salud de la persona sino en un parámetro meramente cronológico (¿debe caducar el DVA a los 5 años... o a los 3?). Si partimos del hecho que otorgar un DVA es un acto de responsabilidad individual y con trascendencia vital sobre la persona, debemos considerar que el otorgante velará por cambiar ese documento si en su vida se dan circunstancias que así lo justifican (por ejemplo, un diagnóstico de enfermedad sobrevenido). De no ser así no parece haber razón para dudar de la vigencia del documento por más tiempo que haya transcurrido desde su otorgamiento hasta su aplicación.

Siguiendo este criterio, la normativa española ha establecido una validez indefinida de las VA, si bien pudiendo revocarse o renovarse en cualquier momento por el propio otorgante.

Otra cuestión esencial es la relativa a las dificultades de su aplicación en situaciones con corto margen de tiempo para actuar (urgencias, unidad de críticos, etc.), y que en muchos casos impedirán poder realizar una consulta al documento, si existiese. Sin embargo, también esta dificultad es salvable si se arbitra un mecanismo adecuado de rápida y fácil identificación de los documentos, cuando los haya, en la Hª Cª del paciente. Otra cuestión es que el profesional adquiera el hábito de realizar tal consulta, pues la práctica más habitual es que no se revisa la posible existencia de un DVA a no ser que sea advertido por algún familiar o persona cercana al paciente.

Por último, destacar los posibles problemas de interpretación de las voluntades, respecto a la situación que presenta el paciente cuando recurrimos a ellas. Tal como se mencionaba, no es fácil que la situación descrita sobre el papel sea la misma que se plantea, siendo muy importante entonces la interpretación de esa voluntad en el contexto global del paciente y contando con sus valores. El protagonismo del representante designado, si lo hay, será esencial y en su defecto, el papel de la familia o personas vinculadas al paciente que ayuden al profesional a tomar la decisión más ajustada a su voluntad. En caso de dudas importantes es recomendable la consulta al Comité de Ética o al consultor del centro.

7 Necesidad de su desarrollo normativo

Todo lo referido acerca de las voluntades anticipadas requiere de un marco

Centro de Investigación CIECAL, CIECM-CICUSXXI / *Revista Vectores de Investigación* 5
 normativo que lo ampare y desarrolle para dar seguridad jurídica a los pacientes y a los profesionales. Si no se dispone de ese marco, difícilmente conseguiremos introducir un concepto que es nuevo y ajeno a los patrones culturales de la práctica clínica en muchos países, y que sin amparo legal puede ser visto como una actitud de riesgo en la toma de decisiones, que conlleve enfrentamiento con las familias y miedo a posibles denuncias. Sería deseable, pues, que la regulación de los derechos de los pacientes amparase y diese legitimidad a este tipo de documentos, promoviendo su uso y su aplicación en el contexto clínico en un paso más por el respeto a la autonomía de la persona.

BIBLIOGRAFÍA

- BARRIO, Inés, SIMÓN, Pablo, JÚDEZ, Javier (2004) “De las voluntades anticipadas o instrucciones previas a la planificación anticipada de las decisiones”, *Nure Investigación*, N° 5, Mayo.
- COMITÉ DE BIOÉTICA DE CATALUÑA (2009) Consideraciones sobre el documento de voluntades anticipadas (Barcelona, 2009), http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Ciudadania/La%20salut%20de%20la%20A%20a%20la%20Z/V/Voluntats_anticipades/documents/arxiu/Consideraciones_anticipadas.pdf.
- COUCEIRO, Azucena (2007) “Las directivas anticipadas en España: su contenido, límites y aplicaciones clínicas”, *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 22, N° 4, 213-22.
- LEY 41/2002 de 14 de Noviembre (2002) “Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica”, *Boletín Oficial del Estado*, N° 274.
- SIMÓN, Pablo (2004) *¿Quién decidirá por mí?*, Madrid, Triacastela.
- TERRIBAS, Nuria (2005) “Las voluntades anticipadas y su utilización práctica en un paciente terminal”, *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, vol. 12, N° 1, 84-90.
- (2006) “¿Cómo se elabora un documento de voluntades anticipadas?”, *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, vol. 13, N° 7, 354-7.

**MODELO ORIENTATIVO DE DOCUMENTO DE
VOLUNTADES ANTICIPADAS**

Antes de llenar este documento debería buscar la ayuda y orientación de un profesional con el fin de valorar el alcance de sus decisiones. Los apartados I, II, y III deben entenderse como complementarios y sucesivos, ya que sin la especificación de los principios y las situaciones sanitarias a las que se hace referencia en los apartados I y II, las instrucciones del apartado III no tienen sentido.

Yo,....., mayor de edad, con el DNI núm.y con domicilio en, calle....., núm., con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar,

Expreso las instrucciones que quiero que se tengan en cuenta sobre mi atención sanitaria cuando me encuentre en una situación en que, por diferentes circunstancias derivadas de mi estado físico y /o psíquico, no pueda expresar mi voluntad.

I. CRITERIOS QUE DESEO QUE SE TENGAN EN CUENTA

Para mi proyecto vital la calidad de vida es un aspecto muy importante, y esta calidad de vida la relaciono con unos supuestos que, a modo de ejemplo, podrían ser los siguientes:

- La posibilidad de comunicarme de cualquier manera y relacionarme con otras personas.
- El hecho de no sufrir dolor importante ya sea físico o psíquico.
- La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo para las actividades propias de la vida diaria.
- No prolongar la vida por sí misma si no se dan los mínimos que resultan de los apartados precedentes cuando la situación es irreversible.
-

En caso de duda en la interpretación de este documento, quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante.

II. SITUACIONES SANITARIAS

Quiero que se respeten de forma genérica los principios mencionados en el apartado anterior, en las situaciones médicas como las que se especifican a continuación, pero también en otras análogas:

- Enfermedad irreversible que tiene que conducir inevitablemente en un plazo breve a mi muerte.
- Estado vegetativo persistente.
- Estado avanzado de la enfermedad de pronóstico fatal.
- Estado de demencia grave.
-

III. INSTRUCCIONES SOBRE LAS ACTUACIONES SANITARIAS

Teniendo en cuenta lo anteriormente señalado, y de acuerdo con los criterios y las situaciones sanitarias específicas, implica tomar decisiones como las siguientes:

- No prolongar inútilmente de manera artificial mi vida, por ejemplo mediante técnicas de soporte vital -ventilación mecánica, diálisis, reanimación cardiopulmonar, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial-.
- Que se me suministren los fármacos necesarios para mitigar al máximo el malestar, el sufrimiento psíquico y dolor físico que me ocasiona mi enfermedad.
- Que sin perjuicio de la decisión que tome, se me garantice la asistencia necesaria para procurarme una muerte digna.
- No recibir tratamientos de soporte y terapias no contrastadas, que no demuestren efectividad o sean fútiles en único propósito de prolongar mi vida.
- Si estuviera embarazada y ocurriera alguna de las situaciones descritas en el apartado II, quiero que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre que eso no afecte negativamente el feto.
-
- Igualmente, manifiesto mi deseo de hacer donación de mis órganos para trasplantes, tratamientos, investigación o enseñanza.

IV. REPRESENTANTE

De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 21/2000, designo como mi representante para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario que me atenderá, en el caso de encontrarme en una situación en que no pueda expresar mi voluntad, al Sr./Sra., con el DNI núm....., con domicilio en, calle..... núm....., y teléfono

En consecuencia, autorizo a mi representante para que tome decisiones con respecto a mi salud en el caso de que yo no pueda por mí mismo.

- siempre que no se contradigan con ninguna de las voluntades anticipadas que constan en este documento.
- Limitaciones específicas:
-
-
-

Fecha

Firma

Representante alternativo o sustituto

Nombre y apellidos

Dirección

Teléfono

Fecha

Firma

V. DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Los abajo firmantes, mayores de edad, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción ni duda en su decisión.

Asimismo los firmantes, como testigos, declaramos no mantener ningún tipo de vínculo familiar o patrimonial con la persona que firma este documento.

Testigo primero

Nombre y apellidos

DNI

Dirección

Firma

Fecha

Testigo segundo

Nombre y apellidos

DNI

Dirección

Firma

Fecha

Testigo tercero

Nombre y apellidos

DNI

Dirección

Firma

Fecha

VI. ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE (opcional)

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser el representante de....., en el caso de que este no pueda expresar sus directrices con respecto a su atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo a seguir las directrices expresadas en este documento por la persona que represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso que la persona a quien represento no pueda expresar por ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la parte que a mí me afecta.

Nombre y apellidos del representante

DNI

Firma del representante

Fecha

Nombre y apellidos del representante alternativo

DNI

Firma del representante

Fecha

VII. REVOCACIÓN

Yo,....., mayor de edad, con el DNI núm....., con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar, dejó sin efecto este documento.

Lugar y fecha,

Firma

