Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

El documento de voluntades anticipadas

Marco Antonio Broggi

Servicio de Neurología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

Desde hace un tiempo, cualquier iniciativa legislativa se inscribe en un esfuerzo por garantizar que los enfermos puedan apropiarse cada vez más de las decisiones que les afectan. En este sentido, debe verse la promulgación, en Cataluña[1], de una ley que en muchos aspectos va más allá de lo que procuraba nuestra Ley General de Sanidad de 1986. También hace tiempo que los profesionales hemos aprendido y asumido que nuestra actuación se legitima, no sólo basándose en nuestro conocimiento y pericia, sino también en la voluntad del paciente. Así nuestra actuación ya no es ni tan siquiera beneficiosa cuando no es respetuosa, por muy bien diseñada y efectuada que esté. Éste es un cambio muy importante a tener en cuenta en todo análisis.

La nueva ley ha querido, pues, dar un paso adelante y aumentar el respeto debido a la autonomía de las personas, aunque estén enfermas; ahora, incluso, aunque hayan perdido su capacidad volitiva. Así, uno de sus aspectos más novedosos, su artículo octavo, nos recuerda que la voluntad del paciente puede llegarnos expresada a través de documentos de voluntades anticipadas confeccionados previamente a la situación. Es lo que se ha llamado, a veces, testamento vital, testamento biológico o directrices previas o avanzadas. En el Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina del Consejo de Europa (CE), firmado en Oviedo en 1997, y en vigor en España desde el pasado año, ya se explicita esta posibilidad, y dice que: «serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente (…) por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad». La nueva ley se pone claramente en su estela y no hace más que desarrollar esta idea.

Las voluntades anticipadas, de hecho, son una extensión del consentimiento informado, una anticipación suya, la «última oportunidad»[2] de ejercer influencia en las decisiones, y a ello se debe que ambas fórmulas integren el mismo capítulo, cuarto, de esta ley, el que se titula «Respeto a la autonomía del paciente». Cuando se afirma que la necesidad de consentimiento tiene una excepción en el momento en que no hay capacidad del enfermo, no nos referimos a que el enfermo no tenga derecho a la decisión en este caso, sino a que no es capaz de expresar su voluntad y defenderla por sí mismo, y debe ser sustituido. Pero si el enfermo sí tuvo capacidad para prever y expresar su voluntad libremente y lo hizo con anterioridad y de forma fehaciente, esta voluntad deberá tenerse en cuenta y él podrá ser representado (no solamente sustituido) en la decisión que le interesa por quien haya designado (y que representa su sistema de valores)[3]. Éste sería el fundamento ético y jurídico de un documento así.

Correspondencia: Dr. M.A. Broggi.
Madrazo 88. 08021 Barcelona.
Correo electrónico: mabroggi@ns.hugtip.scs.es

Recibido el 2-5-2001; aceptado para su publicación el 19-5-2001

Med Clin (Barc) 2001; 117: 114-115

Es lógico que, ante una nueva posibilidad y de este calibre, surjan interrogantes sobre cómo ajustar texto y aplicación, y que a algunos les despierte esperanzas excesivas y a otros temores desmesurados[4].

La validez del documento se basa en que los requisitos de libertad, capacidad jurídica y competencia (o capacidad de hecho) del enfermo se garanticen mínimamente. Hacerlo ante notario es prueba suficiente. La ley reciente contempla, sin embargo, otra posibilidad: que se haga ante tres testigos, dos de los cuales no estén vinculados a él ni familiar ni patrimonialmente. Se ha pretendido, con ello, que puedan acceder pacientes con problemas de movilidad, de tiempo o de capacidad económica, pacientes ingresados que quieren expresarse antes de una intervención peligrosa o en el curso de una enfermedad progresiva. Es verdad que aún hay que diseñar límites para su validación, cauces que sean conocidos y, quizá, registros, pero es ya un documento de la historia clínica del enfermo y en ella deberá constar cuando exista.

En cuanto a la vinculación real de su contenido para el médico, por supuesto que puede variar: por la urgencia para decidir y la dificultad para analizar, por las divergencias entre las situaciones previstas y la presentada realmente, por el tiempo transcurrido desde que se redactó (aunque no hay caducidad), por el lenguaje que utiliza y sus posibles lecturas, por las renovaciones que ha sufrido, etc. De hecho, las dudas a las que hacemos referencia reflejan la complejidad de las situaciones, en las que ya tomamos decisiones cada día con mucha incertidumbre, a menudo dudando de la ayuda que pretendemos ofrecer. Un documento así puede ayudarnos a ayudar mejor. Obviamente no pueden seguirse voluntades que vayan contra el ordenamiento jurídico democráticamente promulgado; tampoco las que nos obligarían a actuaciones en contra de las buenas prácticas clínicas, que estuvieran, por ejemplo, claramente contraindicadas. Éste es el sentido de la norma, como lo es la del consentimiento informado: no se trata de que el enfermo indique él mismo sino de que escoja entre las opciones razonables. Pero el enfermo sí puede vetar una indicación nuestra, por razonable que nos parezca a todos,.y en este sentido el documento de voluntades anticipadas, como el de consentimiento informado, puede ser un límite nítido a nuestra actuación. Para violarlo pueden esgrimirse problemas de interpretación, pero no cabe pensar que una buena práctica pueda imponerse a un enfermo, porque una «buena práctica» ya no lo es si no respeta la voluntad del enfermo concreto, de la persona. Hemos visto que sí pueden surgir problemas de interpretación, sobre todo si la situación se aparta de la prevista (sin que pretendamos que deba preverse «exactamente», un adverbio excesivo), pero en el documento podemos encontrar indicaciones que nos orienten más que ahora y, además, nos brinda a menudo el apoyo de un representante. En las dudas o conflictos, los comités asistenciales de ética pueden constituir una ayuda colectiva muy valiosa, a modo de sesión clínica. La ley señala que, en estos casos difíciles, la decisión final deberá razonarse por escrito en la historia clínica.

Con lo que hemos afirmado podemos aconsejar que un documento de voluntades anticipadas debería contener tres apartados básicos. En el primero podrían intentar expresarse valores personales que se quieran defender, referidos a situaciones tipo, aunque resultaran indefinidas y lejanas, porque, a pesar de todo, orientan sobre el criterio personal de dignidad; el segundo podría contener especificaciones y límites claros para situaciones concretas, aplicable a enfermedades conocidas con información suficiente sobre el horizonte previsible, y el tercero, que por sí solo ya justifica el

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

documento, sería la designación de un representante, que puede ser un familiar (en este caso, privilegiándolo sobre los demás) o no (ya que la familia no siempre es la mejor representación en estos casos).

La introducción de una nueva práctica tan novedosa impone una información general y hace perentorio abrir un diálogo reflexivo entre profesionales, ampliándolo a las direcciones sanitarias y a otros colectivos, como notarios y enfermería. De este diálogo deberían surgir formas imaginativas de confección, de validación, de aceptación, de registro y de manejo de estos documentos. Y debería servir, asimismo, para recordar unas obligaciones de mínimos, plasmadas ya en la ley y, sobre todo, algunas recomendaciones para profesionales e instituciones para una buena práctica. Es decir, deberían aceptarse dos grados de cumplimiento, tal como recomienda Simón Lorda en el caso de consentimiento informado[5].

A continuación se adelantan algunas sugerencias que, si bien tienen su base en una ley de ámbito catalán, cabe recordar que el Convenio del CE es ya vigente en toda España y que, por tanto, los documentos de voluntades anticipadas deben aceptarse ya en todo el país.

Desde ahora los centros deben aceptar los documentos e incorporarlos al resto de documentación de la historia clínica del enfermo, quizá, incluso señalando ostensiblemente su existencia. Además, deberían informar del derecho a confeccionar documentos de voluntades anticipadas y sería recomendable que habilitaran una ayuda efectiva para su confección y validación, con asesoramiento médico, legal y notarial.

Los profesionales tenemos que aceptar los documentos realizados por nuestros pacientes e incorporarlos en su historia clínica. En el momento de la decisión, si el enfermo ha perdido su capacidad para decidir, debemos tener en cuenta sus especificaciones y personalizarlas, junto con su representante, de la forma más respetuosa posible, sin limitarnos a imponer prácticas protocolizadas y generales. Si por alguna causa legítima no siguiéramos las voluntades especificadas, se debe consignar razonadamente en la historia clínica. Estas serían obligaciones de mínimos, y por tanto no eludibles.

Pero, además, como buenos profesionales, deberíamos informar a los enfermos de lo que un documento así puede reportarles. A los que quisieran redactarlo deberíamos prestarles nuestra ayuda para definir situaciones futuras y alternativas, para las que pudieran concretar sus límites; además, deberíamos hacerlo lealmente, descubriendo sus necesidades, sus miedos y sus deseos. No seríamos, en cambio, un buen testigo. Deberíamos vigilar que el enfermo no esté coaccionado en su decisión, mal informado o mal aconsejado y que sea coherente con su escala de valores. Ante un enfermo portador de un documento ya confeccionado, deberíamos dialogar con él sobre sus particularidades, conocer su motivación, interpretar su contenido e incluso recomendarle que lo actualice si lo cree oportuno; además, deberíamos contactar con su representante antes de necesitarlo. Hasta qué punto el profesional deberá tener en cuenta los requisitos de validez es algo que deberemos decidir en el futuro[6].

Éstas serían sólo algunas de las servidumbres y de las sugerencias que pueden plantearnos los documentos de voluntades anticipadas. Deberíamos constatar que estos no complican las cosas: de hecho no son más que un reflejo de la complejidad actual que ya manejamos. Al contrario, estos documentos pueden ayudarnos a ser respetuosos con muchos de nuestros enfermos con más conocimiento, y con más respaldo real y legal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley 21/2000 de 29 de diciembre de 2000, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. DOGC n.º 3303 de 11/01/2001.
2. Gómez Rubí JA. Directrices anticipadas: la última oportunidad para ejercer la autonomía. JANO 2001; 1377: 70-71.
3. Couceiro A. Las voluntades anticipadas de los enfermos (I). JANO 2001; 1375: 98-99.
4. Monzón Marín JL. Formación y prudencia ante el testamento vital. Diario Médico. 2 de febrero de 2001; 2.
5. Simón Lorda P. El Consentimiento Informado. Madrid: Triacastela, 2000.
6. Broggi. MA. La nova llei catalana i els documents de voluntats anticipades. Annals de Medicina 2001. En prensa.