

LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO SANITARIO: Las voluntades anticipadas.

Dra. Mayte Echezarreta Ferrer.
Pfra. Titular de D° Internacional Privado.
Facultad de Derecho. Universidad de Málaga.
mtechezarret@uma.es

Resumen:

Estudio del marco jurídico de la autonomía del paciente en el ámbito sanitario desde la perspectiva internacional, estatal y autonómica, deteniéndonos principalmente en el valor de las voluntades anticipadas y en los documentos que las contienen.

Palabras claves: Voluntades anticipadas, directivas anticipadas, testamento vital, consentimiento informado.

1. A modo de introducción:

Los avances científicos han conseguido que la población viva hoy más tiempo y con una mejor calidad de vida. Frente al envejecimiento usual se alza hoy un envejecimiento que, denominan los expertos exitoso, que se define por la baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada, por un funcionamiento físico y cognitivo superior y por la implicación continua en actividades sociales, formativas y productivas. Tras esta introducción no podemos más que felicitar a los científicos y profesionales de la asistencia médica y social por sus logros y sentirnos orgullosos de vivir en la sociedad en la que vivimos que se esfuerza día a día por descubrir el elixir de la eterna juventud que nos permita vivir nuestra autonomía libremente y desarrollar nuestra personalidad cada vez durante más tiempo.

Sin embargo, es cierto también que el aumento de la longevidad, en algunas ocasiones, ha conllevado un aumento considerable de la población dependiente: "Es dependiente la persona que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tiene necesidad de una asistencia o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria (Consejo de Europa 1998). La dependencia es un fenómeno que en la actualidad no sólo afecta a Mayores avanzados sino también a niños, adolescentes y adultos fruto de la capacidad técnica de prolongarles la vida tras importantes deterioros derivados de enfermedades o accidentes. De aquí que cobren especial interés instituciones como los apoderamientos preventivos (1) o los trusts muy desarrolladas en otros países como Quebec, algunos Estados de Norteamérica, (2), Holanda..., mediante los cuales, son los propios sujetos los que libremente y en el pleno uso de sus facultades, expresan las directrices a tener en cuenta para el cuidado de su persona y de sus bienes y designan a un tercero interprete de las mismas en previsión de una situación en la que el individuo no pueda manifestarse plenamente descargándose así la Administración de justicia.

En el marco del conjunto de la dependencia (3), existen algunos casos extremos de prolongación de la vida mediante múltiples y complicadas intervenciones médicas denominadas de soporte vital. Son situaciones en las que el individuo tiene escasas o nulas posibilidades de percibir los beneficios somáticos, psíquicos o intelectuales de su entorno y en las que su personalidad, su capacidad de decidir y su autonomía han desaparecido prácticamente. Su cuerpo, su destino y su dignidad personal queda en manos de los familiares, amigos o allegados y de los numerosos facultativos que cumplen con su trabajo diario de mantener la vida con múltiples intervenciones médicas en una situación de incertidumbre de hasta donde llegar. Estas medidas de soporte vital se definen como toda intervención médica, técnica, procedimiento o mediación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o a proceso biológico causal (4).

II Apuntes sobre debates éticos preliminares:

Ante los rápidos progresos de la biología y la medicina y de la imperiosa necesidad de asegurar el respeto a los derechos humanos, en el Congreso mundial de Bioética de 2000 celebrado en Gijón, se formularon diferentes observaciones y recomendaciones. Entre ellas, el deber de garantizar el ejercicio de la autonomía de la persona y el respeto a la identidad y especificidad del ser humano y de su libertad para expresar su consentimiento tras una adecuada información. Se recomendó también la prolongación del debate ético sobre el final de la vida, con el fin de profundizar en el análisis de las diferentes concepciones éticas y culturales en este ámbito y de analizar las vías para su armonización (9). En este sentido, el Comité Científico de la Sociedad Internacional de Bioética acordó en dicho Congreso que, dentro del marco de las actuaciones médicas se encuentra la actividad de administrar a un paciente terminal, un tratamiento contra el dolor insufrible aún a costa de adelantarle la muerte y dejar de aplicar al enfermo un tratamiento de un esfuerzo terapéutico artificial e innecesario, que podría conducir al encarnizamiento. Definidas las actuaciones aceptadas dentro del marco de la actividad médica, se pasó a la definición de eutanasia que contó con la unanimidad de todos los miembros del comité científico: "Sólo existe un tipo de eutanasia y que consiste en una intervención activa y directa para provocar a un enfermo, generalmente con grandes sufrimientos y en fase terminal, la muerte que pide, libre, reiterada y razonadamente (10)". En similares términos se manifiesta la Conferencia Episcopal Española en su Declaración de 19 de febrero de 1998, aceptando las actuaciones médicas antes descritas frente a situaciones irreversibles y condenando la eutanasia que define en los siguientes términos: La actuación cuyo objeto es causar la muerte a un ser humano para evitarle sufrimientos, bien a petición de éste, bien por considerar que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna.

Finalmente el Código de ética y deontología médica de la organización médica colegial recoge principios éticos relacionados con el respeto a la libertad (Art. 8.4) y a la autonomía del paciente y sus obligaciones en los últimos momentos de la vida en los siguientes términos: Art. 27.2: El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables. 3. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de

ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.

Como conclusión podemos decir que la ética de la indicación médica camina guiada por cuatro principios: I. Beneficencia: el mejor plan terapéutico disponible para el problema de salud que presenta el paciente. II. Autonomía: aceptación o solicitud, por parte del paciente, de un determinado plan terapéutico tras una adecuada información. III. No-maleficencia: garantía de que no se somete a riesgos o perjuicios desproporcionados; exige el conocimiento de la contraindicación por interacciones o por condiciones del paciente: enfermedades concurrentes, alergias... IV. Justicia: referida a dos dimensiones: acceso y distribución de los recursos (siguiendo el esquema desarrollado por Ezequiel Emanuel en su artículo "Justice and Managed Care: Four Principles for the Just Allocation of Health Care resources" en el *Hasting Center Report* 30, n^o 3 (2000): 8-16) (11).

No debemos finalizar este planteamiento obviando la dinámica de la moral o la ética de las sociedades pluralistas como la nuestra. Sociedades en las que conviven grupos con distintos ideales de vida buena, con distintos modelos de felicidad y de autorrealización personal (12) que serían las éticas de máximos, cuyos modelos no deben ser impuestos sino que deben ser seguidos o no a voluntad del individuo. Cada individuo tiene y debe tener unos parámetros de vida digna y unas convicciones personales sobre la gestión de su muerte y de sus cuidados cuando estos dependan de terceros. Estos parámetros tienen y deben tener un alto componente personal y derivan de influencias culturales diferentes. Es lo que llamamos el conjunto de éticas de máximos en las sociedades derecho hacen acto de presencia para definir la arquitectura de los derechos individuales.

Los avances científicos nunca pueden conllevar merma de los derechos individuales consagrados a nivel internacional y estatal. La autonomía individual debe controlar estas situaciones incluso en los momentos en que no se posean las cualidades intelectuales y físicas necesarias para expresar la voluntad. Para ello, están empezando a adquirir carta de naturaleza en España las llamadas voluntades / directivas anticipadas o testamentos vitales que en una primera aproximación podríamos definir como los documentos en los que el interesado, en el pleno ejercicio de sus facultades mentales, dirige directamente al personal sanitario o a través de un representante al que apodera como interprete en la gestión de sus cuidados médicos ante una eventual pérdida o deterioro de las facultades mentales.

En dicho documento, la persona madura, consciente y responsable de sus actos, da instrucciones escritas a los médicos llamados a intervenir en el futuro y/o a familiares, amigos o allegados expresamente mencionados, sobre su voluntad respecto a la utilización, interrupción o retirada de procedimientos de mantenimiento de la vida en el supuesto de una situación terminal en que la muerte vaya a producirse de acuerdo con el razonable juicio del médico. De esta forma se evitaban situaciones en las que personas no deseadas puedan decidir por nosotros o, aunque deseadas, no decidan de acuerdo a nuestros parámetros morales y éticos de vida digna (5).

El origen de este instrumento lo podemos situar en 1938 a través de la fundación en EE.UU. de la "Euthanasia Society of America" (Sociedad de EE.UU. en pro de la Eutanasia), a la cual más tarde se le dio el nombre de "Society for the Right To Die" (Sociedad del Derecho a Morir) o SRD. De diferentes maneras, desde su fundación este grupo ha intentado legalizar la eutanasia en EE.UU. En 1967, después de varios años de inactividad, la SRD fundó un grupo asociado denominado "Concern for the Dying" o CFD. Este grupo se fundó con el objetivo de "educar" a la sociedad acerca de unos documentos legales, que los

pacientes podían firmar y que según Castaneda (6), surgieron como un instrumento diseñado por la CFD para promover la aceptación de la eutanasia. Como el público no estaba listo todavía para aceptar la idea, la CFD anticipó que este tipo de documentos podría gradualmente cambiar la opinión pública. Y así sucedió. Se empezaron a promulgar posteriormente múltiples leyes federales que regulan lo que allí se conoce con el término living will.

Similar trayectoria parece inspirar el proceso legislativo español. Lo podemos comprobar recientemente en los debates del proyecto de Ley de Ordenación Sanitaria que redacta el Gobierno de Cantabria donde Populares y regionalistas gobiernan en coalición. La coalición, ha conseguido que el PSOE retirara una proposición no de ley que había presentado en el Parlamento con el término "eutanasia pasiva", y aceptara finalmente una enmienda del PP y PRC para sustituirlo por "testamento vital y voluntades anticipadas". Rosa Inés García, portavoz del PSOE, se expresó en los siguientes términos: "lo importante no es la palabra o el lenguaje a emplear, sino el derecho de los pacientes cuando llega la muerte". Además, "se ha perdido mucho tiempo en España para dar respuesta a la inquietud por tener una muerte digna que han planteado numerosos ciudadanos y colectivos (7)".

Este nuevo instrumento jurídico que aparece para paliar los problemas que derivan de la imposibilidad física, mental e intelectual de prestar el consentimiento libremente a las intervenciones médicas, plantea una serie de problemas que bordean los límites éticos y jurídicos. Se debate sobre su carácter vinculante o no, sobre su naturaleza jurídica, sobre la legalidad del ejercicio de derechos personalísimos por terceros apoderados, sobre el marco penal en el que puede actuar la voluntad del individuo, sobre los requisitos de capacidad para otorgar el documento así como las exigencias formales para su validez, sobre las implicaciones de los particularismos jurídicos ante situaciones pluriconectadas etc. De todo ello, pretendemos tratar en las próximas líneas con el solo ánimo de dejar planteado el debate (8), pluralistas de la actualidad. De aquí que comencemos por negar la posibilidad de protocolizar la gestión de los cuidados sanitarios y de los límites de la vida mediante formularios de directivas anticipadas impuestos por las distintas administraciones sanitarias.

Junto a esta ética de máximos diferentes como decimos en las sociedades pluralistas como la nuestra, deben existir unos mínimos éticos de justicia, que deben exigirse socialmente e incorporarse a la vida compartida y en las instituciones y orientar la legislación positiva en su pretensión de justicia. A ese conjunto de éticos de mínimos compartidos ha dado en llamarse "ética cívica" y es el tipo de ética que deben asumir los organismos que pretenden ser expresivos de la conciencia moral social (13).

De aquí que para armonizar la ética de máximos de cada individuo y la ética cívica del lugar en que pretenda hacerse efectiva, cobren especial importancia las Comisiones y Asociaciones Nacionales e Internacionales de Bioética y los Comités de ética de las Instituciones públicas, que van descubriendo en su funcionamiento como un mínimo de acuerdos morales que traspasa las fronteras y va forjando una Bioética cívica transnacional (14).

En este sentido, se le está reconociendo cada vez más carta de naturaleza a las historias de valores como uno de los subgrupos de las directrices anticipadas o testamento vital frente a las órdenes parciales y los poderes de representación. Las historias de valores son la planificación anticipada de los cuidados. En la medida en que se conozcan los valores éticos o morales de un paciente más fácil será discernir la decisión final de éste. Con la

planificación anticipada de los cuidados, lo que se va haciendo es una especie de historia de tratamiento. Es decir, ante un enfermo crónico, el médico tiene que ir adelantándole lo que le va a suceder para que el paciente manifieste su voluntad: sería como un tratamiento a la carta (15). La carta de valores es el más eficaz instrumento de adaptación in casu de la ética de máximos y de la ética cívica y la mejor forma de evitar la protocolización de las voluntades de los individuos en la gestión de sus cuidados sanitarios que amenaza con imponerse en el futuro como ya se ha hecho con los demás sectores de la vida.

III Previsiones jurídicas:

1. Naturaleza jurídica de las voluntades anticipadas

Hace falta una estrecha relación con la práctica de las directivas anticipadas y un estudio en profundidad de las diferentes figuras jurídicas de perfiles adaptables al supuesto, para poder hallar la verdadera naturaleza jurídica de dicho documento. Sin embargo, el carácter general de este trabajo, no puede impedir una aproximación al respecto desde la perspectiva al menos del derecho español, sin perjuicio de otros trabajos de desarrollo y de mayor concreción.

Hemos apuntado antes, que dicho instrumento jurídico-ético encuentra su fundamento en vida del interesado, por lo que desechamos en primer lugar, recurrir a figuras testamentarias para denominar al tercero intermediario albacea sanitario o al propio documento como testamento vital pues, aunque con grandes similitudes encontramos sustanciales diferencias. Las figuras testamentarias son instituciones que adquieren eficacia jurídica a partir de la muerte del interesado y se constituyen para asegurar el cumplimiento de la voluntad del de cuius respecto a sus bienes principalmente pero nunca respecto a su persona.

Por otro lado, no cabe duda de que nos encontramos ante una institución protectora de la persona limitada al aseguramiento de su autonomía y de su libertad ante la injerencia de terceros en su integridad física, psíquica y moral que debe estar controlada y dirigida por el propio interesado en pleno ejercicio de sus facultades mentales. De aquí que aceptadas las similitudes con la institución tutelar tradicional, no se corresponda exactamente con la misma al derivar de ésta una representación legal en la que está ausente la auto composición de intereses propia de las directivas anticipadas y en la que se requiere una declaración de incapacidad judicial (arts. 216 y 55. CC.), innecesaria en principio para la ejecución de dichas directivas.

Sin embargo, esta auto composición de intereses a la que aludimos, estuvo presente en la tramitación parlamentaria de la ley 13/83, de tutela de 24 de octubre (16) en la que se propuso añadir un párrafo con el siguiente contenido "Cualquier persona, en documento público notarial, podrá adoptar, respecto de sí misma, las medidas prevenidas en el párrafo anterior". No obstante, fue rechazada pues se consideró que sería difícil determinar la validez de una disposición de estas características teniendo en cuenta la dificultad misma de concretar las secuencias de generación de la enfermedad. Por otro lado, se aludió a la inexistencia de una auténtica necesidad social que justificará su regulación (17). Sin embargo se alzan algunas voces que afirman que la misma articulación actual de la tutela, da esperanzas sobre la aceptación de esta posibilidad. Una persona podrá en documento público prever su tutela. Ello no significará que en caso de incapacidad, se den plenos efectos a lo

que en su día estableció, pero si que tal previsión podría ser tenida en cuenta por el juez y este podría designar como tutor a la persona deseada por vía del Art. 234 y 235. Se respetaría así, la libertad de la persona al hacer cumplir su voluntad (18).

A través de los numerosos trabajos de bioética, algunos ya citados y las intervenciones de los expertos en los foros mundiales e internacionales sobre la práctica de las voluntades anticipadas, podemos concluir que el documento otorgado por el interesado nunca va a contener un catálogo tasado de equivalencias entre circunstancias personales y prácticas médicas, algo que tan solo podría hacer un profesional de la medicina sin garantía tampoco de exactitud en el momento decisorio. De aquí, que estemos ante un documento en el que el individuo de manera libre y precedido de un intenso proceso de maduración junto a los profesionales o a personas de su confianza, expresa su concepto de vida digna y su voluntad en la gestión de su muerte.

Por tanto, el interesado lo que debe incorporar al documento son parámetros de subsistencia, es decir su ética de máximos que puede ir acompañada de una serie de ordenes parciales o de un poder de representación cuya función consistirá en adecuar dicha ética de máximos a las circunstancias del caso y que el médico finalmente terminará de adaptar a través de la ética cívica y la *lex artis*. Así por ejemplo, el paciente podrá expresar su deseo por un lado de no someterse a medidas desproporcionadas que puedan suponer ensañamiento terapéutico y también su deseo explícito de morir en su casa pero rodeado de toda su familia. En estos casos y si por su disfuncionalidad es necesario practicarle medidas de soporte vital hasta conseguir reunir a su familia dispersa en la distancia, el representante deberá valorar la situación en estrecha relación con el médico para autorizar la práctica de dichas medidas hasta cumplir la voluntad del poderdante o representado.

Salvo contadas ocasiones, lo habitual es que el paciente, no conozca exactamente ni las repercusiones personales de las técnicas de soporte vital, ni las circunstancias vitales, familiares y personales en las que se va a encontrar cuando ya no pueda decidir libremente. Por ello, resulta poco operativa algunas previsiones legales como la del Art. 8.3 de la ley catalana sobre los derechos de información concernientes a la salud y autonomía del paciente y documentación clínica de 2000 a la que nos referiremos posteriormente, cuando dice que se rechazarán aquellas previsiones que no se correspondan exactamente con el supuesto de hecho que el sujeto ha previsto en el momento de emitirlas.

De todo ello, podemos deducir que las directivas anticipadas son negocios jurídicos de mandato *sui generis* dirigidos al médico (de manera nominada o innominada), el cual será a la vez el apoderado para interpretar la voluntad del paciente o podrá compartir dicho poder de representación con una tercera persona designada por el paciente en el documento. El mandato estará limitado por los contornos constitucionales, penales y éticos, de aquí que el preámbulo de la ley catalana citada diga que las voluntades anticipadas son un elemento coadyuvante en la toma de decisiones, pero no concluyente por sí mismo, pues necesitará de un proceso de ajuste y adaptación ante el caso concreto.

Estamos, por tanto ante la figura del representante (a caballo entre la pura representación voluntaria y la legal) (19), entendido como aquél que asume la facultad de actuar y decidir (dentro de ciertos límites) en interés y por cuenta de otra persona (20) y no de la figura del nuncio pues la función del representante es activa y constructiva y no puramente instrumental como la de este último. De cualquier forma, como señala Díez Picazo, son muy escasas las consecuencias de la diferenciación de ambas figuras pues tanto el nuncio como el

representante estará ligado con el dominus negotii por una relación idéntica en ambas figuras jurídicas y a ambos se le exige al menos la capacidad jurídica y de obrar (21).

Otro problema sobre el que reflexionar es el de la legalidad del apoderamiento para el ejercicio por sustitución de derechos fundamentales considerados personalísimos y cuyo ejercicio, en principio, corresponde exclusivamente a su titular. Como apunta Díez Picazo, doctrinalmente se sostiene el especial carácter de este tipo de derechos, que son inalienables, inembargables e imprescriptibles, de donde el autor deduce con carácter general una absoluta regla de in admisibilidad de cualquier tipo de representación aunque con algunas excepciones admitidas consuetudinariamente de las que excluye expresamente los actos de disposición sobre el propio cuerpo (22). Sin embargo creemos que en los casos de extrema dependencia del paciente, la representación es de gran eficacia como instrumento de protección de la autonomía individual siempre que reúna las garantías necesarias para que sea expresión fiel de su voluntad.

Por otro lado, podemos comprobar otras previsiones legales como el derecho personalísimo a optar y a solicitar la nacionalidad española (arts. 20 y 21 C.C.) que podrá ser ejercitado por el representante legal en los casos de menores o incapacitados o en ley orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen (23), en la que no se apreciará la existencia de intromisión ilegítima en el ámbito protegido cuando estuviere expresamente autorizada por Ley o cuando el titular del derecho hubiere otorgado al efecto su consentimiento expreso (24) que en el caso de menores e incapaces deberá prestarse por ellos mismos si sus condiciones de madurez lo permiten, de acuerdo con la legislación civil. En los restantes casos, prevé la ley 1/1982, que el consentimiento habrá de otorgarse mediante escrito por su representante legal, quien estará obligado a poner en conocimiento previo del Ministerio Fiscal el consentimiento proyectado. Si en el plazo de ocho días el Ministerio Fiscal se opusiere, resolverá el Juez.

En esta línea también, nos encontramos con decisiones jurisprudenciales como la STC 311/2000 de 18 de diciembre, en la que se reconoce la legitimación activa de la tutora de una incapacitada para interponer una acción judicial de separación en virtud de los derechos a obtener la tutela judicial efectiva de los Jueces y Tribunales que reconoce el Art. 24.1 CE y del derecho a la igualdad del Art. 14 en relación 32.1 CE y con el Art. 49 CE en cuanto al tratamiento de los incapaces.

2. Perspectiva internacional y comunitaria

El respeto a la autonomía del individuo frente a las intervenciones médicas, se inserta en el marco jurídico general de valores y derechos individuales consagrados en los principales textos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 19 de diciembre de 1966 (Art. 7) junto a su Protocolo, la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, inhumanos o degradantes de 1948, el Convenio para la protección de los derechos y de las libertades fundamentales de 4 de noviembre de 1950 y, aunque aún no en vigor, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2000. Junto a estos textos de la más alta jerarquía normativa, debemos añadir otros esfuerzos reguladores del consentimiento mediante técnicas de soft law como algunas resoluciones Naciones Unidas sobre los enfermos mentales y la Declaración de la UNESCO sobre el genoma humano.

La vida, la integridad física y psíquica, la libertad, la igualdad, la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad etc. constituyen piezas clave de la arquitectura de los derechos que consagran los mencionados textos. Pero de todos ellos, queremos destacar el último, por el tratamiento integral que da a los derechos de los discapacitados y de las personas Mayores, colectivos en los que se plantean más frecuentemente la necesidad de intervenciones médicas y a los que la Carta dedica una especial atención (25).

Su articulado lo encabeza el respeto a la dignidad humana (Art. 1 La dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida), seguido del derecho de toda persona a su integridad física y psíquica y a decidir libremente una vez informado en el marco de la medicina y de la biología (Art. 3.1. Toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica. 2. En el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular: - el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas en la ley (...)]. Se prohíbe la tortura y los tratos inhumanos o degradantes (Art. 4) así como toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de (..) discapacidad, edad (...) (Art. 21). Se consagra finalmente el derecho a la libertad y a la seguridad (Art. 6). Dentro del grupo específico de las personas Mayores, la Carta reconoce el derecho de estas personas a una vida digna independiente (Art. 25) y referido al grupo de discapacitados, enfatiza sobre el respeto al derecho de estas personas a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía (Art. 26). Más específicamente referido a la exigencia de consentimiento ante intervenciones médicas, en el derecho europeo podemos encontrar algunos otros textos de diferente valor jurídico como Recomendaciones, Resoluciones y directivas (26).

En relación específicamente al consentimiento informado, concepto global en el que se insertan las voluntades anticipadas, debemos hacer mención a la Recomendación 1418 (1999) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en la que se acordó entre otros extremos : (...) XV. Asegurar que se respetará el rechazo a un tratamiento específico recogido en las directivas avanzadas o testamento vital de un enfermo terminal o persona moribunda . Por otra parte, se deben definir criterios de validez sobre la coherencia de tales directivas avanzadas, así como sobre la delegación en personas próximas y el alcance de su autoridad para decidir en lugar del enfermo. También se debe garantizar que las decisiones de las personas próximas que se subrogan en la voluntad del paciente -que habrán de estar basadas en los deseos expresados con anterioridad por el paciente o en presunciones sobre su voluntad-, se adoptan sólo si el paciente implicado en esa situación no ha formulado deseos expresamente o si no hay una voluntad reconocible. En este contexto, siempre debe haber una conexión clara con los deseos expresados por la persona en cuestión en un periodo de tiempo cercano al momento en que se adopte la decisión -deseos referidos específicamente al morir-, y en condiciones adecuadas, es decir, en ausencia de presiones o incapacidad mental. Se debe asimismo garantizar que no serán admisibles las decisiones subrogadas que se basen en los juicios de valor generales imperantes en la sociedad, y que, en caso de duda, la decisión se inclinará siempre por la vida y su prolongación.

Finalmente, en enero de 2000, entró en vigor para España el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina de 1997 (27). Su objetivo, entre otros, ha sido la protección de la integridad de la persona desarrollada mediante la máxima protección de su voluntad ante las intervenciones médicas entendidas no sólo como actuaciones preventivas, diagnósticas o curativas sino que atañe también a cuestiones relacionadas con la investigación científica (28) e incluso podríamos añadir con la gestión de la muerte en las situaciones límites. Este texto ha sido de especial importancia en esta maten

a ya que recoge por primera vez el valor de la voluntad del individuo expresada antes de perder sus cualidades físicas e intelectuales (Art. 9) y la obligación de respetar la voluntad de una persona a no ser informada (Art. 10.2) (29). Estos derechos individuales que consagra el Convenio reúnen las condiciones para ser directamente aplicables a diferencia de otras disposiciones que requieren la adopción de normas internas para ser efectivas (30), sin perjuicio de las previsiones de los arts. 26 y 27 respecto a una mayor protección de los derechos por parte de las legislaciones nacionales (31).

Como regla general, el Art. 5 del Convenio de 1997, exige el consentimiento libre e informado de la persona afectada ante cualquier intervención en el ámbito de la sanidad tras una información adecuada (32) acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sus riesgos y consecuencias. En el caso de una persona mentalmente discapacitada o también denominada por la ética persona incompetente para prestar el consentimiento, el Art. 6 exime de dicho requisito (salvo los casos de experimentos y extracción de órganos) cuando dicha intervención redunde en su beneficio con la excepción del Art. 17.2 referido a investigaciones que supongan un riesgo y carga mínima (33).

El Art. 9, otorga carta de naturaleza a las voluntades anticipadas por primera vez en el derecho español. Le reconoce el valor de elemento de juicio relevante para el facultativo, pero no lo hace vinculante (Art. 9 Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad). Es la expresión última del comúnmente denominado consentimiento informado.

En conclusión, a mi juicio, desde la perspectiva jurídica internacional, se encuentra claramente consagrado el derecho de todo ser humano a decidir libremente los límites de la intervención médico-sanitaria y a gestionar su muerte con el facultativo en los casos extremos en que éste sea el desenlace pronosticado ante las circunstancias irreversibles que se sufre (34). Por otro lado, el derecho no puede regular las decisiones médica-sanitarias a adoptar por el facultativo, sólo prescribe que no podrá suponer trato inhumano o degradante en correlación con los anteriormente mencionados principios de la ética médica de no maleficencia (lo primero no dalar) y beneficencia (procurar el bien) que deben ser aplicados a los fines mismos de la profesión médica: restaurar la salud, preservar la vida y aliviar el sufrimiento.

Cuando llegado el momento del ejercicio de una determinada práctica médica, el paciente no pueda expresar su voluntad consciente y libremente el facultativo deberá obtener la autorización de sus representantes jurídicos (Art. 6.3 del Convenio de 1997: Cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, una autoridad o una persona o institución designada por la Ley. La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización. 4. El representante, la autoridad, persona o institución indicados en los apartados 2 y 3, recibirán, en iguales condiciones, la información a que se refiere el artículo 5), debiéndose tomar en consideración los deseos del paciente de forma verbal o escrita La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización (Art. 6.3 in fine) bien tomando en consideración sus manifestaciones en el momento real o bien a través de sus directivas anticipadas si las hubiere (Art.9). Comprobamos que, desde la perspectiva internacional, el consentimiento por sustitución no puede recaer aleatoriamente en cualquier persona del círculo del paciente sino

en quién sea el representante legal del interesado. Dicho representante podrá venir determinado por la ley como en el caso de los padres respecto de sus hijos menores de edad, los representantes legales designados por el Juez tras un procedimiento de incapacitación o de protección de menores desprotegidos o por el propio interesado antes de perder sus cualidades mentales en documento escrito y con una serie de garantías formales regulado por el momento en España tan solo en determinadas Comunidades Autónomas como veremos posteriormente.

Este debate se ha planteado también en el seno de la Conferencia de La Haya con el resultado de la elaboración de un convenio aún no en vigor, destinado a regular, la protección de los adultos en situación internacional (nacionales con domicilio, residencia o simplemente presencia fuera del Estado de su nacionalidad), que en razón a una alteración o insuficiencia de sus facultades personales no puedan velar por sus intereses personales (35).

Este convenio tiene por objeto: 1º Determinar el Estado cuyas autoridades tienen competencia pura tomar medidas tendentes a la protección de la persona (incluidos tratamientos médicos y medidas relacionadas con la salud) o los bienes del adulto; 2º Determinar la ley aplicable por dichas autoridades en el ejercicio de su competencia y a la representación del adulto 3º Asegurar el reconocimiento y la ejecución de las medidas de protección en todos los Estados contratantes y 4º Asegurar la cooperación necesaria entre las autoridades para la realización de los objetivos del Convenio.

Entre los grandes debates del convenio uno de ellos lo protagonizaron los países nórdicos que trataban de eliminar del ámbito del convenio las medidas en materia de salud a lo que se opusieron una gran mayoría de delegaciones por considerar que materias como la eutanasia, la esterilización, el aborto o los ensayos de nuevos medicamentos parecían exigir más que ninguna otra la intervención tuitiva de las autoridades del Estado que designaba el Convenio y que no decidieran exclusivamente las autoridades del país de la presencia del paciente. Se llegó a un forzado compromiso por parte del Comité de salud creado ad hoc mediante el cual se incluyó un foro de competencia excepcional de las autoridades del Estado de la presencia del interesado que les permite adoptar todo tipo de medidas (incluyendo medidas médicas), con carácter transitorio, siempre que sean compatibles con las medidas adoptadas por las autoridades competentes según el convenio y después de haberles prevenido de su intervención (36).

Tal como ha sido adoptado el Convenio y en palabras de una de las representantes de la delegación española que presidió el Comité de salud, refleja un compromiso desigual entre los Estados participantes, en el que se han terminado imponiendo las tesis más protectoras de los derechos individuales frente a las visiones centradas en los intereses del grupo, sean estos de defensa de la tranquila convivencia social o se vinculen al logro de avances científicos (37). De cualquier forma, diferentes factores condicionan la ratificación por parte de España del mencionado Convenio y entre ellos, como ha puesto de relieve otra de las representantes de la delegación española en la Conferencia de La Haya, la posición de España en cuanto miembro de la Comunidad Europea y, en este sentido, es posible, por una parte, que la Comunidad recomiende la ratificación del Convenio o, por otra parte, que en virtud del polémico Art. 65 TCE decida tener un instrumento propio al respecto, teniendo en cuenta que la movilidad intra europea es la más importante (38).

3. Perspectiva estatal y autonómica

a. Marco constitucional

A diferencia de otras constituciones de nuestro entorno(39), no existe previsión alguna en nuestra Constitución que haga referencia expresa al consentimiento del individuo en el marco de la medicina y de la biología. De aquí que el enmarque de "las voluntades anticipadas" en la Constitución española lo debamos subsumir en el marco general de valores jurídicos fundamentales como el respeto a la libertad del Art. 1 y a la dignidad y al libre desarrollo de la personalidad del Art. 10. Asimismo, debemos hacer referencia también a los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral y a no sufrir torturas ni penas inhumanas o degradantes del Art. 15, a la libertad ideológica, religiosa o de culto del Art. 16 y a la intimidad personal del Art. 18. Finalmente, cobra una especial relevancia en este ámbito, la consagración del derecho a la igualdad del Art. 14, a la protección de la salud del Art. 43 y a que los disminuidos puedan disfrutar de todos los derechos constitucionales del Art. 49. Todos estos derechos, de primera y segunda generación, cuyo contenido se dibuja por una tensión entre derecho y moral (40), servirán de instrumento delimitador y decisorio para fundamentar las decisiones de los facultativos ante cada concreto (41).

En este contexto, las voluntades anticipadas aparecen como un instrumento de gran utilidad para el respeto a la libertad individual de decidir los límites de la injerencia de terceros en la vida y en el destino de las personas en el marco de una medicina que ya no responde a un modelo paternalista sino de decisión propia del paciente (42). Servirá también como instrumento de gran eficacia, en ocasiones, para la adopción de decisiones médicas que pudieran lesionar el derecho a la integridad moral entendido como el derecho de toda persona a recibir un trato acorde con su condición de ser humano libre y digno, a ver respetadas su personalidad y voluntad y a no ser rebajado o degradado a una condición inferior a la de persona (43). En este sentido la STC 120/1990, de 27 de julio, expresa que el Art. 15 del C.E. protege la inviolabilidad de la persona, no solo contra los ataques dirigidos a lesionar su cuerpo y espíritu, sino también contra toda clase de intervenciones en esos bienes que carezcan del consentimiento de su titular (44). La integridad moral aparece como un bien jurídico autónomo protegido en el delito de tortura frente a las agresiones que sin suponer un delito de lesiones o malos tratos, impliquen crueldad, brutalidad y provocación de sufrimientos físicos o psíquicos humillantes, vejatorios o envilecedores (45).

Es importante destacar también, que según el Art. 10.2 del texto constitucional, todos estos derechos, se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España. De aquí, que todos estos derechos deberán ser interpretados a la luz de los textos internacionales anteriormente mencionados y de la jurisprudencia que los ha interpretado. Por ello, seguimos concluyendo que existe suficiente base legal para reconocer valor a las voluntades anticipadas en el sistema jurídico español como instrumento de respeto a la voluntad y a los derechos del individuo en los casos en que llegado el momento no pueda manifestarse. La no aceptación de este tipo de documentos, supondría un grave atentado al principio de igualdad respecto a otras personas que en similares circunstancias puedan manifestar su voluntad respecto a las intervenciones médicas.

De otro lado, el fenómeno multicultural en el que nos vemos envuelto como profesionales y como ciudadanos, nos obliga a reflexionar sobre los derechos individuales de los extranjeros vinculados jurídicamente a otros ordenamientos. En este punto debemos seguir la

estela constitucional que ilumina por igual a españoles y extranjeros en el ámbito de los derechos fundamentales afectados tal y como reconocen las SS TC 107/1984(46), de 23 de noviembre, 15/1987 y 150/19940 la más reciente 13/2001, de 29 de enero de 2001 (47) Así, la libertad del paciente en el marco de su autonomía ya sea éste holandés, griego, catalán o andaluz, presidirá las actuaciones médicas de la sanidad española, siempre que dicha voluntad se encuentre dentro del marco jurídico penal español y de la ética de la práctica médica. Otro problema será el de la adecuación de la voluntad anticipada del paciente al momento real en que debe de operar o los requisitos jurídico-formales del documento de las voluntades anticipadas cuya regulación mencionaremos posteriormente.

b. Desarrollos legislativos

Descendiendo del texto fundamental a los desarrollos normativos más específicos, encontramos la ley 14/1986 de 25 de abril general de sanidad (48) cuyo Art. 10 comienza por reiterar los derechos fundamentales de especial trascendencia en el ámbito de la sanidad: Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical. De aquí, no podemos deducir una prohibición de discriminación en supuestos tasados tal y como aparenta, pues deberá ser interpretado a la luz de la Constitución cuyo Art. 14 incorpora una cláusula de flexibilización del siguiente tenor: o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. Por ello, la edad o la discapacidad, no puedan fundamentar ninguna actuación sanitaria discriminatoria del respeto a los derechos que consagra el precepto. Esta afirmación la podemos corroborar en las previsiones del Art. 1 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social del minusválido(49) Los principios que inspiran la presente Ley se fundamentan en los derechos que el artículo cuarenta y nueve de la Constitución reconoce, en razón a la dignidad que les es propia, a los disminuidos en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales para su completa realización personal y su total integración social, y a los disminuidos profundos para la asistencia y tutela necesarias.

En segundo lugar, el mismo Art. 10 de la ley de sanidad de 1986, consagra la autonomía del paciente ante las opciones que le presente el médico tras una información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento (50), es el conocido principio del consentimiento libre e informado (51). Cuando el interesado no esté apto para tomar decisiones, a diferencia del Convenio de 1997 en el que se exige la autorización de los representantes legales en los casos en que no pueda expresar su voluntad, la ley de sanidad de 1986 prevé que el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas, términos que un sector doctrinal ha calificado de imprecisos y conducentes a una gran inseguridad jurídica cuestionándose su constitucionalidad (52) y proponiéndose que sólo decida el paciente , su representante legal, la autoridad judicial o el médico amparado por el estado de necesidad (53) o en colaboración con los comités éticos (54)..

En la proposición de ley de 27 de abril de 2001 sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica, remitida por el Senado, se sigue haciendo referencia a la autorización de los familiares o personas a él allegadas para los casos en los que no exista incapacitación legal en los que deberá ser el representante legal . En similares términos pero con una redacción algo más confusa, se expresa la proposición de ley presentada por el grupo parlamentario mixto de 25 de mayo de 2001 de modificación del Art. 10 de la ley de sanidad. Estas mismas previsiones se

reproducen en la ley catalana de 21 de diciembre de 2000 en la que se diferencia al paciente que no sea competente para tomar decisiones porque atraviesa un estado físico o psíquico que no le permite hacerse cargo de su situación y el incapacitado legal y, finalmente, en la ley gallega de 28 de mayo de 2001 en la que se distingue entre incapacitados circunstanciales e incapacitados legales.

Una reflexión sobre este particular, nos sitúa ante los frecuentes casos en los que la práctica médica se enfrenta a la adopción de decisiones que por un lado no deben quedar fuera del control público por su gran trascendencia y dada la crisis de valores que padece la sociedad actual y por otro lado, quedarían obstaculizadas ante la necesidad de tener que iniciar un procedimiento de incapacitación y posteriormente otro de nombramiento de tutor o representante legal. Interpretar la voluntad del individuo respecto a situaciones de decisiva trascendencia respecto a los límites de vida cuando el interesado no puede manifestarse, resulta en ocasiones tortuoso y, por otro lado, tomar en consideración la opinión de familiares y allegados que quizás el interesado nunca hubiera elegido para sustituir su consentimiento, se compadece poco con el principio de autonomía. De aquí, que cobra especial interés en la actualidad el documento de voluntades anticipadas, donde es el propio interesado el que libremente elige a aquellas personas que sabrán traducir su voluntad en el caso que ésta sea requerida.

Desde mi punto de vista, la aparición por primera vez en España de esta figura jurídica en el Convenio de 1997 no ha supuesto la creación de un derecho nuevo sino tan solo la expresión formalmente documentada de la autonomía de la voluntad consagrada constitucionalmente como hemos visto anteriormente y una manera de fomentar y publicitar dicha práctica entre la población para así paliar los enormes problemas que en algunos casos plantea la prolongación artificial de la vida.

En el marco autonómico, contamos con el texto de la ley catalana sobre los derechos de información concernientes a la salud y autonomía del paciente y documentación clínica de 21 de diciembre de 2000 que bajo el concepto "voluntades anticipadas", reconoce el valor de referencia de la voluntad del individuo sobre determinadas actuaciones médicas de manera libre y plenamente capaz

Art. 8: 1.El documento de voluntades anticipadas es el documento, dirigido al médico responsable, en el que una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de manera libre, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias concurrentes no le permitan expresar personalmente su voluntad. En este documento, la persona puede también designar un representante, que será el interlocutor válido y necesario para el médico o el equipo sanitario, para que le sustituya en el caso de que no pueda expresar su voluntad por sí misma.

2. Ha de haber constancia fehaciente de que el documento se otorgó en las condiciones citadas en el apartado 1. A estos efectos, la declaración de voluntades anticipadas se ha de formalizar mediante uno de los procedimientos siguientes: Ante notario. En este supuesto no cabe la presencia de testigos. Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no han de tener relación de parentesco hasta el segundo grado con el otorgante ni estar vinculados con él por relación patrimonial.3. No se podrán tener en cuenta las voluntades anticipadas que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica, o que no se correspondan exactamente con el supuesto de hecho que el sujeto haya previsto a la hora de emitirlas. En estos casos se

ha de hacer la correspondiente anotación razonada en la historia clínica del paciente.⁴ Si hay voluntades anticipadas, la persona que las haya otorgado, sus familiares o su representante ha de entregar el documento que las contiene al centro sanitario en que el paciente es atendido. Esta documentación de voluntades anticipadas se incorporará a la historia clínica del paciente.

A este texto ha seguido el de la ya vigente ley gallega 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes y se encuentran en tramitación entre otras la ley extrema, la aragonesa, la cántabra y la andaluza que se manifiestan en similares términos.

Asimismo, desde la perspectiva estatal, ya hemos mencionado las dos proposiciones de ley que difieren en muchos aspectos y entre ellos en las formalidades del documento. La presentada por el Senado sigue las mismas formalidades de la ley catalana que hemos mencionado anteriormente, sin embargo, la presentada por el Grupo Parlamentario Mixto, parte de la exención del consentimiento en los casos de interrupción o no inicio de tratamientos que, dados los conocimientos médicos actuales se limiten a mantener de forma temporal o permanente una vida carente de conciencia de manera irreversible, o a asegurar la supervivencia de un recién nacido a costa de un uso masivo y permanente de los procedimientos o aparatos propios de la medicina intensiva siempre que el paciente, sus representantes legales o personas vinculadas no manifiesten una opinión en contra excepto en el caso de una opinión fundamentada del médico responsable. De otro lado, se prevé la solicitud por el paciente, sus familiares o personas vinculadas, de tratamientos a enfermos en situación terminal aunque comporten, de forma colateral, una reducción de la vida siempre que estén orientados a eliminar o mitigar graves sufrimientos no evitables de otra forma. Esta solicitud se podrá haber realizado anticipadamente y se requerirá para su validez que el documento sea otorgado ante notario y con validez máxima de cinco años.

Como podemos comprobar toda esta regulación de carácter formal cumple la función de añadir garantías al ejercicio de derechos personalísimos por personas incompetentes en términos éticos o incapaces en términos jurídicos. Sin embargo, el debate sigue abierto surgiendo una cascada de objeciones derivadas de la inseguridad sobre la casuística que hay detrás de la ejecución de un documentos de voluntades anticipadas (55). Objeciones referidas a la imprevisión por parte del interesado de la situación real en el momento en que deba hacerse efectiva su voluntad o de la ausencia de correlación entre circunstancias personales y prácticas terapéuticas previstas anticipadamente y las que realmente se susciten o, por similares problemas de adaptación entre las personas designadas anticipadamente como sustitutas o representantes y las que elegiría el / la interesado@ en el momento real etc. Todo ello conlleva que sólo el 10% de los pacientes de un país con gran tradición jurídica en este campo como EE.UU., hace uso de las voluntades anticipadas como ha puesto de manifiesto David C. Thomas, para el que dicho documento sólo alcanza toda su virtualidad cuando existe una verdadera confianza con el médico (56).

Obviar esta realidad, no sería más que una gran frivolidad. Sin embargo no por ella, el documento de voluntades anticipadas deja de ser un eficaz instrumento de respeto a la autonomía del paciente cuando su práctica se inserta en un marco de garantías que deben ser dispuestas por la Administración. Y estas garantías comienzan por poner en marcha programas de información y foros de debate con profesionales de la medicina, de la bioética, psicólogos, juristas etc. en los que, en momentos en los que aún no ha asaltado la enfermedad o el deterioro cognitivo, los ciudadanos puedan participar y reflexionar de manera natural y

paulatina sobre principios y valores que hacen acto de presencia en los momentos finales de la vida o en la gestión de la muerte. Debemos comenzar a concienciar de que somos mortales, desde que nacemos y por lo tanto finitos y "terminales". La muerte es parte de la vida, y debemos reflexionar de manera natural sobre nuestros derechos como seres humanos cuando estamos sanos y formarnos para saber elegir cómo vivir y cómo morir en una sociedad sustentada en dos pilares fundamentales: respeto y pluralismo, unidos a una ética de responsabilidad, pero también de convicción (57). Sólo así el documento podrá expresar los principios y valores sobre los que se sustenta la voluntad del individuo que con el paso del tiempo, el asalto de la enfermedad y el continuo y estrecho compromiso con el representante sanitario elegido, se irá concretando gradualmente y servirá sin reserva alguna a la expresión libre de la voluntad del individuo.

La gestión de la muerte no puede ser protocolizada mediante formularios impuestos por la administración o una determinada confesión religiosa, de aquí que urja una sensibilización ante este fenómeno, pues si el documento de voluntades anticipadas se convierte en un instrumento rutinario más o de mero trámite, suscrito en la última etapa de la vida o de una grave enfermedad, de manera improvisada y estandarizada y finalmente impuesta como una medida de exoneración de responsabilidad de los médicos y de familiares, está el campo cultivado para múltiples críticas desde la ética y del derecho.

El marco jurídico hasta ahora esbozado, alcanza un mayor grado de complejidad ante los frecuentes casos planteados ya en España por Mayores extranjeros, nacionales de países con previsiones legales diferentes a las nuestras y con voluntades anticipadas registradas en instancias sanitarias de administraciones extranjeras.

Esta complejidad se puede plantear también dentro del propio territorio español en cuanto al valor formal del documento, al haber una pluralidad de ordenamientos jurídicos autonómicos así como de administraciones sanitarias dependientes de las diferentes comunidades autónomas.

Desde la perspectiva de la práctica jurídica se nos plantean las siguientes preguntas: ¿Tienen eficacia las directrices anticipadas filera del territorio catalán, gallego, holandés o norteamericano?, ¿puede cualquier ciudadano español o extranjero otorgar un documento de voluntades anticipadas ante cualquier notario y que sean efectivas dentro y filera de Espada?, ¿Qué valor tiene en Espada un documento de voluntades anticipadas redactado ante autoridades extranjeras?. La complejidad de estos problemas no aconsejan resumir los planteamientos jurídicos sobre los que se sustentarían sus soluciones, de aquí que este trabajo sea objeto de una segunda parte de próxima aparición.

Conclusiones:

De este rápido recorrido por los principios éticos y jurídicos que sirven de arquitectura básica al documento de voluntades anticipadas podemos concluir las siguientes ideas:

1º Las directivas o voluntades anticipadas deben ser instrumentos jurídico-éticos mediante los cuales el interesado reflexiona y decide sus parámetros de vida digna, los valores a defender y su ética de máximos, incorporando o no previsiones generales terapéuticas ante situaciones personales globalmente consideradas. La reflexión personal debe comenzar en un

momento de plena, madura y saludable vida del individuo y el documento debe estar siempre vivo y en continuo debate por parte de los interesados, debiendo alcanzar cada vez un mayor grado de concreción conforme vayan surgiendo las enfermedades, debiéndose estrechar la relación entre el paciente, el médico y el representante en su caso hasta el momento final en que la decisión llegará de forma natural.

2° De todo ello, podemos deducir que las directivas anticipadas son negocios jurídicos de mandato sui generis dirigidos al médico (de manera nominada o innominada), el cual será a la vez el apoderado para interpretar la voluntad del paciente o podrá compartir dicho poder de representación con una tercera persona designada por el mismo en el documento o con los comités de bioética creados al efecto. Nos encontramos, por tanto ante la figura del representante, a caballo entre la pura representación voluntaria y la legal, entendido como aquél que asume la facultad de actuar y decidir (dentro de ciertos límites) en interés y por cuenta de otra persona. El mandato tendrá los límites constitucionales y los impuestos por la ética médica, de aquí que las voluntades anticipadas sean un elemento coadyuvante en la toma de decisiones, pero no concluyente por sí mismo, pues necesitará de un proceso de ajuste y adaptación ante el caso concreto.

3° Los derechos que protegen las directivas anticipadas son derechos consagrados internacional y constitucionalmente por lo que su regulación específica solo hace referencia a la dimensión formal del documento.

4° Por tanto, la eficacia de los documentos de voluntades anticipadas depende de los siguientes requisitos:

A) Deberá ser el resultado de la participación del interesado en debates éticos sobre el final de la vida, con el fin de profundizar en el análisis de las diferentes concepciones éticas y culturales en éste ámbito que permitan a los profesionales y a los interesados llegar a soluciones armonizadas.

B) Las voluntades anticipadas, deberán estar sometidas a un control público ex ante (otorgamiento ante notario) o testifical (presencia de una mayoría de testigos sin vínculos afectivos emocionales o económicos directos) y ex post en los casos dudosos.

C) Su eficacia deberá estar limitada temporalmente.

D) Deberán ser de rápido acceso para los facultativos de cualquier parte del mundo mediante su inscripción en registros públicos con las garantías de confidencialidad y privacidad legalmente establecidas

E) Deberán suponer una mejora paralela de la relación clínica para que el médico decida con el paciente y con su interlocutor cuando estuviera designado, a través de un estrecho compromiso basado en la confianza para la gestión de los valores y la toma conjunta de decisiones.

F) Deberán observarse los requisitos de capacidad jurídica general por parte del otorgante y del representante libremente elegido por el anterior sin perjuicio de un control ad casu de las causas que pudieran invalidar los principios de lealtad, confianza y desinterés personal que debe presidir el nombramiento de representante.

5° En las situaciones pluri conectadas jurídicamente, los operadores sanitarios y jurídicos deberán razonar en distinta frecuencia para componer la respuesta al caso concreto tratando de evitar la tendencia frecuente a la nacionalización. Sólo así se podrá avanzar en la solución de los conflictos de civilizaciones y de culturas que la actual globalización ha traído consigo y que desde la perspectiva del D^o Internacional Privado analizaremos en una segunda parte de este artículo.

Queremos terminar estas reflexiones con un pensamiento de la Pfra. Pérez Vera que resume el espíritu que inspiran estas líneas referido especialmente a las personas Mayores:

Para añadir vida a los años que se han añadido a la vida no bastan las medidas de asistencia social si no van acompañadas del respeto a los derechos de los mayores como personas. Derechos universales pero que, proyectados sobre el grupo particular de las personas de edad, han de interpretarse a la luz de los principios complementarios de independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

Notas:

1 MARTÍNEZ OARCÍA, M.A. «Apoderamientos preventivos y auto tutela», La protección jurídica de discapacitados, incapaces y personas en situaciones especiales, Madrid 2000, PP. 115 y SS; BADOSA COLL, F. «La auto tutela», Estudios Homenaje al Profesor Lacruz Berdejo, Barcelona, 1993, PP. 903 y SS.;RIVAS MARTINEZ, J.J. «Disposiciones y estipulaciones para la propia incapacidad» Revista Jurídica del Notariado, abril-junio 1998, pp. 222; CAMPOS GUÉRI, M.A., «La autoprotección del discapacitado. Disposiciones en previsión de la propia incapacidad», Revista Jurídica del Notariado abril-junio 2000, PP. 20;

2.UARCÍA RIPOLL MONTIJANO, M.«La nueva legislación alemana sobre tutela o asistencia (Betreuung) de los enfermos físicos y psíquicos : otro modelo» Actualidad Civil, núm. 21, 1999.

3.Recordemos que la OMS presentó el 16.11.2001 por primera vez una nueva clasificación discapacidades que ha trastocado el concepto clásico que se tenía hasta ahora de la discapacidad" y que se entendía como un problema que afectaba tan solo a grupos minoritarios y en los que la minusvalía era visible. Con la nueva clasificación por ejemplo, una persona afectada por el sida puede ser clasificada como discapacitada en lo que se refiere a sus posibilidades de participación activa en una profesión., la nueva clasificación proporciona diferentes perspectivas para encauzar las medidas pertinentes y optimizar la capacidad del afectado para seguir formando parte de la fuerza laboral y disfrutar de una vida plena. En resumen, la influencia de los factores sociales, culturales y medioambientales en el estado de salud son reconocidos e incluidos en este nuevo CW. <http://www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,77003,00.html>, acceso <http://www.diariomedico.com/>, consulta 17.11.2001.

4.CENTER FASTINO, cit por BRUSSINO, Si. en «Limitaciones de medidas de soporte vital en terapia intensiva. Consideraciones bioéticas» Cuadernos de Bioética (en línea) <http://www.bioetica.org/resenas8.htm>, acceso <http://www.bioetica.org> (index.htm, consulta 10.11.01.

5. Ser plenamente hombre y vivir como tal, tanto en la versión masculina o en la versión femenina de la humanidad, -dice el Pfr. Lain Entralgo- consiste en concebir y realizar la propia vida como empresa personal, genialmente egregia en el caso de algunos individuos, como Cervantes, Miguel Ángel o laant, modesta en no pocas más y apenas individualmente perceptible en la inmensa mayoría de los seres humanos LAIN ENTRALGO, P. «La empresa de envejecer (I, II, III) El envejecimiento como empresa personal», EIDON, (en línea), Revista electrónica de la Fundación Ciencias de la Salud, 2000, [http://www.fcs.es/fcs/esp/doc\(eidon/eidon4/index.htm\)](http://www.fcs.es/fcs/esp/doc(eidon/eidon4/index.htm)), acceso http://www.fcs.es/fcs/esp/leidon/index_eidon.htm , consulta 24.03.01.

6. CASTAÑEDA, AJ. «Los "Testamentos en vida» (en línea) <http://www.vidabumana.org/vidafamleutanasia/testamentos.html> , consulta 24.11.01. <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,61377,00html>, acceso <http://www.diariomedico.com/> consulta 24.11.2001.

8. Vid un interesante planteamiento de las directivas anticipadas en BOTTA CABRERA, F.C «Directivas anticipadas y Testamento Vital» (en línea), [geriatrianet.com](http://www.geriatrianet.com), Vol. 2, núm. 1, año 2000, <http://www.geriatrianet.com/numero2/privado2/articulo22.html>, acceso <http://www.geriatrianet.com>, consulta 24.11.2001.

9. Revista de Derecho y Genoma Humano, núm. 13, julio-diciembre 2000, p. 239 y SS.

10. TOMAS-VALIENTE LANUZA, C. «Perspectivas actuales y futuras sobre la regulación de la eutanasia en España», (en línea) [geriatrianet.com](http://www.geriatrianet.com) http://www.geriatrianet.com/numero5/privado5/juridico2001_2_1j.html consultado 4.12.01, acceso <http://www.geriatrianet.com>.

11. ALTISENT R. «Problemas éticos en la práctica diaria: de la investigación a la prescripción» W Congreso Nacional de la Sociedad de Bioética Fundamental y Clínica, celebrado en Bilbao entre el 2 y el 4 de noviembre de 2000. <http://www.diariomedico.com/normativa/altisent.pdf>, acceso <http://www.diariomedico.com/> consulta 13-11-01; Entre las innumerables aportaciones doctrinales, Vid. ROMEO CASABONA, C.M. «El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana» Centro de Estudios Ramón Meces. Madrid 1994. CASTELLANO ALONSO, M. «El consentimiento informado de los pacientes», en Manual de Bioética general, bajo la dirección del doctor POLAINO LORENTE, A. Rialp, 1997

12. Vid. CORTINA, A. «Bioética cívica en sociedades pluralistas» Revista de Derecho y Genoma Humano, núm. 12, enero-junio 2000, p. 23.

13. CORTINA, A. «Bioética cívica.. »pp.23 y 55 y bibliografía citada en nota 2 y 3.

14. CORTINA, A. . «Bioética cívica.. »pp.24. Respecto al tema de nuestro interés, ya hemos mencionado anteriormente que la Declaración de Bioética de Gijón de 2000 recomendó que continuara el debate ético sobre el final de la vida, con el fin de profundizar en el análisis de las diferentes concepciones éticas y culturales en éste ámbito y de analizar las vías para su armonización. Cuadernos de Bioética (en línea) <http://www.bioetica.org/resenas11.html>, acceso <http://www.bioetica.org/index.htm>, consulta 28.11.01.

15. GRACIA GUILLÉN, D. VIII Congreso Nacional de Derecho Sanitario, de 24 de octubre de 2001. <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,6547,00.html>, acceso <http://www.diariomedico.com>, consulta 16.11.2001.

16. Sobre la tramitación parlamentaria v. ZAPATERO "Antecedentes y trámite parlamentario de la Ley 13/1983, de 24 de octubre" en VVAA Estudios sobre la tutela (en torno a la ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma de la tutela), Madrid 1986 en especial p. 73 y s.s.

17. Sin embargo en la actualidad la auto tutela y las demás formas de apoderamientos preventivos en todos los ámbitos de la protección de los incapaces mayores ha sido reclamada por el Defensor del Pueblo y por el Consejo Estatal de las Persona Mayores Vid. el informe del Defensor del Pueblo en <http://www.defensordelpueblo.es> y las conclusiones del I Congreso de las Personas Mayores de 1998 en http://www.segsocial.es/imserso/mayore5/docs/i_maycon34.html. Vid. ECHEZARRETA FERRER, M. «La protección de los adultos mayores. Logros del siglo XX y retos del XXI. Un planteamiento multidisciplinar», Persona y Estado en el umbral del siglo Xx'. Málaga 2001, p. 266.

18. DIAGO DIAGO, P. «Protección internacional de personas mayores en el ámbito privado» (en línea) [geriatrianet.com](http://www.geriatrianet.com), Vol. 3 Núm. 1 Año 2001, http://www.geriatrianet.com/numer04privad04/juridicoart2001_1.html, acceso <http://www.geriatrianet.com>, consultado 25.11.01). MARTINEZ GARCÍA, M.A. «Apoderamiento preventivo y auto tutela», La protección jurídica de discapacitados, incapaces y personas en situaciones especiales, Madrid 2000, p.147

19. MARTINEZ GARCÍA, M.A. «Apoderamiento preventivo...», ob.cit. p. 144.

20. DE CASTRO Y BRAVO, F. «La representación», Temas de Derecho civil. Madrid 1972, p.108.

21. DIEZ PICAZO y PONCE DE LEÓN, L. La representación en el derecho privado, Madrid, 1991, PP. 55 y 56.

22. DIEZ PICAZO, L. La representación ..., ob.cit. Madrid, 1991, p. 91.

23. Modificada por las leyes orgánicas 5/1992 y 10/1995

24. Redacción según STC 9/1990, de 18 de enero.

5. Vid. LENOIR, N. , MATHIEU, B. «Les normes internationales de la bioéthique», París, PUF, colí., ¿Qué sais-j e?, 1998; RODRÍGUEZ, A., ECHEZARRETA M. «El reconocimiento integral de los derechos de las personas mayores por primera vez en una instancia internacional la Unión Europea», (en línea). [geriatrianet.com](http://www.geriatrianet.com). Vol. 3 Núm. 1 Año 2001, http://www.geriatrianet.com/numeros/privados/juridicoart2001_5.html, consultado 30.09.01, acceso <http://www.geriatrianet.com>.

26. MONNIER, S. «Consentement en matière biomedical», Revue internationale de droit comparé, núm. 2, abril-junio 2001, pp.386 y 55.

27. BOE de 20-x-99 y correc, de errores en BOE de 11-XI-99. En la actualidad se encuentra en

vigor en ocho Estados. La actualización de su vigencia se puede consultar en <http://conventions.coe.int/>; En general sobre el Convenio Vid. TORRES CAZORLA, M.L. «Las implicaciones de los avances científicos en el campo jurídico y la necesidad de proteger los Derechos Humanos: La entrada en vigor del Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina de 4 de abril de 1997» (en línea), *geriatrianet.co.in*, Vol. 2 Núm. 2 Año

2000; <http://www.geriatrianet.com/numero3/privado3/internacional/cronicas.html> , acceso <http://www.geriatrianet.com>, consulta 15-10-01; M. REQUENA CASANOVA. «Espada ratifica el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina» Vol. LI, núm. 2, REDI, 1999, PP. 794 y 55.

28. NYS, H. «La Convención Europea de Bioética. Objetivos, principios rectores y posibles limitaciones», *Revista de Derecho Y Genoma Humano*, núm. 12, enero-junio 2000, p. 77

29. Son muy interesantes las reflexiones de TAUPITZ J. sobre el derecho a no saber como derecho a no ser informado en «El derecho a no saber en la legislación alemana», *Revista de Derecho y Genoma Humano*, núm. 8 y 9 , enero-diciembre, 1998, PP. 105-115, 163-179 respectivamente

30. FERNÁNDEZ DE CASADEVANTE ROMANI, C. «El Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser humano con respecto a la aplicación de la Biología y la Medicina: Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina» *Revista de Derecho y Genoma Humano*, núm. 7 julio-diciembre 1997, p. 107.

31. Artículo 26.

1. El ejercicio de los derechos y las disposiciones de protección contenidos en el presente convenio no podrán ser objeto de otras restricciones que las que, previstas por la ley, constituyan medidas necesarias. en una sociedad democrática. para la seguridad pública la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de las demás personas.

2. Las restricciones a que se refiere el párrafo precedente no podrán aplicarse a los artículos 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 y 21.

Artículo 27.

Ninguna de las disposiciones del presente Convenio deberá interpretarse en el sentido de que limite o atente contra la facultad de cada Parte para conceder una protección más amplia con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina que la prevista por el presente Convenio.

32. En palabras del Informe Explicativo, se trata de transmitir "los datos relevantes de la intervención de que se trata".

33. Este artículo junto con el Art. 20.2 referido a la extracción de tejidos de personas incapaces, han sido los más cuestionados del Convenio NYS, H. «La convención Europea...» Ob. cit. PP. 82 y 55.

34. Son muy interesantes dos Decisiones, una de la Cámara Nacional de Apelaciones de lo Civil de Buenos Aires de 21.02.1991 y otra del Juzgado de Primera Instancia de lo Criminal y Correccional N° 3, del Mar del Plata de 18 de septiembre de 1995, que negaron la autorización judicial solicitada para efectuar una intervención quirúrgica de amputación de un miembro al padecer una infección denominada "pie diabético"; que, como consecuencia de ello, se gangrenó el miembro, siendo la única terapia existente y negándose el paciente sin tener claro su discernimiento, todo ello sin perjuicio de la continuación de las demás medidas terapéuticas adecuadas al estado de salud del paciente y que resguarden el respeto debido a su condición de persona. La segunda de las decisiones se manifestó en los siguientes términos: Estimo que en las circunstancias particulares del caso, proceder a la amputación del segundo miembro inferior del paciente..., contraviniendo su expresa voluntad claramente expresada con anterioridad, y en momentos en que el enfermo debía ser considerado "competente" -en el sentido bioético-, y plenamente "capaz" -desde la perspectiva jurídica- implicaría una grave violación de su esfera de libertad personal, de su intimidad y privacidad, en suma, importaría una grave ofensa a su dignidad como persona humana. Es por ello que en este supuesto el valor "vida" (como bien jurídicamente tutelado), a través de la intervención médica contra la voluntad del propio paciente, no puede ni debe prevalecer frente al principio de la dignidad inherente a todo ser humano. Vid. el contenido de las sentencias en Cuadernos de Bioética (en línea) <http://www.bioetica.org/jurisprudencia.htm>, acceso <http://www.bioetica.org/index.htm>, consulta 28.11.01.

35. PEREZ VERA, E Y BORRAS A. «Conferencia de La Haya de Derecho internacional privado: la protección internacional de adultos». Vol. LI, núm. 2, RED1, 1999, PP. 804 y SS.; BORRAS, A. «Una nueva etapa en la protección internacional de adultos» (en línea). [geriatrianet.com](http://www.geriatrianet.com). Vol. 2, núm. 1, año 2000 <http://www.geriatrianet.com/numero2/privado22/internacional/estudios.html>, consultado 30.09.01, acceso <http://www.geriatrianet.com>; DIAGO DIAGO, P. «Protección internacional de personas.. .ob.cit..

36. PÉREZ VERA, E. La protección de los mayores de edad en el umbral del siglo XXI (Reflexiones desde la perspectiva del Derecho Internacional Privado) Discurso de ingreso en la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación, Granada 2000" p. 59 y 55.

37. PÉREZ VERA, E. La protección de los mayores... p. 61.

38. BORRAS, A. «Una nueva etapa ...», Ob. cit.

39. MONNIER, S. «Consentement...», ob. cit., pp. 388 y 55..

40. EIRANOVA ENCINAS, E. «"Concepto" y derechos de la personalidad», La Ley, núm. 5322, de 4-6-01, p. 8; ID. «Honor, Dignidad, e Intimidad de la Persona», La Ley, núm. 5134, de

41. Vid. los fundamentos constitucionales del consentimiento en algunos ordenamientos jurídicos en MONNIER, S. «Consentement...», ob.cit. p. 388 y SS.

42. REUS SER, R. «El nuevo Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina», Revista de Derecho y Genoma Humano, núm. 7, julio-diciembre 1997, p. 177

43. CONDE -PUMPIDO TOURON, C. «El derecho fundamental a la integridad moral

reconocido en el artículo 15 de la Constitución española: su tutela penal», La Ley, núm. 4197, de 30-12-96, p. 2

44.MORENTIN CAMPILLO, «Valoración judicial de la tortura aspectos médicos-legales», Actualidad Penal, núm. 3, 1996.Vid. las sentencias argentinas citadas en supra nota (24)

45.MUÑOZ SANCHEZ, J. «El bien jurídico protegido por los delitos contra la integridad moral y su sistemática legal» Persona y Estado en el umbral del siglo XXI, Málaga 2001, p. 596.

46.(...) Esta configuración puede prescindir de tomar en consideración, como dato relevante para modular el ejercicio del derecho, la nacionalidad o ciudadanía del titular, produciendo una completa igualdad entre españoles y extranjeros, como la que efectivamente se da (respecto de aquellos derechos que pertenecen a la persona en cuanto tal y no como ciudadano, o, si se rehuye esta terminología, ciertamente equívoca, de aquellos que son imprescindibles para la garantía de la dignidad humana que, conforme al Art. 10.1 de nuestra Constitución, constituye fundamento del orden político español. Derechos tales como el derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, la libertad ideológica, etc., corresponden a los extranjeros por propio mandato constitucional, y no resulta posible un tratamiento desigual respecto a ellos en relación a los españoles (...).

47.(...) La dignidad como rango o categoría de la persona como tal, del que deriva y en el que se proyecta el derecho al honor (Art. 18.1 CE), no admite discriminación alguna por razón de nacimiento, raza o sexo, opiniones o creencias (...).

48.Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, modificada por las leyes 25/1990 y 55/1990.

49.Modificada por las leyes 66/1997 Y 50/1998 y por el R.D. Legislativo 1/1994.

50.Respecto al derecho del paciente a ser informado existen algunas discrepancias. Junto a la exigencia de información completa del mencionado Art. 10.5 de la ley de sanidad, en el Art. 5 del convenio del Consejo de Europa de 1997, se utiliza el término información adecuada así como en el Art. 7 de la Declaración de Bioética de Gijón de 2000. En el II Congreso Nacional de Bioética de Asturias se utilizó el término información necesaria. Por otro lado, adquiere también carta de naturaleza un nuevo derecho del individuo a no ser informado cuando esa sea su voluntad introducido por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su Recomendación 1418 (1999), sobre la Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos y en el Art. 2 de la ley catalana de 2000 sobre los derechos de información concernientes a la salud y autonomía del paciente y documentación clínica. En similares términos encontramos otros textos de derecho comparado como por ejemplo el proyecto de ley argentino de los enfermos terminales en cuyo Art. 1: (...)La información será brindada por el profesional médico, en términos claros, adecuados a su nivel de comprensión y estado psíquico, de acuerdo a la personalidad del paciente. Entre las innumerables aportaciones doctrinales sobre consentimiento informado en la práctica médica Vid. ROMEO CASABONA, C.M. El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana, Centro de Estudios Ramón Areces. Madrid 1994. CASTELLANO ALONSO, M.«El consentimiento informado de los pacientes», en Manual de Bioética general, bajo la dirección del doctor POLAINO LORENTE, A. Rialp, 1997; SIMÓN LORDA, P., El consentimiento informado, Madrid, 2000 passim ; GALÁN CORTÉS, J.C.

Responsabilidad médica y consentimiento informado, 2001, passim.

51 .Principio del que dudan algunos autores como FIGUEROA YAÑEZ,G. constatando que serán extremadamente escasas las circunstancias en que exista verdaderamente dicho consentimiento libre e informado ante la desigual fuerza de las partes en el contrato, proponiendo que siempre exista una instancia imparcial autorizante «El proyecto de declaración universal sobre el genoma humano de la Unesco», Revista de Derecho y Genoma Humano, núm. 7, julio-diciembre 1997, p. 127 y SS.

52.MARIN GÁMEZ, J.A. «A vueltas con la constitucionalidad del Art. 10.6 de la Ley de Sanidad: La relevancia jurídica del consentimiento informado», Revista General del Derecho 1999, PP. 8245.

53.ROMEO MELANDA, S «El valor jurídico del consentimiento prestado por los menores de edad en el ámbito sanitario 1», La Ley, núm. 5185, de 16-11-2000, pp. y bibliografía citada en notas 14 y 15.

54.La reciente ley alemana de asistencia de 1990 que deroga las figuras de la tutela y de la curatela consagra la figura del asistente cuya función es velar por los cuidados jurídicos de la persona incapaz según disponga la resolución judicial de nombramiento sin que se exija la declaración judicial de incapacitación. El nombramiento del asistente corresponde al juez o puede haber sido designado por el asistido en un momento anterior a la limitación de las facultades mentales. De cualquier forma, la ley alemana siempre concede prioridad a la autodeterminación del paciente en la medida de sus posibilidades y en casos de extrema gravedad necesita autorización judicial Vid. GARCÍA RIPOLL MONTIJANO, M.«La nueva legislación alemana.. .» p. 570 y 576

55.MARTÍNEZ DIE, R. «El llamado testamento vital: Su crítica» , Barcelona (en prensa)

56.Catedrático del Instituto Neiswanger de Bioética y Política sanitaria de la Universidad de Loyola, en Chicago. Conferencia impartida el 25 de mayo de 2001 en el Colegio de médicos de Madrid <http://www.diariomedico.com/normativa/norm250501com.html>. En este sentido, la reciente ley holandesa sobre eutanasia no permite la gestión de la muerte en Holanda de ciudadanos que no hayan mantenido una estrecha relación con el médico responsable. <http://www.minbuza.nl/english/menu.asp?Key=25778&Pad=311185,257581,257634>, consultado 29.11.01, acceso, <http://www.embajadapaisesbajos.es/>.

57.SOROKIN P. «Aproximación conceptual a cuestiones humanas: todos somos "terminales» Cuadernos de Bioética (en línea) <http://www.bioetica.org/comentarios4.htm>, consulta 28.11.01.