

Informaciones Psiquiátricas - Tercer trimestre 2005. Número 181

Aspectos éticos y jurídicos: "Problemas éticos y legales de los cuidados paliativos y el final de la vida"

Alejandro Artetxe
Doctor en Medicina. Experto en Bioética.
Coordinador del sistema informático de la Provincia.

Recepción: 15-12-04 / Aceptación: 23-12-04

PROBLEMAS ÉTICOS

Dependencia e institucionalización.

- Ausencia de criterios de ingreso.
- Necesidad de valoración geriátrica integral.
- Coordinación entre niveles asistenciales.
- Distribución de recursos en la protección de la dependencia.

Diagnóstico del enfermo terminal.

- Buena práctica asistencial.
- Necesidad de formación.
- Terminalidad en las enfermedades neurodegenerativas.
- Valoración de la capacidad.
- Valoración de la calidad de vida.

Tratamiento del dolor y otros síntomas.

- Buena práctica asistencial.
- Necesidad de formación.
- Actitudes ante el sufrimiento.
- Principio del doble efecto.
- Discriminación del paciente geriátrico.

Información al enfermo y a sus familiares.

- Necesidad de formación.
- Comunicación clínica con el enfermo.
- Revelación del diagnóstico.
- Consentimiento informado.

Limitación del esfuerzo terapéutico (Retirada de tratamientos vitales).

- Alimentación e hidratación artificial.
- Ventilación mecánica.
- Suspensión de la antibioterapia.
- Orden de no reanimar.
- Limitación del esfuerzo diagnóstico.

Voluntades anticipadas.

- Decisiones de sustitución.

Eutanasia y suicidio asistido.

MARCO LEGAL

Responsabilidad profesional (Código penal)

Art. 142.1 y 3

El que por imprudencia grave causare la muerte de otro, será castigado, como reo de homicidio imprudente, con la pena de prisión de uno a cuatro años.

Cuando el homicidio fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de tres a seis años.

Art. 152.3

El que por imprudencia grave causare alguna de las lesiones previstas en los artículos anteriores será castigado...

Cuando las lesiones fueren cometidas por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de uno a cuatro años.

Limitación de esfuerzo terapéutico (Código penal)

Art. 11a. Comisión por omisión

Los delitos o faltas que consistan en la producción de un resultado sólo se entenderán cometidos por omisión cuando la no evitación del mismo, al infringir un especial deber del autor, equivalga, según el sentido del texto de la Ley, a su causación. A tal efecto se equipará la omisión de la acción:

– Cuando exista una específica obligación legal o contractual de actuar.

Art. 143.4 Eutanasia y Suicidio asistido

El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

Art. 155 Consentimiento

En los delitos de lesiones, si ha mediado el consentimiento válido, libre, espontáneo y expresamente emitido del ofendido, se impondrá la pena inferior en uno o dos grados.

No será válido el consentimiento otorgado por un menor de edad o un incapaz.

Art. 195 Deber de socorro

1. El que no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro de manifiesto y grave, cuando pudiere hacerlo sin riesgo propio ni de terceros, será castigado con la pena de multa de tres a doce meses.
2. En las mismas penas incurrirá el que, impedido de prestar socorro, no demande con urgencia auxilio ajeno.
3. Si la víctima lo fuere por accidente ocasionado fortuitamente por el que omitió el auxilio, la pena será de prisión de seis meses a un año y multa de seis a doce meses, y si el accidente se debiere a imprudencia, la de prisión de seis meses a dos años y multa de seis a veinticuatro meses.

Art. 196 Denegación de asistencia

El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años.

Derechos de los pacientes (Ley general de sanidad)

Art. 10.1

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, morales, económicas, ideológicas, políticas o sindicales.

Art. 10.5

5. A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

Art. 10.6. b)

A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.

Art. 10.9

A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el apartado 4 del artículo siguiente.

Consentimiento informado (marco jurídico)

Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina (Convenio de Oviedo) del Consejo de Europa Arts. 5-10.

Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad Art. 10.

Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud Art. 6 y Anexo I.5.

Ley 30/1979 de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos Arts. 4 y 6.

Real Decreto 2070/1999 de 30 de diciembre, que regula las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos. Art. 15.

Real Decreto 411/1996, de 1 de marzo, por el que se regulan las actividades relativas a la utilización de tejidos humanos Arts. 7 y 9.

Ley 35/1988 de 22 de noviembre, por la que se regulan las técnicas de reproducción asistida humana Arts. 2 y 6.

Ley 42/1988, de 28 de diciembre, sobre donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos Arts. 2 y 4.

Real Decreto 1854/1993, de 22 de octubre, por el que se determinan los requisitos técnicos de la hemodonación Art. 28.

Ley 25/1990 de 20 de diciembre, del medicamento Art. 60.

Real Decreto 561/1993, de 19 de abril, por el que se regulan los requisitos para la realización de ensayos clínicos Arts. 11 y 12.

Real Decreto 1566/1998, de 17 de julio, por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia. Arts. 8 y 9.

Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente 41/2002. Arts. 8, 9 y 10.

Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Capítulo II

El derecho de información sanitaria

Artículo 4.

Derecho a la información asistencial

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.
2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Artículo 5.

Titular del derecho a la información asistencial

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Capítulo IV.

El respeto de la autonomía del paciente

Artículo 8.

Consentimiento informado

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.
2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de

aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.
5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Artículo 9.

Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.

Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

4. La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

5. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

Artículo 10.

Condiciones de la información y consentimiento por escrito

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las contraindicaciones.

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

Artículo 11.

Instrucciones previas

1. 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 expresarlas personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.
2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.
3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la *lex artis*, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.
4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.
5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro Nacional de Instrucciones Previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

GLOSARIO

(Sacado de los artículos de bioética para clínicos en Medicina Clínica.)

Capacidad. Calificación ética y jurídica del estado psicológico de un individuo por el que se le reconoce apto, aquí y ahora, para tomar decisiones concretas sobre aspectos básicos de su vida y poder ejercitar con ello los derechos fundamentales que tiene reconocidos como persona. El término jurídico correspondiente es «capacidad de obrar de hecho o natural». En el ámbito de la bioética también se ha denominado «competencia».

Capacidad de obrar. Aptitud de las personas para ejercer eficazmente sus derechos y obligaciones.

Capacidad jurídica. Cualidad que ostentan las personas, por el mero hecho de serlo, desde el comienzo hasta el fin de su personalidad, y por la que se les reconoce como titulares de derechos. Un niño de tres meses de edad o un discapacitado psíquico grave tienen capacidad jurídica.

Capacidad legal. Forma de la capacidad de obrar que hace referencia al reconocimiento jurídico de la aptitud de un sujeto para ejercitar sus derechos y realizar actos válidos.

Capacidad natural. Forma de la capacidad de obrar que reconoce a las personas, en un momento determinado, suficiente inteligencia y voluntad para realizar válidamente un acto jurídico concreto o ejercitar un determinado derecho.

Algunos autores la denominan capacidad de hecho. A esta capacidad es a la que se suele referir cuando se usa de forma genérica el término capacidad.

Competencia. En la terminología de la bioética hace referencia a la aptitud psicológica de un paciente para ejercer

su autonomía personal y tomar sus propias decisiones sanitarias. Su equivalente jurídico es la capacidad de obrar natural, también llamada ocasionalmente capacidad de hecho, y que, genéricamente se denomina como capacidad.

Consentimiento informado . Modelo de relación clínica que consiste en un proceso comunicativo y deliberativo entre el profesional sanitario y el paciente capaz, en el curso del cual toman conjuntamente decisiones acerca de la manera más adecuada de abordar un problema de salud.

Decisiones de representación o sustitución. Son aquellas decisiones sanitarias que afectan a la salud o la vida de un paciente incompetente o incapacitado, y que por tanto otras personas —representante o sustituto— toman en su lugar.

Doble efecto (principio del). También conocido como principio del voluntario indirecto. Por este principio una acción u omisión que tiene dos efectos, uno considerado bueno y otro malo, será éticamente permitida cuando se den estas condiciones:

1. Que el acto que va a realizarse sea bueno o al menos indiferente por su objeto.
2. Que los efectos buenos y malos se sigan inmediatamente del acto, es decir, que el efecto bueno no se obtenga por medio del malo.
3. Que se busque sólo el buen efecto y se limite a tolerar el malo.
4. Que haya cierta proporción entre el efecto bueno querido y el malo tolerado, es decir, que el buen efecto supere al malo, o al menos lo iguale.

Formulario de consentimiento informado. Documento escrito que recoge de forma sencilla la información más relevante sobre un procedimiento y registra la conformidad del paciente o su representante legal a la realización de dicho procedimiento.

Futilidad . Término muy ambiguo y concepto realmente confuso. Corresponde al término inglés futility y se ha sugerido emplear en español «inutilidad». Característica atribuida a un tratamiento médico que se considera inútil porque su objetivo para proveer un beneficio al paciente tiene altas probabilidades de fracasar y porque sus raras excepciones se valoran como azarosas y, por tanto, no pueden considerarse como argumento para la decisión clínica. Se ha considerado que esta definición atiende a dos aspectos: uno cuantitativo (altas probabilidades de fracasar) y otro cualitativo (beneficio al paciente).

Incapacitado . Estado civil que resulta de un proceso judicial —incapacitación— por el que se limita a una persona su capacidad de obrar legal para ejercitar sus derechos o realizar actos válidos, al considerar que padece deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que le impiden gobernarse por sí misma. La incapacitación resultante lo será en la extensión recogida en la sentencia judicial. Debe diferenciarse de la ausencia transitoria de capacidad de obrar natural plena, que puede denominarse incapacidad natural, capacidad limitada o semicapacidad, y que en el lenguaje de la bioética tiende a denominarse como incompetencia. Si la ausencia de capacidad natural se alarga en el tiempo y tiende a hacerse permanente, el sujeto deberá ser considerado un presunto incapaz, y se estará obligado a procurar el inicio de un proceso judicial de incapacitación.

Información. Cualquier forma, clase o tipo de dato que permite a toda persona adquirir o ampliar el conocimiento sobre su salud o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla, y ejercer por tanto los derechos que tiene legítimamente reconocidos como usuario de cualquier servicio sanitario.

Lex artis. Conjunto de «normas» o criterios —escritos o no— que definen la corrección de un acto médico concreto y, por tanto, permiten valorar o medir jurídicamente el «buen hacer», la pericia o la diligencia de un determinado profesional que realiza dicho acto en unas circunstancias determinadas.

Limitación del esfuerzo terapéutico. La decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica.

Manipulación. Forma de influencia intencionada en las decisiones de otro mediante la distorsión, el sesgo o la falsificación deliberada de la información necesaria para tomar dichas decisiones o mediante la inducción de procesos mentales que pueden alterar o condicionar el desarrollo normal del procedimiento de decisión.

Matar o dejar morir.

- Matar: toda acción u omisión que produce la muerte del paciente porque no existe en ese momento otra causa concomitante e inevitable (necesaria y suficiente) que tienda a producirla por sí misma.
- Dejar morir: toda acción u omisión que permite que otra causa concomitante e inevitable (necesaria y suficiente), por ejemplo, una enfermedad terminal, produzca la muerte del individuo.

No inicio o retirada de tratamiento . Decisión de descartar el uso de una intervención médica ya sea no recurriendo a ella (no inicio) o renunciando a ella cuando no está cumpliendo con los objetivos terapéuticos perseguidos (retirada).

Obstinación diagnóstica. Realización de ciertas pruebas para aumentar el conocimiento sobre una patología o situación clínica de un paciente, sin que vaya a tener una posterior traducción en beneficios reales para el mismo; sería el «saber para no hacer».

Obstinación terapéutica. La utilización de medios tecnológicos para prolongar artificialmente la vida biológica de un paciente con una enfermedad irreversible o terminal. En el ámbito de la teología moral católica, sobre todo, se emplea el término de distanasia. Habitualmente se alude a «encarnizamiento» o «ensañamiento», términos que prejuzgan crueldad. También «furor» que refleja un exceso de intensidad.

Orden de no reanimación (ONR). Instrucción, política o toma de decisión para que no se empleen maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) en un paciente que ha dejado de respirar y/o se le ha parado el corazón.

Paternalismo . Modelo de relación sanitaria en que se trasladan a la relación entre personas adultas y capaces los rasgos propios de una relación paterno-filial, esto es que el profesional adopta el papel de padre protector y poderoso, y el paciente, el de niño frágil y obediente.

Persuasión. Forma de influencia intencionada en las decisiones de otro mediante la presentación abierta de argumentos racionales que impelen al persuadido a aceptar libremente la opinión del que persuade tras un proceso de discusión crítica de dichos argumentos.

Posición de garante. Término que designa la obligación jurídica de una persona que ha asumido efectivamente el deber de proteger, cuidar o garantizar determinados bienes jurídicos de otra persona, con ciertas condiciones o en determinadas circunstancias. Esta exigencia se impone en el ámbito penal a quienes tienen una obligación legal o contractual de actuar, o cuando quien omite un cuidado haya creado una ocasión de riesgo para el bien jurídicamente protegido mediante una acción u omisión precedente (art. 11 del Código Penal).

Privilegio terapéutico. Aquella situación en la que el médico oculta información al paciente o no le pide su consentimiento para una actuación diagnóstica o terapéutica porque estima que ello produciría al enfermo un daño psicológico grave.

Tratamiento proporcionado . Aquél que mantiene un balance adecuado de costes-cargas/beneficios, en función de los objetivos perseguidos. Lo contrario es un tratamiento desproporcionado.

Tratamiento de soporte vital . Cualquier intervención médica, tecnología, procedimiento o medicación que se administra a un paciente con el fin de impedir el momento de la muerte, tanto afecte o no afecte el tratamiento a la (s) enfermedad(es) subyacentes que amenazan la vida.

Voluntades anticipadas (también conocidas como instrucciones previas). Declaraciones que una persona competente afirma para sí en referencia a sus preferencias, fines y valores, anticipando un posible futuro de incapacidad para tomar decisiones respecto a su atención sanitaria.

Voluntariedad . Libre determinación para realizar acciones.

[<< volver](#)