

El paciente como sujeto de derechos

La autonomía de la voluntad como fundamento del consentimiento informado y de las instrucciones previas

The patient as a subject of rights. Autonomy as the basis of informed consent and advance directives

Ana Ylenia GUERRA VAQUERO

Universidad Nacional de Educación a Distancia

anaguerravaquero@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.15366/bp2016.12.012>

Recibido: 28/11/2013
Aprobado: 12/10/2016

Resumen: La superación del tradicional sistema paternalista en la relación médico-paciente se pone de manifiesto con el triunfo del principio de autonomía de la voluntad del paciente. Si acudimos a la esfera sanitaria, la dignidad del paciente debe reflejarse en el respeto a la autonomía de su voluntad, lo cual se traduce en dos instrumentos: el consentimiento informado y las instrucciones previas, recogidos ambos en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Palabras clave: Bioética, dignidad, autonomía de la voluntad, consentimiento informado, voluntades anticipadas.

Abstract: The traditional paternalistic system in the relationship between doctor and patient has already been overcome with the triumph of the patient's principle of autonomy. Concerning the health care field, the patient's dignity should be reflected in the respect for the autonomy. There are two instruments in the health care regulation that protect the patient's autonomy: the informed consent and the advance directives. The Law 41/2002, November 14th, about patient's autonomy and rights and obligations of information and clinical documentation; expresses these two instruments.

Keywords: Bioethics, dignity, autonomy, informed consent, advance directives.

Introducción

El presente trabajo tiene como objeto analizar dos instrumentos que, a juicio de la autora, constituyen la expresión de la voluntad del paciente en el ámbito sanitario: el consentimiento informado y las instrucciones previas. Pero, ¿constituyen verdaderos instrumentos de protección de la autonomía del paciente o son meras herramientas de medicina defensiva?

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recoge ambos instrumentos. Procederemos a analizarlos.

1.- La relación médico-paciente

La ciencia y la técnica en el ámbito de las ciencias de la vida y la biomedicina han avanzado tanto en los últimos años que están implicando un cambio drástico no sólo en nuestras formas de vida y en la posibilidad de vivirla, sino sobre todo en los paradigmas, tanto éticos como jurídicos, que fundamentan los nuevos fenómenos. Tanto es así que se está produciendo un desbordamiento de los conceptos básicos, tanto del Derecho como de la Ética y, cómo no, en el ámbito de las ciencias de la vida, que suponen la búsqueda de nuevas categorías, enfoques y análisis. Uno de ellos precisamente es el cambio de paradigma en la relación médico-paciente que, viniendo de un modelo paternalista, ha evolucionado hacia el de la autonomía del paciente.

Han sido muchos los cambios en la relación entre el profesional sanitario y el paciente durante los últimos años. Años atrás el médico era la parte dominante, dejando al paciente el papel de responder sus preguntas y obedecer sus órdenes. El modelo de medicina Hipocrático era muy paternalista. El médico determinaba cuáles eran los mejores intereses del paciente, y el buen paciente seguía las recomendaciones del médico. Pero la autonomía del paciente es un concepto ahora establecido en la práctica médica. Los médicos tienen una responsabilidad fiduciaria con los pacientes que reside en una relación de confianza entre ellos¹.

¹ Gannon, W., *Biomedical Ethics*, Fundamentals of Philosophy series, Oxford, Oxford University Press, 2005, p. 23.

Hoy en día los médicos hablan de toma de decisiones mutua. Se anima a los pacientes a hacer preguntas y los médicos pueden llegar a ver en el paciente a otro experto. El derecho del paciente a prestar su consentimiento informado, a conocer la información médica, a la confidencialidad de sus datos y el derecho a rechazar tratamientos médicos se encuentran bajo el principio de autonomía².

Myfanwy Morgan ha planteado cuatro modelos de relación entre el médico y el paciente:

a) Relación paternalista: el médico controla la relación y decide lo que es mejor para el paciente.

b) Relación de mutualidad: el médico y el paciente son partes iguales comprometidas en el intercambio de información e ideas para lograr el mejor tratamiento para el paciente.

c) Relación consumista: el paciente es la parte activa y dominante, demanda tratamiento y asistencia a un médico cuyo papel principal es conocer las peticiones del paciente.

d) Relación de omisión: ninguna parte tiene el papel dominante. Esta relación conduce normalmente a un resultado no productivo del encuentro³.

Partiendo de las perspectivas anteriores, podemos considerar que un modelo que vele por el respeto a la autonomía del paciente tendría cabida dentro de las características propias del sistema de mutualidad y del sistema consumista.

2.- Dignidad y autonomía del paciente

El reconocimiento generalizado del principio de autonomía ha sido el resultado de una larga lucha por reivindicar la libertad del individuo frente a un poder superior, bien teológico, bien estatal, bien social; bien específicamente jurídico⁴. Y el triunfo de ese principio de autonomía deviene de su propia condición que tiene como fundamento la dignidad humana, pilar básico en el que se fundamenta todo ordenamiento social. El reconocimiento de derechos comienza por la declaración y convencimiento de que la persona es el objeto y fin último de cualquier regulación normativa⁵.

Según Alegre Martínez la persona merece vivir en un entorno que favorezca su desarrollo individual y social. Esta es la razón por la que la dignidad se encuentra unida, de modo indisoluble a las ideas de libertad e igualdad. La dignidad es razón de ser, fin y límite de los derechos, está situada en un plano superior a los mismos y tiene una unión inescindible con la vida. La propia dignidad opera como límite de nuestros propios derechos, en cuanto que la renuncia a los mismos comportaría una ruptura de la adecuación de la propia vida a la dignidad inherente a nuestra condición de persona⁶.

² Ibid., p. 44.

³ Herring, J., *Medical law and ethic*, Oxford, Oxford University Press, 2012, p. 206.

⁴ Marcos del Cano, A. M., *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, Madrid, Marcial Pons-UNED, 1999, p.130.

⁵ Así se refleja en la Declaración de Independencia de los Estados americanos de 1776, en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 y en la Declaración Universal de los derechos del hombre "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos". También la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, tiene como pilar básico la dignidad y los Derechos Humanos. En definitiva, en la comunidad internacional, en el campo de la bioética, existe consenso respecto a que la dignidad humana constituye el principio superior que articula la comprensión del hombre como individuo en sociedad.

⁶ Alegre Martínez, M.A., *La dignidad de la persona como fundamento del ordenamiento constitucional español*, León, Universidad de León, 1996, pp. 81-86.

La dignidad de la persona se muestra como contenido esencial de nuestra Constitución. Quizás por ello el constituyente quiso incluirlo en el primer artículo del Título I pretendiendo con ello dar a entender que la dignidad de la persona es el objetivo, el fin último, la pretensión constante de nuestro ordenamiento jurídico⁷.

Desde el punto de vista jurídico, la dignidad humana es, sin duda, el condicionante más importante de la normatividad jurídica y de ello dan fe los diversos textos constitucionales y las declaraciones internacionales de derechos. Por todo ello, si acudimos a la esfera sanitaria y al campo de las decisiones médicas en el cuidado al paciente, la dignidad debe respetarse a través de la protección de la autonomía de la voluntad del paciente.

La autonomía es concebida como una capacidad de segundo orden de las personas para reflejar críticamente sus preferencias de primer orden, deseos, voluntades y la capacidad de aceptar o intentar cambiar éstos para establecer un orden de preferencias más elevado. Ejercitando esta capacidad las personas definen su naturaleza, dan significado y coherencia a sus vidas y toman responsabilidad de la persona que son⁸.

Sin embargo, hay muchos modos de conceptualizar el significado de la autonomía. En la era moderna la autonomía ha sido asociada a la ética de Immanuel Kant, quien plantea que la autonomía y el respeto mutuo a la autonomía de los demás es un requisito previo de las acciones morales.

Farsides, en su discusión sobre la autonomía en cuidados paliativos, recoge una influencia Kantiana cuando dice que “la más valorable forma de autonomía implica una elección voluntaria de hacer lo que es correcto”. Otras influencias en el significado contemporáneo de la autonomía incluyen la evolución del concepto de individualismo⁹.

Beauchamp y Childress entienden que una decisión autónoma es aquella tomada intencionalmente, con comprensión y sin intereses que deban ser controlados. Esta concepción de autonomía encaja mejor con el objetivo de respeto a la autonomía- respeto a los actores morales y a la persecución de una “buena vida”. Sin embargo, esto implica que debemos tener en cuenta numerosas condiciones previas para hablar de autonomía. Si realmente queremos respetar la autonomía, no solo debemos proteger la autonomía de los demás, sino que debemos buscar el modo de fomentar la habilidad de los demás de tomar tales decisiones¹⁰.

La Ley de autonomía del paciente recoge una serie de principios básicos, entre los que figura la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad como orientadores de toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

Es importante en este sentido la obligación de todo profesional que intervenga en la actividad asistencial tanto a la correcta prestación de sus técnicas, como al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

Además esta ley contiene en sus artículos 8 y 11 respectivamente el consentimiento informado y las instrucciones previas, figuras que analizamos a continuación. Tal y como veremos, constituyen dos herramientas que el paciente puede utilizar para expresar su voluntad en un marco legal determinado, de modo que pueda ser protegida su autonomía.

⁷ Gómez Sánchez, Y y Rebollo Delgado, L., *Biomedicina y protección de datos*, Madrid, Dykinson, 2008, p. 30.

⁸ Dworkin, G., *The theory and practice of Autonomy*, Cambridge, Cambridge University Press, 1988, p. 20.

⁹ Clark, D and Ten Have, H., *The ethics of palliative care. European Perspectives*, Philadelphia, Open University Press, 2002, p. 146.

¹⁰ Smith, S. W., *End-Of-Life Decisions in Medical Care. Principles and Policies for Regulating the Dying Process*, Bioethics and Law, Cambridge, Cambridge University Press, 2012, p. 115.

3.- Consentimiento informado

El primero de los instrumentos que presentamos es el consentimiento informado. Con él nos referimos a la manifestación de la autonomía del sujeto que consiste en dar o negar la autorización personal para que se realice alguna actividad que le afecta directamente. La exigencia de la previa información y la prestación del consentimiento por parte del paciente en el ámbito asistencial se consideran un elemento integrante de la *lex artis* de los profesionales sanitarios.

El Convenio de Oviedo relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina¹¹ y la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea¹² contienen referencias al consentimiento informado.

En el caso de España, la Ley General de Sanidad 14/1986, antecedente directo de la actual Ley 41/2002 recoge la importancia de facilitar la información en términos comprensibles para el paciente y sus familiares, el derecho a recibir información y a que se le respete la decisión de no ser informado; a que la información se le suministre de forma continuada y que incluya tanto las actuaciones médicas previstas como los medios y diagnóstico.

La Ley 41/2002 viene a completar el derecho a la información del paciente no capacitado para tomar decisiones, a sus familiares o personas a él allegadas; y viene a corregir las deficiencias de la ley anterior, ofreciendo mayor seguridad a las intervenciones de los médicos, así como regula detalladamente nuevas instituciones como las voluntades anticipadas o la historia clínica. En virtud del artículo 8 de la Ley 41/2002, las actuaciones en el ámbito de la salud de un paciente necesitan su consentimiento libre y voluntario después de que haya valorado las opciones propias del caso. Para ello es necesario que reciba toda la información asistencial que corresponda en virtud de sus circunstancias particulares.

Sin embargo, el consentimiento no puede darse con carácter general o indefinido, sino que es preciso para cada una de las actuaciones en las que se requiere que su constancia sea escrita. Como para emitir el consentimiento por parte del paciente se debe proceder con carácter previo a informar al mismo, el concepto de consentimiento informado está directamente afectado por la regulación legal de la información a suministrar al paciente. Esta idea está recogida como principio básico en el artículo 2.2 donde se señala que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios, que debe obtener después de que hayan recibido la información adecuada. Además de ello, debe tenerse en cuenta que exige que el consentimiento informado conste en la historia clínica, formando parte del contenido mínimo de la misma¹³.

¹¹ Según el artículo 5. d) del Convenio de Oviedo relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina: “una intervención en el ámbito de la sanidad solo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e inequívoco consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento”.

¹² Dentro del articulado de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea consta que “en el marco de la medicina y la biología se respetará el consentimiento libre e informado de la persona libre, de acuerdo con las modalidades establecidas en la ley”.

¹³ Así dispone el artículo 15.2 i) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En este sentido, debemos concretar que, atendiendo a la definición legal, la información clínica es todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla. Pero estamos ante un concepto general y no siempre es posible facilitar toda la información que se debiera al paciente. Es por ello que el contenido mínimo de la información que se le debe proporcionar al paciente son la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias¹⁴.

La información se proporcionará verbalmente como regla general, dejando constancia en la historia clínica, pero hay excepciones en las que el consentimiento debe figurar por escrito¹⁵: intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. En todos estos casos el deber de información del médico es más riguroso.

Esta necesidad de información previa al consentimiento para el sometimiento a una intervención tiene una serie de excepciones, por ejemplo, la propia renuncia del paciente. Pero la renuncia 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.

El consentimiento informado ha sido objeto de numerosos pronunciamientos judiciales, pero fue en el año 2011 cuando el Tribunal Constitucional se pronunció por primera vez sobre este asunto¹⁶. La Sentencia 37/2011, de 28 de marzo¹⁷, concede el amparo a un paciente que es sometido a un cateterismo cardíaco sin que se le informara de los riesgos que pudieran derivarse de la intervención y sin que se hubiese recabado su consentimiento para la práctica de la misma¹⁸.

No obstante lo anterior, actualmente se critica al consentimiento informado su utilidad como instrumento de medicina defensiva. La medicina defensiva ha sido definida como «la aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos con el propósito explícito y principal, de defender al médico de la crítica, contar con evidencias documentales ante una demanda y evitar controversias, todo ello, por encima del diagnóstico o el tratamiento del paciente». Lamentablemente, en los últimos años el número de médicos que practica medicina defensiva va en aumento. Y este incremento es lamentable porque sus costes sanitarios y económicos son ciertamente grandes¹⁹.

¹⁴ Artículo 4.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

¹⁵ Artículo 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

¹⁶ El Tribunal Supremo ya se había pronunciado en numerosas ocasiones en asuntos relativos al consentimiento informado del paciente, habiendo delimitado tanto las obligaciones del médico, como la exigencia de información como un elemento del consentimiento informado o la indemnización por falta de información y no solo por las lesiones que pueda sufrir el paciente.

¹⁷ La Sentencia viene a aplicar la jurisprudencia constitucional ya asentada sobre el derecho a la integridad física recogida en las Sentencias del Tribunal Constitucional 120/1990, 207/1996, 119/2001, 5/2002, 221/2002 o 220/2005.

¹⁸ La novedad radica en la originalidad del pronunciamiento relativo a que la privación de información equivale a una privación o limitación del derecho a consentir o rechazar una actuación médica determinada, inherente al derecho fundamental a la integridad física y moral.

¹⁹ Ortega-González, M., Méndez-Rodríguez, J.M. y Herminio López-López, F., “Medicina defensiva, su impacto en las instituciones de salud”, Revista Conamed, Vol. 14, enero - marzo 2009.

4.- Instrucciones previas

El segundo instrumento que presentamos como figura protectora de la autonomía del paciente es el de las instrucciones previas²⁰, el documento a través del cual “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”²¹.

Las instrucciones previas constituyen una herramienta fundamental para un funcionamiento del sistema de salud adecuado a las exigencias del respeto a la autonomía del paciente, pues permiten otorgar una atención clínica adecuada a su voluntad, incluso en los casos en que éste no pueda expresarla.

El objetivo de estas instrucciones es hacerlas efectivas en el momento en que se llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente por estar incapacitado para ello.

El contenido de las instrucciones previas no viene delimitado por la ley. Sin embargo, no todas las voluntades que desea expresar un sujeto por anticipado pueden ser recogidas en este documento. En el caso de que se expresen en disposiciones que contravengan los límites legales, después no podrán ser ejecutadas. Veamos detalladamente los límites que establece la ley²²:

- No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico. El derecho fundamental a la vida recogido en el artículo 15 de la Constitución Española²³ ha sido interpretado por el Tribunal Constitucional en el sentido de considerar que el mismo tiene un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la disposición de la propia vida. Dicho lo anterior, es inevitable hacer aquí una referencia a la eutanasia. Hay varios tipos de eutanasia (la eutanasia pasiva, la activa indirecta) que podrían considerarse dentro de la legalidad y por lo tanto recogerse como voluntades anticipadas, que deberían respetarse y cumplirse. Sin embargo, otras modalidades de eutanasia (eutanasia activa directa) serían contrarias al ordenamiento y de hecho, dicho actuar está contemplado y penado por el artículo 143 del Código Penal²⁴.

²⁰ También conocido en el ordenamiento jurídico español con el nombre voluntades anticipadas, testamento vital o directrices previas.

²¹ Artículo 11.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

²² Dispone el artículo 11.3 de la Ley 41/2002 “*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*”.

²³ En virtud del artículo 15 de la Constitución “*Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las Leyes penales militares para tiempos de guerra*”.

²⁴ Según el artículo 143 del Código Penal “*1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años. 2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona. 3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte. 4. 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.*”

- Aquellos supuestos que sean contrarios a la *lex artis* médica, es decir, contrarios a la buena práctica clínica, o bien a la ética profesional. Dentro de este apartado podría mencionarse que siempre se tendrá en cuenta para su aplicación el “Estado Actual de la Ciencia” es decir, el profesional sanitario podría decidir la no aplicación de un tratamiento por haber tenido un avance significativo la ciencia o la tecnología en ese ámbito y quizá la previsión sanitaria impuesta por el paciente ya no fuera necesaria²⁵.

- No serán aplicadas aquellas instrucciones previas que no se correspondan con los tipos de supuestos previstos por la persona otorgante al formalizar el documento de voluntades anticipadas. Esto es lógico puesto que habrá que ceñirse a aquellos casos recogidos por el otorgante, no siendo posible hacer interpretaciones extensivas a supuestos parecidos pero no contemplados en el testamento vital, puesto que ello supondría un quebranto al principio de autonomía.

- No serán aplicadas las instrucciones previas contraindicadas a la patología del otorgante. De hecho, las contraindicaciones deberán figurar anotadas y motivadas en la historia clínica del paciente²⁶.

No obstante lo anterior, las instrucciones previas tienen una crítica unánime en la doctrina, y es la de la problemática de la voluntad prospectiva. ¿Somos capaces de predecir cómo querremos ser tratados? ¿Acaso las condiciones nuevas no pueden influir en un cambio en la voluntad previamente expresada en un documento legalmente vinculante?

Para responder a ello, consideramos oportuno remitirnos a la teoría propuesta por Derek Parfit: *la teoría de la identidad personal*. Autonomía dinámica Este autor defiende una serie de grados o estadios a lo largo de la vida¹⁰⁰. Si esto es así, no podemos decidir en el sentido de anular nuestra capacidad de elección para un futuro, porque el yo que quedará obligado posteriormente ya no tendrá nada que ver con el yo que decide en este momento, nos encontraríamos disponiendo de la vida de un tercero distinto de nosotros mismos¹⁰¹. "En el caso de la disponibilidad de la propia vida, como es obvio, se impide el surgimiento de ese yo futuro, lo que podría conducir a la conclusión, con todos los problemas que le son inherentes, de que se produce un daño análogo al del homicidio"¹⁰².

Dworkin ha respondido a este argumento que, incluso aunque es válido considerar que la persona cambia, hay un interés crítico que permanece²⁷. Los intereses críticos son aquellos que fundamentan tu vida, tales como las relaciones o los objetivos vitales. Es un interés crítico decidir sobre las decisiones al final de la vida en el caso de que no tengamos la capacidad en un futuro. De ahí la importancia de establecer un documento como las voluntades anticipadas, cómo quieres ser tratado y qué tipo de tratamientos te gustaría recibir o no.

Otra línea de respuesta al argumento del “cambio de personalidad” es que para los familiares cercanos, esa persona ahora incapacitada, sigue siendo la misma, no ha cambiado de identidad. No es una persona diferente, es solo una persona enferma.

Una respuesta más extrema es que la persona incompetente no tiene interés en recibir tratamientos de soporte vital y, por tanto, debe serle permitido morir. Esta es una interpretación muy extrema. Pero, desde nuestro punto de vista, los intereses de una persona capaz en conocer que su voluntad será respetada es mejor que los intereses que una persona incapaz tiene en continuar con vida.

²⁵ Romeo Casabona, C.M., Emaldi Cirión, A., Escajedo San Epifanio, L., Nicolás Jiménez, P., Romeo Malanda, S. y Urruela Mora, A., *La Ética y el derecho ante la biomedicina del futuro*, Bilbao, Cátedra Interuniversitaria Fundación BBVA-Diputación Foral de Bizkaia de Derecho y Genoma Humano, Universidad de Deusto, 2006, pp. 125-137.

²⁶ Sánchez Caro, J. y Abellán, F., *Instrucciones previas en España. Aspectos bioéticos, jurídicos y prácticos*, Granada, Comares editorial, S.L. 2008, pp. 135-146.

²⁷ Herring, J., *Medical law and ethic...*, op. cit. nota 3, p. 10.

5.- Conclusión

Existen dos roles principales en el ámbito sanitario: el profesional y el paciente. La relación entre ellos se inició tradicionalmente como una relación de autoridad, paternalista, en la que la postura dominante la ostentaba el médico. Sin embargo, nos encontramos en un momento en el que el paciente, a través de la adquisición de una serie de derechos, se sitúa en una posición próxima a la del profesional. Ahora los pacientes preguntan, opinan, discuten y toman decisiones. Pero esa sólida expresión de la voluntad del paciente -además por escrito- tiene el peligro, en ocasiones, de ser utilizada para liberar a los profesionales de responsabilidades tras la aplicación de tratamientos o la realización de intervenciones.

El paciente es sujeto de derechos en el ámbito sanitario. La legislación en materia de salud le acompaña y le protege. La autonomía de la voluntad del individuo tiene un marco legal en el sistema jurídico español y la transgresión por parte del profesional sanitario del respeto a esa voluntad tiene consecuencias morales y legales. Pero también esa expresión responsabiliza al paciente de las consecuencias que tiene el sometimiento a determinadas prácticas o tratamientos.

Con la figura del consentimiento informado al profesional se le exigen más responsabilidades en el desempeño de sus funciones, pero también el paciente asume las consecuencias de los tratamientos a los que acepta someterse. Es por ello que debe prestarlo consciente y con los requisitos vistos para que constituya un reflejo de su voluntad.

Por su parte, las instrucciones previas conforman también una expresión de la autonomía del paciente. No es un documento de contenido ilimitado para la manifestación de sus voluntades, pero sus directrices sí son vinculantes para el profesional sanitario responsable del estado de salud de cada paciente.

El consentimiento informado es un requisito extendido en las prácticas médicas, no así las voluntades anticipadas. Pero si deseamos un sistema sanitario que mantenga la actual -y tan complicada de conseguir- relación entre el médico y el paciente (sin retroceder al anterior sistema paternalista); solo cabe la extensión del cumplimiento de ambos instrumentos en aras a proteger el respeto de la autonomía de la voluntad del paciente, siempre utilizándolos de manera responsable.

Bibliografía

Alegre Martínez, M.A., *La dignidad de la persona como fundamento del ordenamiento constitucional español*, León, Universidad de León, 1996.

Clarck, D and Ten Have, H., *The ethics of palliative care. European Perspectives*, Philadelphia, Open University Press, 2002.

Dworkin, G., *The theory and practice of Autonomy*, Cambridge, Cambridge University Press, 1988.

Gannon, W., *Biomedical Ethics*, Fundamentals of Philosophy series, Oxford, Oxford University Press, 2005.

Gómez Sánchez, Y y Rebollo Delgado, L., *Biomedicina y protección de datos*, Madrid, Dykinson, 2008.

Herring, J., *Medical law and ethic*, Oxford, Oxford University Press, 2012.

Marcos del Cano, A. M., *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, Madrid, Marcial Pons-UNED, 1999.

Ortega-González, M., Méndez-Rodríguez, J.M. y Herminio López-López, F., “Medicina defensiva, su impacto en las instituciones de salud”, *Revista Conamed*, Vol. 14, enero - marzo 2009.

Romeo Casabona, C.M., Emaldi Cirión, A., Escajedo San Epifanio, L., Nicolás Jiménez, P., Romeo Malanda, S. y Urruela Mora, A., *La Ética y el derecho ante la biomedicina del futuro*, Bilbao, Cátedra Interuniversitaria Fundación BBVA-Diputación Foral de Bizkaia de Derecho y Genoma Humano, Universidad de Deusto, 2006.

Sánchez Caro, J. y Abellán, F., *Instrucciones previas en España. Aspectos bioéticos, jurídicos y prácticos*, Granada, Comares editorial, S.L. 2008.

Smith, S. W., *End-Of-Life Decisions in Medical Care. Principles and Policies for Regulating the Dying Process*, Bioethics and Law, Cambridge, Cambridge University Press, 2012.