

9

cuadernos de
ética
en clave cotidiana

ÉTICA Y VIDA:

LA BIOÉTICA

Rafael Junquera de Estéfani
Ana María Marcos del Cano



Fundación Europea para el
Estudio y Reflexión Ética

cuadernos de
ética
en clave cotidiana

Ética y vida: la bioética

RAFAEL JUNQUERA DE ESTÉFANI Y ANA MARÍA MARCOS DEL CANO



 Editorial Perpetuo Socorro
Covarrubias, 19. 28010 Madrid

cuadernos de
ética
en clave cotidiana

COORDINADOR DE

“CUADERNOS DE ÉTICA EN CLAVE COTIDIANA”

— *Enrique Lluch Frechina.*

Profesor en la Universidad CEU Cardenal Herrera

CONSEJO ASESOR

— *Rafael Junquera de Estéfani.*

Facultad Derecho UNED (España)

— *Antonio Fuertes Ortiz de Urbina.*

Investigador médico (España)

— *Luis Mesa Castilla.*

Institución Juan XXIII de Granada (España)

— *Marta Iglesias López.*

Asociación para la Solidaridad (España)

— *Jerónimo Peñaloza Bastos.*

Rector de la Fundación Universitaria San Alfonso (Colombia)

— *José Luis Pareja.*

Director Centro Residencial para Personas Mayores Ntra. Sra. del P. S.

DIRECCIÓN □ REDACCIÓN □ ADMINISTRACIÓN

— *Fundación Europea para el Estudio y Reflexión Ética*

C/ Félix Boix, 13

28036 Madrid (España)

www.funderetica.org | fundraising@funderetica.org

ISBN: 978-84-284-0799-1

DEPÓSITO LEGAL: M-5246-2018

ISSN: 2341-0388

Índice

1. La Vida, la Bioética y el ser humano

Rafael Junquera de Estéfani.....	5
1.1. Apuntes sobre Bioética.....	5
1.2. Definamos la Bioética.....	7
1.3. Los Principios Bioéticos.....	9
1.4. Bioética y Bioderecho	11

2. Autonomía e Información

Rafael Junquera de Estéfani.....	15
2.1. La autonomía: un concepto ético y jurídico	15
2.2. La información: un derecho “saludable”.....	19
2.3. El derecho a la información y el derecho a prestar el consentimiento.....	29

3. Capacidad en Situaciones de Vulnerabilidad

Ana María Marcos del Cano	37
3.1. ¿Qué son las Voluntades Anticipadas?	43
3.2. Otros conceptos: <i>el mejor interés y</i> <i>el juicio sustitutorio</i> ¿Qué son?	46
3.3. Los Familiares, Comités de Ética y Tribunales, entran en acción.....	49
3.4. Requisitos formales de las Voluntades Anticipadas (Instrucciones previas, Testamento Vital)	53
3.5. ¿Cómo valoramos las Voluntades anticipadas?	57

Bibliografía y notas explicativas	62
--	-----------

Notas.....	63
-------------------	-----------

1. La Vida, la Bioética y el ser humano

Rafael Junquera de Estéfani

1.1. Apuntes sobre Bioética

En los últimos tiempos las ciencias biosanitarias le están planteando al ser humano nuevos retos, que antes eran inimaginables. Los velocísimos avances en el campo de la biotecnología, de la genética y de las ciencias de la vida y de la sanidad surgidos durante el siglo XX, llevaron a que se comenzase a utilizar el término *Bioética*.

Este término intenta encontrar un equilibrio entre esas dos realidades: *BIOS* (vida) y *ETHOS* (ética). Nunca como ahora el ser humano ha tenido la oportunidad de dominar la vida y ha estado tan cerca de hacerlo. La misma naturaleza ya no es algo estable, inmutable, intocable, modelo de lo que permanece, del equilibrio y de la razón, como se pensaba en el mundo clásico. Ahora es un objeto de investigación y de experimentación y los humanos estamos en disposición de influir en ella modificándola parcial o totalmente. Nosotros mismos somos susceptibles de estudio y experimentación, convirtiéndonos en objetos o sujetos pacientes de nuestro propio poder y saber. Así surge la necesidad de reflexionar acerca de las conductas que pueden interferir en la vida en general y en la vida humana en particular, en la vida de

El término de Bioética intenta encontrar un equilibrio entre BIOS (vida) y ETHOS (Ética).

generaciones actuales y en la vida de generaciones futuras. Se trata de replantearnos la pregunta moral -¿Qué debo hacer?- y la pregunta Ética -¿Por qué debo hacer?- pero proyectándolas al terreno práctico biosanitario. Al tratarse de un ámbito muy tecnificado y profesionalizado se requiere la participación de diversos saberes. *Bios* y *Ethos* se encuentran más vinculados que nunca y a través de ellos todas las disciplinas que de alguna manera pueden colaborar en dicha reflexión, convirtiendo a la Bioética en un campo multi e interdisciplinar.

Surge la necesidad de reflexionar acerca de las conductas que pueden interferir en la vida en general y en la vida humana en particular.

Acercándonos al origen de esta nueva rama del saber nos encontramos con que el término Bioética nace en el mundo anglosajón y es empleado por primera vez por Van Rensselaer Potter en 1970 en su artículo titulado “Bioethics: the science of survival” y un año más tarde publicaría un libro bajo el título: *Bioethics: Bridge to the Future*. Ahora bien, aunque este autor no lo emplea para designar una rama del saber derivada de la Ética, poco a poco va surgiendo como tal y lleva a cabo una reflexión teórica desde diversos ámbitos profesionales y surge una nueva especialidad: la Bioética.

En los últimos años aparece una nota característica que va a influir notablemente en el futuro de la Bioética: el *protagonismo* creciente del *paciente*. Frente al modelo paternalista y piramidal anterior en el que el médico obraba del modo que consideraba mejor para

beneficiar al paciente, ahora el enfermo se sitúa en el mismo plano que el profesional sanitario, obteniendo un mayor protagonismo. Hemos pasado de “lo que Ud. diga Doctor” a “es decisión suya (paciente)”. En el nuevo modelo se resalta el respeto a la autonomía del paciente y, como consecuencia, la valoración de su consentimiento una vez que ha recibido toda la información pertinente. Nos encontramos ante unas relaciones nuevas, más horizontales.

En los últimos años aparece una nota característica: el protagonismo creciente del paciente.

También, los avances de la genética y la aparición de la medicina *predictiva* (aquella que, basándose en la genética, puede predecir las posibilidades que tiene un sujeto de padecer una patología) han convertido la relación bilateral médico-paciente en multilateral, al verse implicado todo el ámbito familiar (posibles portadores de las alteraciones genéticas descubiertas en el enfermo) e incluso la sociedad en general y las futuras generaciones.

Hoy en día, en la medicina, se ve implicado todo el ámbito familiar e incluso la sociedad en general y las futuras generaciones.

1.2. Definamos la Bioética

El mismo Potter la definió como el *estudio sistemático de la acción humana tanto en las ciencias de la salud como en las ciencias humanas, pero según principios morales*. En la Enciclopedia de Bioética de Reich aparece la siguiente definición: *Bioética es el estudio sistemático de la conducta o de la acción humana por relación con la biología y la salud, siguiendo valores o principios morales*. La Asociación

Internacional de Bioética la definió como el *estudio de los temas éticos, sociales, legales, filosóficos y otros relacionados, que surgen en el cuidado de la salud y en las ciencias biológicas.*

Por mi parte considero que la Bioética ampara bajo su manto todas aquellas cuestiones que surgen en la práctica de las ciencias de la vida y de la salud, refiriéndose a: la investigación biológica, a la biología molecular, al medio ambiente, a la ecología, a la relación clínico-sanitaria, a la investigación-experimentación en seres humanos, a la manipulación genética, a la reproducción asistida, al control de la reproducción, al aborto, a los trasplantes, a la eutanasia, etc.

En el siguiente cuadro queda sintetizada la respuesta a la pregunta de ¿qué es la Bioética? Acompañada de los caracteres definitorios de la misma:

La Bioética es el estudio de los temas éticos, que surgen en el cuidado de la salud y en las ciencias biológicas.

Bioética	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexión filosófica sobre lo moral en el ámbito de las ciencias de la salud y de la biotecnología. - Saber técnico, sistematizado. - Inter y multidisciplinar, donde se precisan las aportaciones de otras ciencias o saberes: Filosofía, Medicina, Enfermería, Biología, Derecho, etc.
-----------------	--

1.3. Los Principios Bioéticos

La necesidad de resolver los diversos supuestos conflictivos que van surgiendo diariamente en la tensión entre Ética y Ciencias de la Salud ha propiciado que se abogara por proponer unos principios que cubrieran esa demanda. En 1974 el Congreso de los Estados Unidos crea una Comisión Nacional con la misión de establecer los criterios que deberían regir la investigación con seres humanos en las ciencias del comportamiento y de la biomedicina. Sus conclusiones se recogen en el Informe Belmont (1978), en el que se identifican tres principios éticos básicos:

- *El respeto de las personas*: Los individuos deben ser tratados como personas; y las personas cuya autonomía esté disminuida deben ser protegidas de una manera especial.
- *La beneficencia*: Se debe de buscar el bien del sujeto (paciente) según la capacidad y recto entender del médico, aplicando el principio *non nocere* (evitar dañar).
- *La justicia*: No debe de olvidarse que estamos en una sociedad de recursos limitados y, por tanto, la distribución de cargas y beneficios debe de asegurarse según unos criterios

Los principios recogidos en el Informe Belmont son: el respeto a las personas, la beneficencia y la Justicia.

de distribución y garantizando la igualdad en el acceso a los servicios.

Estos principios pusieron de relieve la importancia de otros tantos temas: autonomía del paciente y consentimiento informado, evaluación de riesgos y beneficios y selección imparcial de los sujetos de una investigación.

Beauchamp y Childress proponen como Principios Bioéticos: autonomía, no-maleficencia, beneficencia y justicia. Sobre estos antecedentes un filósofo y un teólogo (Beauchamp y Childress) publican su obra, *Principios de Ética Biomédica* (1979), donde proponen los cuatro principios de referencia universal para la Bioética y para la práctica médica: *autonomía, no-maleficencia, beneficencia y justicia*. La autonomía recoge ese principio de respeto a las personas y sus decisiones, especialmente en lo que tiene que ver con toda actuación que se vaya a realizar sobre su cuerpo y su salud. La no-maleficencia y la beneficencia suponen un equilibrio entre procurar tanto no causar un daño en la salud de los individuos como causarles el mayor beneficio posible. La Justicia implica, como ya hemos visto, distribuir costes y beneficios desde criterios de igualdad y atención a las diferencias. El principio de autonomía y su relación con la información y con el consentimiento informado lo veremos más adelante.

Sin embargo, desde la tradición europea se alzan voces reclamando la existencia de una Bioética no

principalista. Pero no es el momento de profundizar en estas nuevas corrientes.

Para proteger la aplicación de los principios y de los derechos en juego se necesita echar mano del Derecho. Por ello es importante analizar qué papel juega el Derecho al lado de la Bioética y lo que yo denomino su “retoño”: el Bioderecho.

1.4. Bioética y Bioderecho

El avance biotecnológico de las últimas décadas, como vimos anteriormente, ha creado nuevos retos para nuestras sociedades. La ciudadanía ha mostrado su preocupación por la nueva situación y pide la protección de sus derechos. Surge la necesidad de regular los posibles conflictos que van apareciendo y la necesidad de proteger los intereses en juego, papel reservado en todo entramado social al Derecho.

La vocación del Derecho ha sido y es la de servir de instrumento para armonizar los diversos intereses que entran en confrontación en el sistema de las relaciones sociales. El desarrollo y avance de la sociedad ha originado que aparezcan nuevas situaciones donde las relaciones son más complejas y los intereses confrontados muestran una diversidad mayor. El Derecho ha tenido que afrontar estos cambios y adaptarse a las nuevas realidades.

El Derecho se ha encontrado con la necesidad de afrontar las revoluciones biotecnológicas y los cambios que han originado.

La nueva situación posibilita a los individuos para tomar decisiones, donde antes eran simples sujetos "pacientes".

En las últimas décadas el Derecho se ha encontrado con la necesidad de afrontar las revoluciones biotecnológicas y los cambios que han originado. El ordenamiento jurídico se ha visto nuevamente superado por la realidad y requerido por la propia sociedad para encontrar soluciones a los nuevos conflictos, armonizándolos con la necesidad de otorgar protección, certeza y seguridad jurídica a los ciudadanos.

Por otra parte la nueva situación posibilita a los individuos para tomar decisiones sobre su propia vida, su salud, etc., donde antes eran simples sujetos "pacientes" sometidos a la actividad benefactora de "otros". Así, siguiendo a Romeo Casabona, podemos decir que el problema jurídico consiste en descubrir cuáles son los nuevos valores ético-sociales necesarios para enfrentar la nueva realidad, cómo se van creando, y cómo integrarlos en el Derecho. Éste debe ser el objetivo principal del Bioderecho, para lo que estará en permanente relación con la Bioética, manteniendo ambos su propia independencia.

Para cumplir su objetivo y el papel que la sociedad le pide, el Derecho debe hacerse eco del sentir de esa sociedad y asumir aquellos valores que ésta vive como imprescindibles para conseguir su realización. Asimilando esta función, el Bioderecho se fundamentará en dos pilares que sirven de cimiento a toda la reflexión jurídica y que constituyen los grandes valores inspiradores de cualquier sociedad

moderna: *la dignidad del ser humano y los derechos que le son inherentes*. Partiendo de estos pilares se puede establecer el marco jurídico de actuación que respeta la pluralidad de nuestras sociedades. Así, los Derechos Humanos están llamados a convertirse en el principal criterio regulador de las nuevas formas de control y de las nuevas posibilidades científicas y tecnológicas, propiciando y garantizando el respeto a la libertad, a la igualdad y a la dignidad de todos los seres humanos.

El problema jurídico consiste en descubrir cuáles son los nuevos valores.

Podemos concluir definiendo el Bioderecho como *aquella parte del Derecho que tiene por objeto el estudio y regulación de las nuevas situaciones y relaciones biosanitarias y biotecnológicas, desde el respeto a la dignidad y a los derechos del ser humano.*

En la siguiente tabla queda reflejado lo hasta aquí desarrollado:

	Definición	Criterios	Partes
Bioderecho	Parte del Derecho que estudia y regula las nuevas situaciones y relaciones biosanitarias y biotecnológicas	- Dignidad del ser humano - Derechos Humanos	- Biolegislación - Biojurisprudencia

El Bioderecho se fundamentará en dos pilares: la dignidad del ser humano y los derechos que le son inherentes.

2. Autonomía e Información

Rafael Junquera de Estéfani

Ahora nos encontramos con un concepto que ha adquirido una relevancia considerable para la Bioética y para el mundo de la sanidad: la autonomía. Pero esa autonomía no puede quedar aislada de otro concepto vital para ella: la información. Sin ella rara vez vamos a poder ejercer nuestra autonomía y vamos a poder decidir libremente y con madurez.

2.1. La autonomía: un concepto ético y jurídico

La afirmación del principio de autonomía es resultado de una larga reivindicación del ser humano. La lucha por obtener un reconocimiento de la libertad propia frente a cualquier manifestación del poder se constituye en paradigma del ideario liberal en los siglos XVII y XVIII. Para Kant la autonomía se entiende en sentido de autolegislación. La norma moral que regula la conducta, el obrar del individuo es construida por el sujeto y no impuesta desde fuera. Para este autor, la clave de la moralidad es que el *agente sea su propio legislador*. Así, para la filosofía kantiana la autonomía es el fundamento de la filosofía moral. La esencia de esa autonomía personal es la libertad para elegir un modo de actuar que consideramos bueno. Se opone, por tanto, *autonomía a heteronomía*. Otros códigos normativos, por

Para Kant la autonomía se entiende en sentido de autolegislación.

ejemplo el Derecho, son heterónomos, proceden de un legislador ajeno al individuo.

Desde una perspectiva semejante, Stuart Mill considera que todo ser humano es *soberano* sobre su cuerpo, su mente y sobre sí mismo. El único límite a esta soberanía, prácticamente absoluta, consistirá en evitar el daño a otros, único caso en que el poder debe intervenir imponiéndose a la voluntad de los individuos. Se subraya la necesidad de maximizar la esfera de la libertad personal. Este autor hablará de la “*individualidad*” como aquella capacidad de cada persona de realizar su vida de una forma original y espontánea. El Estado ideal será aquél en el que las personas elijan libremente lo que deben de hacer. En esta sociedad, la función de la ley es crear las condiciones que le llevarán a estar cada vez menos involucrada en la aplicación de una determinada moralidad. La autonomía es un bien intrínseco que debe ser respetado y al que debe aspirarse.

*Stuart Mill
considera
que todo ser
humano es
soberano sobre
su cuerpo, su
mente y sobre sí
mismo.*

Muy sucinta y superficialmente hemos introducido el concepto de autonomía como es manejado por la Filosofía, desde dos corrientes muy concretas. Ahora bien, en los años setenta del pasado siglo este principio quedó establecido como uno de los cuatro principios bioéticos (como hemos visto anteriormente). Así, se afirma que los individuos tienen derecho a que se respete su decisión cuando van a ser sometidos a una investigación o ensayo clínico o, simplemente,

cuando se les va aplicar una técnica diagnóstica o terapéutica. Autonomía que consiste, en el campo de la salud, en que se otorgue la oportunidad de tomar las propias decisiones con respecto a las mencionadas actuaciones médico-sanitarias, aceptándolas o rechazándolas.

Autonomía, en el campo de la salud, consiste en que se otorgue a cada individuo la oportunidad de tomar las propias decisiones para aceptar o rechazar una intervención.

El término autonomía puede ser empleado en un *sentido amplio* o en un *sentido restringido*. En el primero, autonomía implica que un sujeto debe de *ser respetado en la propia capacidad de tomar todas las decisiones en lo relativo a las actividades sanitarias que le afecten directamente*. Abarca, por tanto, la posibilidad de elegir el centro en el que ser atendido, los profesionales ante los que acudir, si se aceptan o no las técnicas diagnósticas o terapéuticas que se le proponen, etc.

En un sentido muy restringido e impropio, por autonomía se entiende exclusivamente el ***derecho a dar o no el consentimiento a la aplicación de determinadas terapias o técnicas biomédicas, tras ser informado adecuadamente acerca de su estado y de las posibles alternativas***. Aquí tendrá su ubicación el llamado *consentimiento informado* que veremos más adelante.

Un error habitual en el campo biomédico es el de identificar *autonomía* y *consentimiento*, cuando éste es una simple concreción y ejercicio de aquélla.

Autonomía hace referencia a la condición del sujeto moral, abarca el vasto campo de la capacidad de elección entre diversas posibilidades, la capacidad de autorregulación, de autoconducción de la propia persona y de su personalidad e implica adueñarse de sí mismo. Mientras que el *consentimiento informado* es una manifestación concreta de la autonomía del sujeto, consistente en dar o negar la autorización personal para que se realice alguna actividad o actuación que le afecta directamente. Por lo tanto, este término es mucho más restringido y limitado que el anterior. Sin embargo, en nuestra legislación bioética no existe una definición de autonomía y sí de consentimiento informado, entendido como *la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud* (Art. 3, *Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente*).

Error habitual:
identificar
Autonomía
con
Consentimiento

En la legislación general aparecida en los últimos años sí que se ha incorporado una definición de autonomía en el sentido amplio a que nos referíamos más arriba. Así la *ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (ley 39/2006, de 14 de diciembre) define la autonomía como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de

acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”. Como se puede comprobar este concepto de autonomía está en sintonía con el sentido moral del término.

2.2. La información: un derecho “saludable”

Íntimamente vinculado al tema de la autonomía nos encontramos con el derecho a ser informado en todo lo relativo a las actuaciones que se realicen sobre la salud e integridad del individuo. No podemos tomar una decisión, ni dar un consentimiento sobre una actuación que se vaya a realizar en nuestro cuerpo o sobre nuestra salud, si no contamos con una información amplia.

El derecho a la información ha sido desarrollado en varias normas estatales y otras tantas autonómicas. Primero se desarrolló en una ley marco como fue la *Ley General de Sanidad*, más tarde se publica la *ley del medicamento* y posteriormente la *ley de autonomía del paciente*. Esta normativa ha sido desarrollada por reales decretos y por normas autonómicas. La ley de sanidad y la del medicamento se vieron obligadas a adaptarse al *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* (a partir de ahora Convenio de Oviedo) y esta necesidad motivó la promulgación de la *Ley*

El derecho a ser informado está vinculado a la autonomía de los sujetos.

de autonomía del paciente, ya citada, que completa lo previsto en la Ley de Sanidad como principios generales, reforzando y acentuando el derecho a la autonomía del paciente y a la información correspondiente.

En el Convenio citado más arriba se establece como principio general que toda intervención sanitaria solo se puede realizar con el consentimiento de la persona afectada tras recibir la información adecuada (art. 5). A partir de este momento queda recogido en un documento internacional el principio bioético de autonomía de la voluntad, en el sentido de que no se podrá actuar sobre la salud de una persona sin contar con su consentimiento. Del mismo modo se establece que toda persona tiene el derecho a obtener toda la información sobre su salud (art. 10.2). Aquí ya aparece recogido el derecho a la información del paciente. Es más se conmina a los Estados firmantes a que adapten su legislación a estos principios (art. 1), que se convierten en auténticos derechos para los pacientes.

Queda recogido en un documento internacional (Convenio de Oviedo): que no se podrá actuar sobre la salud de una persona sin contar con su consentimiento.

Este principio también es recogido por la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, posterior en el tiempo (art. 8). Más adelante, en el Convenio citado en primer lugar, se declara que toda persona tiene derecho a conocer toda la información respecto a su salud, respetándose el derecho a no ser informada si así lo ha expresado (art. 10.2).

Del texto de este documento podemos deducir que se reconocen dos derechos: a *ser informado* y a *no ser informado*. Dentro del derecho a ser informado se diferencia entre: una información global relativa a los datos de la salud de un sujeto y una información concreta referida a una intervención que se va a llevar a cabo sobre un sujeto. En el primer caso se alude a la circunstancia de que se tienen datos sobre la salud de un paciente y éste tiene derecho a conocerlos. En el segundo nos encontramos ante el supuesto de un individuo al que se le va a practicar una intervención terapéutica o diagnóstica y existe la obligación de proporcionarle la información explicativa de la técnica a emplear, finalidad, riesgos, consecuencias, etc.

En la Ley General de Sanidad se diferencian cuatro tipos de informaciones a las que tiene derecho a acceder un paciente (arts. 9 y 10):

- a- *Información general* acerca de cuáles son sus derechos y obligaciones.
- b- *Información de servicios*: acerca de cuáles son los servicios a los que puede acceder y los requisitos que se exigen.
- c- *Información del empleo docente o investigador* de los procedimientos pronósticos, diagnósticos y terapéuticos que se le apliquen.

En el Convenio de Oviedo ya se establece como principio general de las aplicaciones de la biología y de la medicina que el paciente, debe recibir una información adecuada.

- d- *Información sobre identidad de su interlocutor:* conocer quién tiene la responsabilidad, dentro del equipo médico que le asiste, de informarle.

El resto de informaciones se deja para que sean reguladas por la Ley de autonomía del paciente. Esta ley tiene como objetivo principal regular dos derechos básicos del paciente (art. 1): la *autonomía* y la *información*. A la hora de reconocer y proteger la autonomía del paciente se contempla la necesidad de ser informado para llegar a tomar decisiones con respecto a su salud (art. 2 y 8). Nos referiremos a la necesidad de vincular información y consentimiento más adelante. Por otra parte, el texto legal dedica un capítulo entero, que contiene tres artículos, al derecho a la información (arts 4-6). Previamente se ha definido la información clínica como “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” (art. 3).

Existe un derecho a conocer y un derecho a no conocer.

De tal manera que este derecho queda clasificado según la siguiente tipología (arts. 2, 4, 5, 6, 8, 12, 13):

- a- *Información para el consentimiento*
- b- *Información asistencial*

- c- *Información epidemiológica*
- d- *Información del empleo docente o investigador*
- e- *Información de servicios*
- f- *Información para la elección de médico y de centro*

Ya hemos adelantado que el derecho a la *información para el consentimiento* lo trataremos más adelante. En cuanto a la *información asistencial*, el artículo 4 de esta norma reconoce un doble derecho del paciente: el derecho *a conocer* toda la información acerca de su salud con motivo de cualquier actuación que se vaya a realizar sobre la misma; y el derecho *a no conocer*; es decir, a ser respetado en la decisión de no recibir ninguna información siempre que así lo manifieste el propio sujeto. Esta información deberá reunir unas características (art, 4): a- será verbal (como regla general); b- se dejará constancia en la historia clínica; c- comprenderá, como mínimo, la finalidad, la naturaleza, los riesgos y las consecuencias de cada intervención; d- formará parte de todas las actuaciones asistenciales; e- será verdadera; f- se realizará de manera comprensible y adecuada a sus necesidades; y g- le ayudará a tomar decisiones. De todas estas características deducimos algunas conclusiones prácticas. En primer lugar hay que desterrar la idea de que la

información debe ser escrita, la ley contempla como regla general la información verbal. Basta con informar al paciente de palabra con el simple requisito de hacer una anotación en la historia clínica. En segundo lugar, el mínimo a explicar al sujeto es: qué se pretende con la actuación profesional y en qué consiste ésta; qué riesgos se corren; y cuáles serán las consecuencias previsibles. En tercer lugar, la información debe ser cierta y acompañará a todas las actuaciones que recaigan sobre el sujeto paciente. Evidentemente una información falseada no es tal información y puede dar lugar a responsabilidades. En cuarto lugar, deberá adaptarse a las necesidades del paciente y ser comprensible para que le ayude a decidir, requisito éste que no suele cumplirse en la actividad clínica diaria. Las informaciones que se presentan ante la persona que se va a someter a alguna terapia o intervención suelen consistir en un elenco de consecuencias y de riesgos posibles de la actuación, aunque, en la mayoría de las ocasiones, muy remotos. Podríamos decir que son informaciones *defensivas* del profesional sanitario pero que no le dejan a salvo ni de su responsabilidad en caso de mala praxis ni del deber de información. En la práctica se trata de un enunciado de efectos directos o colaterales, realizado en lenguaje técnico y farragoso, de las actuaciones profesionales que no cumple la condición de realizarse “de forma comprensible y adecuada” a las necesidades del paciente y, por tanto, no le ayuda a tomar decisiones, sino que más

bien parece dirigido a disuadirle de aceptar someterse a la actuación en cuestión. En estos casos se está infringiendo grave y directamente el deber contenido en la norma jurídica.

El sujeto obligado a garantizar este derecho a la información asistencial será el médico responsable del paciente. Previamente la ley ha definido qué se entiende por *médico responsable*: profesional coordinador de la información y de la asistencia sanitaria del paciente, siendo su interlocutor principal. Ahora bien, de igual manera se recoge que el resto de profesionales que le atiendan o apliquen una técnica o procedimiento también son responsables de informarle. Aquí surge una duda ¿hasta dónde llega la responsabilidad en cuanto a la información de cada profesional? Parece que la norma intenta centralizar el proceso informativo en un *médico* que lo coordine, pero después lo descentraliza haciendo responsables a los que vayan interviniendo sobre el mismo paciente a lo largo del proceso clínico. Hubiera sido preferible que el sujeto que la ley denomina como interlocutor principal (médico responsable) fuera el encargado de la comunicación e información con el enfermo, al margen de que los demás profesionales le ayudaran en la tarea (artículo 4.3 y art. 3).

Otra pregunta que nos surge es ¿a quién se debe dar la información? ¿quién es el sujeto de este derecho?

Tipología del derecho a la información: para el consentimiento; asistencial; epidemiológica; del empleo docente o investigador; de servicios; y para la elección de médico y de centro.

El sujeto obligado a garantizar este derecho a la información asistencial será el médico responsable del paciente.

Parece claro que (art. 5.1): en primer lugar, el propio interesado (el paciente); y en segundo lugar, las personas vinculadas a él, por vínculos familiares o de hecho, siempre que el paciente lo consienta de manera expresa o tácita. No hay que deducir directamente que por ser familiar del paciente se tiene un derecho a recibir la información, habrá que estar a lo que nos exprese el enfermo o a sus reacciones ante el familiar. En muchas ocasiones el paciente deposita más confianza en un allegado por motivos de amistad o de otra índole (afectiva, etc.) que en la familia. Ahora bien, si alguien acude al sanitario acompañado de otra persona, es deducible que ésta es depositaria de su total confianza, salvo manifestación en contrario. Pero no estaría de más consultar al enfermo, si ello es posible, quiénes son las personas de su confianza para recibir la información. El problema más serio aparece cuando el paciente no es capaz de recibir la información ¿se le debe informar? ¿a quién se le informa?

¿A quién se debe dar la información?

Al propio interesado y en segundo lugar, las personas vinculadas a él, por vínculos familiares o de hecho, siempre que el paciente lo consienta de manera expresa o tácita.

En el caso de que el paciente no tenga capacidad para recibir la información, aun así, deberá recibirla adaptada a sus “posibilidades de comprensión”. En estos casos se deberá informar también al representante legal (art. 5.2). Parece que la norma está pensando en las situaciones en que el enfermo es una persona considerada incapaz por el Derecho y, en el supuesto de estos sujetos, habrá que conocer quién es su representante legal (ya no basta con los familiares

o personas allegadas), porque éste es el sujeto que debe recibir la información y tomar la decisión.

Si es el mismo facultativo el que, siguiendo su propio criterio, considera que el paciente no puede entender la información, ésta deberá ser comunicada a sus familiares o a personas vinculadas de hecho a él (art. 5.3).

En caso de incapacidad se debe de dar la información al representante legal.

Ahora bien, esta información asistencial tiene un *límite*: la *existencia* acreditada de un estado de *necesidad terapéutica* (art. 5.4). La misma norma dice que se entiende por necesidad terapéutica “la facultad del médico para actuar profesionalmente” sin informar al paciente cuando el conocimiento de la propia situación pueda perjudicar gravemente su salud. Para aplicar este límite a la obligación de informar, se deben cumplir dos requisitos: acreditar el estado de necesidad, dejando constancia razonada de las circunstancias del caso en la historia clínica; y comunicar su decisión a los parientes o personas vinculadas de hecho con el paciente.

Si el mismo facultativo considera que el paciente no puede entender la información, ésta deberá ser comunicada a sus familiares o a personas vinculadas de hecho a él.

La *información epidemiológica* es un derecho que corresponde a los ciudadanos como tales, es decir a los individuos como miembros de una comunidad social. Este derecho implica conocer los problemas sanitarios del grupo cuando supongan un riesgo para la salud colectiva o para la salud individual. Los requisitos que debe cumplir esta información

son los siguientes: que sea verdadera y que se difunda en términos comprensibles y adecuados para la protección de la salud. Son los mismos requisitos que se exigían para la información asistencial.

La que hemos denominado *información del empleo docente e investigador* es aquella que se refiere al derecho que tiene todo paciente a ser advertido sobre la posibilidad de que se empleen en la docencia o investigación los “procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos” que se le apliquen (art. 8.4). El empleo docente o investigador de estos procedimientos no deberá suponer un riesgo adicional para la salud del sujeto. Es un derecho a la información regulado dentro del consentimiento informado, por lo que se está dando a entender que, como requisito previo a otorgar el consentimiento por parte del paciente, debe notificarse la intención del empleo docente o investigador.

También se reconoce el derecho a la *información de servicios* (art. 12), por el que se reconoce el derecho a recibir información acerca de los servicios y unidades disponibles, su calidad y requisitos de acceso.

Por último, el derecho a la *información para la elección de médico y de centro* hace referencia a la facultad de tener acceso a los datos necesarios para poder elegir profesional médico y centro asistencial

según las condiciones establecidas por los sistemas de salud (art. 13).

Una vez presentados los diferentes aspectos del derecho a la información del paciente reconocido y regulado en esta ley, falta por indicar que también es contemplado y regulado como un deber por parte del profesional (art. 2.6).

Para finalizar este epígrafe solo nos resta aludir al *derecho de no ser informado*. Ya hemos adelantado que el paciente puede renunciar a este derecho que estamos analizando e, incluso, se le reconoce, a su vez, como un derecho que deberá hacerse constar documentalmente (art. 9.1). Pero esa renuncia del paciente puede estar limitada por varios motivos: el interés de la salud del propio paciente; la salud de terceros, la salud de la colectividad; y por las exigencias terapéuticas del caso. En estos casos en que están en juego intereses no solo ligados al paciente, se admite que no se tenga en cuenta la renuncia del individuo a conocer datos acerca de su salud.

El derecho a la información por parte del paciente se convierte en un deber para el profesional sanitario.

También existe el derecho del paciente a no ser informado o a renunciar a que se le informe.

2.3. El derecho a la información y el derecho a prestar el consentimiento

Desde el mundo del Derecho no se entiende que pueda separarse el derecho a la información del derecho a prestar el consentimiento. Es decir, para que el consentimiento otorgado pueda producir efectos

Información y Consentimiento no pueden ni deben estar separados.

jurídicos, en cualquier ámbito del Derecho, tiene que ser precedido de toda la información necesaria que ayude a tomar las decisiones y dar las autorizaciones pertinentes para poder actuar. Es más, para los juristas, es una redundancia hablar de *consentimiento informado*. El consentimiento o es informado o no es, no tiene ninguna validez. También la normativa lo ha contemplado de esta manera al tratar algunos aspectos del derecho a la información cuando habla del consentimiento.

Así, la ley de autonomía del paciente, cuando declara que todas las actuaciones sobre la salud de los pacientes necesitan el consentimiento libre y voluntario del implicado, añade que este acto requiere que se haya recibido la información asistencial que ayude a valorar las opciones propias del caso (art. 8.1) y, para mayor reiteración, se afirma que tendrá la información suficiente sobre los procedimientos quirúrgicos, invasores y de alto riesgo que se apliquen y sus consecuencias (art. 8.3).

Esa información, calificada por la propia norma como básica, que debe de ofrecerse antes de recabar el consentimiento abarcará los siguientes puntos (art. 10.1):

- *Consecuencias importantes que se originen con seguridad.* Véase que se alude a que estas consecuencias deben ser relevantes o de

importancia y que debe preverse que se producirán con seguridad. No basta con que sea posible que se causen.

- *Riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales* del paciente. Alude a los riesgos a los que se somete el paciente por sus propias circunstancias personales y peculiares. No son riesgos generales de cualquier persona.
- *Riesgos probables en condiciones normales*, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención a realizar. Aquí ya se trata de una cláusula más genérica. Se debe informar de los riesgos probables y no remotos. La experiencia, el estado de la ciencia, el tipo de intervención y las condiciones en que se aplique ésta, son los índices que nos dirán qué se entiende por riesgos más probables.
- *Las contraindicaciones* que lleve aparejada la actuación sobre la salud del paciente.

Estos requisitos de la información complementan los contemplados por el artículo cuatro al tratar la información asistencial y, como allí, hacemos constar que el contenido de la información exigido por la ley no se corresponde con la práctica habitual, en

que se emplea la información de manera defensiva. Se alude a cualquier efecto, por remoto que sea, para prevenir posibles lagunas informativas.

*La información,
para la ley de*

*autonomía del
paciente, deberá*

abarcas:

*Consecuencias
importantes que*

*se originen con
seguridad;*

Riesgos

relacionados

con las

circunstancias

personales o

profesionales

del paciente;

Riesgos

probables en

condiciones

normales;

y las

contraindicaciones.

En el mismo sentido el Convenio de Oviedo, como ya hemos visto anteriormente, al regular el consentimiento informado como regla general de toda intervención sobre la salud, establece que, previamente, se debe de recibir la información adecuada acerca de la finalidad, la naturaleza, la intervención, los riesgos y las consecuencias (art. 5). Este texto es un nuevo ejemplo de vinculación de ambos: consentimiento e información.

En ambos documentos existe una referencia al contenido de la información. Si analizamos ese contenido se puede afirmar que, cuando el profesional ofrece la información, no se trata de evitar cualquier vacío de información, ni de asegurarse la responsabilidad por parte del profesional. Creemos que un buen sistema informativo debe distinguir entre esos campos que diferencia nuestra ley básica: consecuencias importantes y que son seguras; riesgos relacionados con las circunstancias del caso en concreto; riesgos probables y contraindicaciones. Se va desde lo más cierto que ocurra a lo que es posible que suceda. Pero lo que no es propio de una buena información es que se ofrezca un largo catálogo de posibles riesgos y consecuencias sin aludir a la probabilidad de que se

produzca cada uno e, incluso, citando algunos riesgos cuya posibilidad de producirse es remotísima.

Llegados a este punto, tras la exposición realizada, podemos afirmar que el paciente tiene derecho a recibir una información completa y veraz. Esa información debe de ser lo más sencilla y directa posible. Debemos pensar que se trata más bien de un “informe divulgativo” que haga posible la comprensión fácil y completa de todos los datos aportados y que ayude al destinatario a adoptar las decisiones oportunas y necesarias para su bien sanitario y personal. Dicha información debe eludir los puntos superfluos y alejados con respecto al interés directo del paciente.

Para considerar que cumple las exigencias legales y la finalidad prevista, toda información al paciente deberá estructurarse de la siguiente manera:

- a- Exposición clara y concisa de cuál es el estado de salud del paciente (patología o patologías).
- b- Posible etiología de su estado (causas directas o indirectas).
- c- Posibles modos de abordarlo contemplando las distintas alternativas (tanto las existentes como las que el equipo médico esté dispuesto a aplicar) y sus consecuencias. Nos referimos a

los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como los resultados esperados de ambos y los riesgos que acarrearán con probabilidad (en general y para el propio sujeto). Debe contenerse una explicación sencilla y sucinta de los procedimientos (en qué consisten) y de las incomodidades que acarrearán

- d- Con referencia a los riesgos sería conveniente delimitar los siguientes puntos: en primer lugar, cuáles son los más previsibles y directos en la aplicación de los procedimientos; y, en segundo lugar, cuáles son los riesgos remotos o lejanos que podrían producirse y, si es posible, detallar la probabilidad de que se produzcan.

Esta información, así ofrecida, cumplirá claramente su función. Por otra parte, como queda recogido en la normativa y ya se ha adelantado, no podemos olvidar la posibilidad de que el paciente manifieste su deseo de no ser informado. En tal caso deberemos respetar su decisión salvo que razones de fuerza mayor nos aconsejen no hacerlo (según está previsto en la normativa).

Por último, ya sólo nos queda destacar que nunca se deberá emplear la información con finalidad defensiva por parte del profesional sanitario. No se puede olvidar que una buena información ayudará

a que el paciente colabore con el equipo médico y facilitará la labor de éste.

Perder el miedo a informar es el primer paso para lograr una buena comunicación con el paciente y poder cumplir libremente el deber de información que acompaña a todo profesional sanitario.

*Nunca se
deberá emplear
la información
sanitaria con
finalidad
defensiva por
parte del
profesional.*

3. Capacidad en Situaciones de Vulnerabilidad

Ana María Marcos del Cano

En *El concepto de derecho*, Herbert Hart sostuvo la teoría de que, si tuviéramos un caparazón (como las tortugas), el derecho sería otro. Así dice: “si los hombres llegaran a perder su vulnerabilidad recíproca, se habría desvanecido una razón obvia para la prescripción más característica del derecho y de la moral: *No matarás*”.

La vulnerabilidad, la fragilidad, es una condición base de los seres humanos y eso tiene implicaciones en la comprensión de los derechos fundamentales al matizar un paradigma de autosuficiencia, de autonomía en el que este principio se constituya en el único sobre el que pivoten todas las decisiones. Se debe subrayar esa condición de fragilidad estructural que implica la apelación a la *communitas*, a la interrelación, a la intervención del Estado en aquellas situaciones más deterioradas. No es por casualidad que la propia Declaración de Barcelona (suscrita en 1998 por veintidós especialistas europeos provenientes de diferentes disciplinas y horizontes filosóficos, como conclusión de una investigación de tres años promovida por la Comisión Europea) haya situado al principio de vulnerabilidad como un principio anterior y prioritario a los otros principios: integri-

dad, dignidad, autonomía. Hasta tal punto, y sobre todo en nuestras sociedades occidentales, en las que cada vez existe un mayor número de población envejecida y con enfermedades crónicas, que esa vulnerabilidad se ha convertido en una condición cotidiana y la misma dependencia que ello genere es vista como una posibilidad de crear vínculos, humanidad y solidaridad intergeneracional.

La vulnerabilidad surge como una posibilidad de crear vínculos, humanidad y solidaridad intergeneracional.

A la vez, es innegable que el gran triunfo de la modernidad ha sido el principio de la autonomía, elevando la condición de la subjetividad a creadora de su propio proyecto vital, impidiendo de este modo cualquier interferencia del Estado o de terceros en su ámbito privado. Así, la *autonomía* individual, desde un punto de vista filosófico-político, determina que siendo valiosa la libre elección individual de planes de vida y la adopción de ideales de excelencia humana, el Estado (y el resto de los individuos) no debe interferir en esa elección o adopción, limitándose a diseñar instituciones que faciliten la persecución individual de esos planes de vida y la satisfacción de los ideales de virtud que cada uno sustente e impidiendo la interferencia mutua en el curso de tal persecución. Como decía Kant, la voluntad de un ser racional debe considerarse como legisladora. La autonomía así entendida expresa la capacidad del individuo para configurar su vida del modo que él crea conveniente atendiendo a sus planes, a su escala de valores y a las circunstancias en las

que esa vida se desarrolle. No obstante, no se considera ilimitada, sino que se han señalado algunos límites, como, por ejemplo, la “racionalidad” o los intereses de terceros o el principio del daño a terceros.

Los recientes avances en el ámbito de la Medicina repercuten directamente en la protección y garantía de los derechos humanos. El paciente y el médico se encuentran ante una amplia gama de posibilidades de actuación y, en ocasiones, éstas pueden ir en detrimento del bienestar del enfermo, sometiéndole a tratamientos que únicamente prolongan su “cantidad” de vida, no su calidad. Esta situación ha hecho que el paciente cobre mayor protagonismo en el curso de su enfermedad a la hora de decidir sobre sus tratamientos. En este contexto ha surgido la exigencia del consentimiento informado para cualquier tratamiento al que se someta el paciente, que ineludiblemente irá unido al deber de información del médico.

Estos factores, entre otros, provocan que en la actualidad estemos asistiendo a un cambio leve, pero imparable, en la concepción de la práctica de la Medicina. Poco a poco la mentalidad paternalista que conducía la relación médico-paciente, va transformándose en una relación más simétrica, en la que se tiene más en cuenta el principio de autonomía del paciente y se le otorga a éste más capacidad de decisión. La posibilidad de decidir se problematiza

en el final de la vida, sobre todo en nuestra época en la que la expectativa de supervivencia es cada vez mayor, sin que esto implique una mejora en la calidad de vida del paciente. Al contrario, muchas veces lo que ocurre es que se multiplican las enfermedades mentales, como por ejemplo, el alzheimer; o se aplican tratamientos que no hacen sino alargar la vida. No es de extrañar, pues, que el enfermo se plantee la posibilidad de elegir cómo quiere vivir sus últimos días o qué tratamientos quiere que se le apliquen sin más. En esta tesitura, la decisión se torna una cuestión difícil, a saber, por los sujetos que en ella intervienen, por las consecuencias médicas que se puedan derivar de ella e, inevitablemente, por la controversia tanto moral como jurídica que surge, al estar en juego la vida y la integridad física y moral de la persona. Además, si pensamos que en estas fases la mayoría de los enfermos carecen de capacidad para tomar decisiones, la situación se complica.

Este proceso de cambio encuentra su fundamento en valores tales como:

Para Kant la dignidad es aquello que no tiene precio y nada hay equivalente a ella.

- *La dignidad humana*, entendida como la capacidad del sujeto de expresar sus deseos, de acuerdo con sus planes de vida y, sobre todo, el preservar la integridad física, psíquica y moral hasta los últimos momentos y en toda circunstancia. (art. 10.1 y art. 15 de la Constitución española y art. 1 del Convenio de Oviedo).

- Esto implica el principio de respeto recíproco en el ámbito relacional, sin excepciones, de manera que las personas no pueden ser instrumentalizadas ni sustituidas por nada ni nadie; ni ser consideradas como objetos o medios, sino como fines en sí mismas.
- La *igualdad* en la relación médico-paciente. Cada vez se pretende que sea más simétrica, incorporando el consentimiento informado como derecho y, por lo tanto, el deber del médico de informar de un modo inteligible para el paciente.
- La *calidad de vida* versus la santidad de la vida. Es decir, la vida humana se protege cuando es posible una cierta calidad, no se puede alargar artificialmente *sine die* la vida cuando ya no es posible recuperar la conciencia y un mínimo de calidad. Cada vez más se tiene en cuenta este criterio para la toma de decisiones en los casos difíciles, a los que se llega normalmente por la complejidad de los tratamientos y la tecnología aplicable.
- El propio principio de *autonomía* que anteriormente definíamos y que también recoge la *Ley de Dependencia de 2006*.

Noción legal de autonomía: es “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”.

Y así por contraposición, la misma ley define la dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

Con el fin de que el principio de autonomía sea válido en personas que se encuentren en situaciones graves de vulnerabilidad, han surgido una serie de instrumentos. Entre ellos, el más conocido, el testamento vital o “*living will*”, que se encuadra dentro de lo que se denomina por la doctrina anglosajona *“advances directives”*, “directrices anticipadas”, “instrucciones previas”, “indicaciones previas” o “voluntades anticipadas”, “cartas de autodeterminación”, etc. Así personas con riesgo de perder su autonomía serían aquellas sometidas a procesos de larga duración, como quienes sufran enfermedades degenerativas o que cursen con deterioro cognitivo, o quienes presenten circunstancias psíquicas, físicas, sensoriales o mentales que afecten a aquellas actividades de la vida cotidiana o a su capacidad de controlar o adoptar decisiones personales. Y pueden utilizar estos documentos para preservar, aún

en momentos de incapacidad, su autonomía. Veámoslo detenidamente.

3.1. ¿Qué son las Voluntades Anticipadas?

Las voluntades anticipadas (o instrucciones previas como dice la ley 41/2002) tienen su origen en lo que se denominó el *living will* o testamento vital. Éste tiene una historia fundamentalmente americana. Surgió en Estados Unidos para salir al paso de los problemas que planteaban situaciones muy concretas, a saber, la de los pacientes que, incapaces de manifestar su voluntad, no deseaban que se les prolongase artificialmente su vida. Y ello porque debido al avance vertiginoso de la tecnología de cuidados intensivos el enfermo podría permanecer con “vida” durante años. A esto se unían las numerosas demandas de responsabilidad civil que hospitales y médicos recibían, principalmente por omisión de tratamientos en pacientes en estado de enfermedad avanzada y el elevado coste de los servicios sanitarios, ya que en Estados Unidos no existe un sistema universal de Seguridad Social y de ese modo se evitaba una carga económica considerable para el paciente o su familia. La expresión “testamento vital” fue acuñada por Luis Kutner en 1969 y describía un documento mediante el cual un adulto capaz expresaba un conjunto de mandatos para que se llevaran a cabo en relación con su tratamiento, en el caso en que se encontrara inconsciente. En

Las voluntades anticipadas consisten en una serie de instrucciones respecto a los deseos de una persona capaz en relación con los posibles tratamientos médicos, previendo un futuro de incapacidad para decidir.

su acepción originaria se refería concretamente a la declaración formal de la voluntad realizada por un adulto capaz en la cual establece que, si él llega a encontrarse mental o físicamente enfermo, en fase terminal, no le sea aplicada ninguna terapia para prolongarle la vida.

Además en ese país es ya tradición no sólo médica, sino también jurídica (tanto jurisprudencial como legislativa), el contar con el consentimiento del paciente para la aplicación de cualquier tratamiento.

De este modo, si figuraban por escrito las preferencias del enfermo, se tendría la seguridad de que se interpretarían las indicaciones del paciente de acuerdo a lo que éste quería en realidad.

En la actualidad, se quiere dar mayor cobertura a los testamentos vitales, incluyendo la posibilidad de que se tengan en cuenta para la aplicación de cualquier tratamiento o terapia o incluso para negarse a ellos, sin restringirlo a los tratamientos de prolongación artificial de la vida. Y también se empiezan a aplicar a lo largo de la vida cuando haya situaciones de incapacidad transitoria, como en el caso de las personas que sufren enfermedades mentales. Lo que se pretende es llevar hasta las últimas consecuencias la posibilidad del consentimiento

informado no excluyendo de tal posibilidad ni siquiera a los que son incapaces.

Este es el espíritu que presenta el **Convenio de Oviedo**, en el que se establece en su art. 9: *“Se tendrán en consideración los deseos expresados con anterioridad respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no esté en condiciones de hacer saber su voluntad”*.

También, en la **Recomendación del Consejo de Europa relativa a la protección de los derechos del hombre y de la dignidad de los enfermos terminales y moribundos**, núm. 1418, de 25 de junio de 1999, en su art. 9.b),IV), se establece en este mismo sentido y concretamente para los enfermos terminales: *“La Asamblea recomienda, en consecuencia, al Comité de Ministros alentar a los Estados miembros del Consejo de Europa a respetar y proteger la dignidad de los enfermos incurables y de los moribundos en todos los aspectos: b) protegiendo el derecho de los enfermos incurables y de los moribundos a la autodeterminación, tomando las medidas necesarias: IV) para hacer respetar las instrucciones o la declaración formal (“living will”) rechazando ciertos tratamientos médicos dados o hechos anticipadamente por los enfermos incurables o moribundos incapaces ya de expresar su voluntad”*.

Convenio de Oviedo: “Se tendrán en consideración los deseos expresados con anterioridad respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no esté en condiciones de hacer saber su voluntad”.

En nuestro país, con la entrada en vigor del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina se ha adecuando nuestra normativa y ya en todas las Comunidades Autónomas se permite esta figura, además de su regulación estatal en la **Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica** que recoge en su art. 11 las instrucciones previas: *“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 expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o los órganos del mismo”*.

El valor jurídico de las voluntades anticipadas en nuestro país queda reducido a la posibilidad de elegir determinados tratamientos o negarse a ellos.

Actualmente, este documento no implica más que la posibilidad de determinar los tratamientos a los que se desea someter el paciente, no es más que una continuación del consentimiento informado, para aquellos supuestos en los que el enfermo carezca de capacidad.

3.2. Otros conceptos: *el mejor interés y el juicio sustitutorio* ¿Qué son?

Para aproximarse en el mayor grado posible a la “voluntad” del paciente, se han creado dos criterios

más, a saber, el denominado juicio sustitutorio (*substituted judgment*) y los mejores intereses (*bests interests*). La función primordial de estos dos criterios es guiar el proceso de decisión. Pueden ser utilizados independientemente o, como ocurre en la mayoría de los casos, interrelacionados. Estos estándares han surgido, al igual que los anteriores, en la práctica médico-asistencial norteamericana en relación con los pacientes inconscientes, cuando no hubieran dejado ninguna instrucción respecto a su tratamiento. Se les quiere proteger del posible abuso de técnicas reanimatorias o invasivas y se fundamentan en el derecho de rechazar o consentir un tratamiento, derecho incluido en el más general *right to privacy* (derecho a la privacidad).

El “juicio sustitutorio” consiste en la emisión de un juicio que sustituye la voluntad del paciente, es decir, se decide en función de lo que se cree que hubiera decidido la persona ahora privada de capacidad.

En este punto se plantea el problema de la validez del consentimiento presunto, pues eso es lo que es este criterio, en definitiva, es decir, el juicio que se supone que habría dado el sujeto pasivo de haberse encontrado en dicha situación. Trata de indagar en los posibles indicios que, en la vida consciente de dicha persona, nos puedan llevar a presumir que hubiera consentido tal medida. Este

criterio presupone que la persona que toma la decisión conocía muy de cerca las preferencias y los valores del paciente, para aproximarse al máximo a su voluntad. Para aplicar este estándar será necesario que el individuo haya sido en algún momento de su vida capaz de manifestar sus deseos, preferencias o valores. Sin embargo, este tipo de opiniones o manifestaciones se vuelven muy difíciles de probar en la práctica.

El “juicio sustitutorio” consiste en la emisión de un juicio que sustituye la voluntad del paciente, es decir, se decide en función de lo que se cree que hubiera decidido la persona ahora privada de capacidad.

El best interests (el mejor interés) consiste en que un tercero decide por el paciente de acuerdo con lo que sería mejor para él.

Este criterio entra en juego en aquellos casos en los que el paciente nunca ha sido consciente, aunque también puede utilizarse cuando no hay una voluntad clara al respecto. En esos casos no existe información disponible acerca de las preferencias del paciente, ni tampoco familiares o personas cercanas al enfermo que pudieran proveernos de tal información o bien, que, aun existiendo, no aparezcan muy claras las intenciones de aquéllos.

3.3. Los Familiares, Comités de Ética y Tribunales, entran en acción

Con estos criterios (mejor interés y juicios sustitutorios), se habilita la entrada de terceros en el proceso decisorio. Y es aquí donde más problemas de legitimación se plantean. Normalmente estas decisiones han venido tomándose por los **familiares**. En cierto modo es lógico. Se cree que en la mayoría de los casos un miembro de la familia hubiese sido el elegido por el paciente para hacer las funciones de *sustituto*; se presume también que un familiar será quien mejor conoce al enfermo y están en la mejor posición para determinar lo que hubiese deseado; además, normalmente será un familiar quien esté a cargo de cuidar de su bienestar y, por tanto, el más indicado para representarlo; finalmente, porque en nuestra sociedad le es otorgado a la familia un importante grado de autoridad y de discreción en los procesos decisorios en lo que respecta a sus miembros, en orden a preservar el valor de la familia. Evidentemente, estas aproximaciones son generales y como tales habrá que tomarlas. Lo indispensable en estos casos es estar al caso concreto y desde ahí decidir. Porque a nadie se le escapa que actualmente la concepción de la familia está en plena y profunda transformación. Estas consideraciones sólo establecen una presunción *iuris tantum* a favor de ella, que puede decaer en el caso de que existan ciertos indicios de riesgos para la integridad

del individuo. Por ejemplo, cuando exista un conflicto evidente entre la familia y el enfermo, o cuando haya habido una larga separación entre ellos durante años, o cuando exista cualquier indicio o sospecha de que la decisión que toman no va en interés del paciente sino en beneficio propio, etc. En este sentido, será de gran ayuda conocer cuál es la última voluntad del paciente, así como el patrimonio del que dispone.

Pero, en cualquier caso, el pivote sobre el que gira la decisión es el diagnóstico médico, que vinculará en cierto modo las decisiones. Pudiera pensarse con ello que volvemos al paternalismo médico, sin dejar espacio al enfermo. No lo creo así.

Esta situación lleva una novedad implícita cual es la del deber de informar del médico, quien ya no podrá sustraerse al deber de exponer las alternativas de tratamiento.

En el supuesto en que entrasen en conflicto las opiniones de los médicos y de los familiares existen dos posibilidades: la de los **Tribunales** y la de los **Comités de ética**. Los primeros intervienen en aquellos supuestos en los que se ponen en peligro, de un modo claro, la integridad física o la vida del paciente; o también cuando se da un conflicto, entre las opiniones del médico y los familiares. La legitimidad de la actuación de los jueces ha sido puesta

en entredicho, pues pudiera pensarse que en la huida del paternalismo médico hacia la autonomía individual, avanzamos hacia un imperialismo judicial. La única tarea que le correspondería sería una meramente formal, de procedimiento.

Por último, los Comités de ética, de reciente creación, son de gran importancia para los casos que nos ocupan.

La finalidad de los Comités de Ética consiste en promover el estudio y la observancia de principios éticos apropiados para el ejercicio de la “medicina asistencial”. Estos han sido creados precisamente con el fin de tomar decisiones en casos difíciles.

La justificación de estos Comités vendría dada por dos razones: una, sirven de apoyo al profesional, a los familiares o al enfermo que haya de tomar una decisión en un contexto de conflicto ético; y, dos, ejercen un control social en un ámbito en que están en juego derechos e intereses de todos y cada uno de los individuos de una comunidad, pues, la salud es, obviamente, un bien primario, esto es, condición para poder gozar de cualquier otro bien. La lógica de funcionamiento del Comité no debería estar encaminada tanto a establecer lo que es lícito o ilícito, cuanto a asegurar que la decisión de aquel que está involucrado en el problema (médico, paciente u otra persona) pueda tomarse tras una adecuada

La finalidad de los Comités de Ética consiste en promover el estudio y la observancia de principios éticos apropiados para el ejercicio de la "medicina asistencial".

reflexión, esto es, primero, sin pasar por alto importantes componentes informativos; segundo, con la seguridad de haber evitado falacias derivadas de la vaguedad o de la polivalencia semántica de los conceptos y de las nociones en juego; tercero, después de conocer y recorrer las diversas estrategias éticas que se hayan considerado válidas en otros casos similares para encontrar una solución; y, finalmente, después de haber seguido en su totalidad todos los argumentos racionales disponibles.

Esta práctica surgió también en Estados Unidos. Los Comités están formados normalmente por médicos, juristas, asistentes sociales, psicólogos, sacerdotes, etc., los cuales deberán analizar los casos más extremos y conflictivos con el fin de aportar una solución lo más justa posible. En defecto de la decisión del paciente y en defecto también de una transparente toma de postura por parte de la familia, estos Comités cumplen una labor encomiable, de gran ayuda sobre todo para los médicos, quienes, en última instancia, deben decidir sobre la utilidad de cierto tratamiento o la conveniencia de suspender una determinada terapia.

3.4. Requisitos formales de las Voluntades Anticipadas (Instrucciones previas, Testamento Vital)

Siendo como son, estos instrumentos, sustitutorios de la voluntad del paciente, se deberán extremar las garantías en su emisión, de modo que haya sido realizado con toda seriedad, reflexión e información. Para ello, será indispensable el adoptar todo tipo de precauciones, tanto en el momento de suscribirse, como en el de ejecutarse. Todas las garantías tenderán a proteger al enfermo de cualquier manipulación o coerción exterior, así como a determinar la competencia del mismo. Debe asegurarse que la persona que adopte este tipo de medidas sea mayor de edad, con capacidad legal suficiente y, además, que lo otorgue libremente.

Para ello, será indispensable el deber de información del equipo médico sobre su situación, diagnóstico y alternativas posibles. El enfermo deberá conocer el significado, el alcance y los riesgos del tratamiento, los efectos positivos y negativos de eventuales terapias que le sean propuestas. En este punto surge una cuestión muy importante, pero que es demasiado extensa como para tratarla aquí en este momento. Es la problemática que implica el “si la verdad debe ser dicha o no”. Para resolver esta cuestión, aparte de múltiples matices, será necesario tener en cuenta la capacidad del sujeto de recibirla.

La verdad no debe ser tratada como un incómodo objeto del cual hay que librarse. Muchas veces, por ejemplo, la dificultad en comunicar al enfermo su verdadera situación procede más del médico que del enfermo, ya que a aquél todavía le cuesta enfrentarse a la muerte, puesto que, en último término, supone un fracaso de su pericia. La comunicación con el enfermo debe ser, por tanto, verdadera, en el sentido de que no puede haber falsedad en las actitudes del profesional médico ni en las de los familiares, tendentes a ocultar los hechos y a engañar al enfermo. No obstante, como es obvio, se tendrá que estar al caso concreto y analizar los pros y los contras de que esa información sea dada, porque pueden darse situaciones en las que sea más prudente el silencio, con el fin de no perjudicar a un paciente aprensivo y con síntomas depresivos. En general, de acuerdo con el *principio del secreto*, “es lícito ocultar a una persona informaciones que afectan a su salud, si con ello: se respeta su personalidad, o se hace posible una investigación a la que ha prestado consentimiento”.

Debe asegurarse que la persona que emita voluntades anticipadas (testamento vital) sea mayor de edad, con capacidad legal suficiente y, además, que lo otorgue libremente.

Teniendo en cuenta que uno de los problemas es la distancia entre el momento de expresar la voluntad y su ejecución, se requiere que exista la posibilidad de modificarlo hasta que el enfermo pierda la consciencia. En general, se exige que sean modificados o ratificados cada cinco años. Si se llegasen a plantear problemas de autenticidad del documento, habría que admitir su validez, siempre y cuando la

voluntad expresada fuera coherente con el sistema de valores del paciente y su actitud ante la vida, particularmente en el período anterior a su vida.

Además, el documento deberá emitirse en presencia de testigos. Estos no deberán tener ningún interés material directo en la continuación del tratamiento o en su interrupción, ni relación patrimonial con el enfermo. Evidentemente, los problemas prácticos no son baladíes, de ahí que se exija que la expresión de la voluntad se realice ante un fedatario público, con el fin de que esa decisión sea respetada tanto por el médico como por la familia.

Otro de los requisitos que se repite en toda las leyes consiste en que tales documentos no contengan ninguna instrucción que vulnere el derecho vigente ni la buena práctica clínica o que no se correspondan exactamente con el supuesto de hecho que se hubiera previsto en el momento de emitirlas. La inaplicación de las instrucciones previas contrarias a la *lex artis* parece tener su fundamento en la posibilidad de que los deseos del paciente se hayan manifestado con mucha anterioridad a la intervención y la ciencia médica haya avanzado de tal modo, que pueda existir un desfase entre la voluntad plasmada en el documento y las posibilidades que puede ofrecer la Medicina, debido a que en el momento en el que se otorgaron las instrucciones previas no

Uno de los problemas es la distancia entre el momento de expresar la voluntad y su ejecución por ello se requiere que exista la posibilidad de modificarlo.

Estos documentos no deben de contener ninguna instrucción que vulnere el derecho vigente ni la buena práctica clínica.

existieran las posibilidades posteriores para afrontar la dolencia.

Respecto a la no aplicación de las voluntades anticipadas que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarla, resulta claro que si no existe tal correspondencia estaremos ante un supuesto distinto del previsto por el paciente y, por tanto, no existe ninguna instrucción previa al respecto.

Para que sean efectivas las instrucciones previas será imprescindible que sean accesibles.

Para que sean efectivas las *instrucciones previas* será imprescindible que sean accesibles en los momentos y lugares en que se requiera conocer su contenido y su existencia. Con esta función se ha creado el Registro Nacional que asegura el conocimiento de dicho documento en todo el Sistema Nacional de Salud, con el volcado periódico de cada uno de los Registros Autonómicos. Estos documentos pueden revocarse libremente en cualquier momento, dejando constancia por escrito de la revocación. El que estas instrucciones se formalicen por escrito constituye una garantía para que se respete la voluntad del paciente y también una prueba documental que exonerará de responsabilidad al médico que deba aplicar u omitir el tratamiento.

3.5. ¿Cómo valoramos las Voluntades anticipadas?

En general, la valoración de estos instrumentos surgidos ante necesidades concretas de la práctica de la Medicina, viene siendo positiva. Una gran parte de los estudiosos en el campo de la Bioética consideran que la concreción de la voluntad del paciente, cuando éste ya ha perdido la consciencia, es un importante paso adelante en defensa de la autonomía del individuo. Este principio, representa un autoafirmarse del paciente frente a lo que ha sido hasta hace bien poco un poder desorbitado del médico. Equiparan estas medidas a aquellas que se utilizan para disponer de los bienes patrimoniales. Para muchos, una vez que el paciente ya no es consciente, ésta es la mejor forma o la forma menos entrometida de tomar decisiones y el mejor modo de respetar su autonomía. Siendo él el que indica las instrucciones a seguir o el que señala su propio representante, tiene la confianza de saber que se seguirán sus preferencias o que dicha persona tomará las decisiones por él, mejor que otro que él no hubiera elegido. Las indicaciones previas garantizan, así, la elección individual que, indudablemente, será preferible a las que pudieran tomar los médicos o los familiares, en principio.

No obstante, existen diferencias valorativas en torno a la validez de estos instrumentos. Algún sector

de la doctrina se la niega por el riesgo implícito de esta legislación de legitimar la eutanasia. El ámbito en el que se encuadra el uso del testamento vital está muy próximo a la eutanasia y su mera mención reconduce a ella, aunque el *living will* (*testamento vital*) ni surgió con ese fin, ni tiene por qué circunscribirse a los supuestos eutanásicos. La conexión entre el testamento vital y la eutanasia también se debe a que las Asociaciones en pro del derecho a morir con dignidad y los partidarios de la licitud de estas prácticas, reivindican el derecho a decidir sobre la propia vida cuando ya no haya consciencia por parte del individuo, por medio del testamento vital. Este documento ha alcanzado una gran difusión en la opinión pública gracias a la publicidad que le han dado estas asociaciones. En estos supuestos, el testamento vital no es simplemente un instrumento para no someterse a un determinado tratamiento, sino que se expresa por medio del mismo la voluntad de quien, llegado al punto de irreversibilidad de su situación, solicita que se le aplique una dosis letal y así se termine con lo que él considera una vida indigna y vegetativa.

En nuestro país no existe una tradición en el uso de las voluntades anticipadas. Esa falta de utilización se puede deber a que en general no existe una práctica extendida en la que el paciente tome parte en las decisiones acerca de los tratamientos en el curso de su enfermedad, bien porque prefiere

que lo hagan otros, bien porque su decisión no habría diferido en mucho a esas decisiones. Si bien es verdad que hay un marco normativo complejo en el que fundamentarse, hay que profundizar más en algunos aspectos. Por ejemplo, habrá que conocer mejor cómo viven los ciudadanos españoles la posibilidad de la muerte, cómo desean ser tratados en esos momentos finales, qué valores desean que se les respeten, cómo quieren que se impliquen los profesionales sanitarios, sus familiares y sus representantes en la toma de decisiones clínicas cuando ellos no sean capaces de decidir.

Otro de los inconvenientes es que las instrucciones del paciente pueden ser detalladas o generales. En el primer caso, un testamento vital, por ejemplo que prohíba un determinado tratamiento puede quedar anticuado cuando llegue la hora de aplicarlo. Y en el segundo, si son generales, no van más allá de lo reconocido ya, de la práctica habitual. Además, mientras no esté enfermo, no hay de qué informarle para que libremente consienta, con lo que las instrucciones que se den serán totalmente hipotéticas.

Otro de los posibles inconvenientes es que, a pesar de que sea una garantía el que se exija que sea por escrito, esto mismo puede ser un impedimento. Porque, a veces ese documento escrito no se ha realizado con la información suficiente o el lenguaje utilizado es ambiguo e impreciso y puede dar

En nuestro país no existe una tradición en el uso de las voluntades anticipadas.

lugar a distintas interpretaciones, no simplemente formales, sino sustanciales. El escrito no excluirá la interpretación y, por tanto, el juicio del que debe ejecutar esas directrices. Incluso, aunque se recoja en un texto legal esta posibilidad, cada palabra igualmente requiere su interpretación, un hecho que, sin duda, limita su utilidad. El que debe tomar la decisión efectivamente determinará en parte su contenido.

Los pacientes estarán mejor atendidos o, al menos, tratados como ellos desean, si existen voluntades anticipadas.

*Los pacientes
estarán mejor
atendidos
o, al menos,
tratados como
ellos desean,
si existen
voluntades
anticipadas.*

En general, lo que es claro es que la importancia moral de las indicaciones previas (testamento vital) se incrementará en el grado en el que coincidan con la decisión reflexiva, informada y contemporánea del paciente. En el supuesto de que se trate de indicaciones en las que se haya nombrado a alguien, todo dependerá de la confianza y conocimiento que la persona designada tenga respecto de las preferencias del paciente. En el caso en que se trate de indicaciones sin haber designado a una persona, entonces tales instrucciones deberán ser cuidadosamente consideradas y muy detalladas.

Lo mejor sería optar por unas indicaciones previas combinadas, es decir, una serie de instrucciones en las que el paciente estableciese sus preferencias

en orden a su integridad física y moral al final de su vida y a la vez nombrase un apoderado, un sustituto, para que tome la decisión conforme a dichas instrucciones.

Para que fuesen realmente prácticas y viables sería necesario que se combinaran estos tres factores: que fuesen lo más concretas posible, que se nombre un apoderado (sustituto o representante) y que ese sustituto fuese un miembro de la familia o alguien cercano al paciente para interpretar las instrucciones o para tomar decisiones. Y, por último, para los supuestos en que no existan estos documentos de voluntades anticipadas, testamento vital o instrucciones previas, deberían de elaborarse por equipos interdisciplinarios unos protocolos, incluyendo una serie de criterios-guía para decidir en estos casos.

Teniendo en cuenta que se trata de una cuestión muy delicada, será necesaria una divulgación de esta posibilidad en el conjunto de la sociedad, pero sobre todo en aquellos sectores más afectados (médicos, enfermos, juristas, éticos, psicólogos...).

Bibliografía y notas explicativas

ANDORNO, R., (1998), *Bioética y dignidad de la persona*, Madrid, Tecnos, p. 34.

CHARLESWORTH, M., (1996), *La bioética en una sociedad liberal*, Cambridge, University Press, pp. 13-50

GONZÁLEZ R. ARNAIZ, G., (2016), *Bioética: un nuevo paradigma. De Ética aplicada a Ética de la vida digna*, Madrid, Tecnos.

JUNQUERA DE ESTÉFANI, R. (Director), (2008), *Bioética y Bioderecho. Reflexiones jurídicas ante los retos bioéticos*, Granada, Comares.

MARCOS DEL CANO; A. M., (1999), *La Eutanasia: estudio filosófico-jurídico*, Madrid, Marcial Pons-UNED, pp. 108-109

MARCOS DEL CANO, A. M. (Coord.), (2014), *Voluntades anticipadas*, Dykinson, Madrid.

REICH, W. T. (Ed.), (1978), *Encyclopedia of Bioethics I*, New York, The Free Press.

Notas

Algunos apartados de este Cuaderno se encuentran más desarrollados en: JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “Los derechos humanos: criterios referenciales para la bioética” (*Moralia*, 103, 2005, pp. 7-32) y en: “¿hacia una mayoría de edad sanitaria?”, en S. Adroher Biosca y F. de Montalvo Jaaskelain (ed.), *Los avances del Derecho ante los avances de la Medicina*, Madrid, Thomson-Aranzadi/Comillas, 2008, pp. 475-489, si bien han sido modificados y reelaborados.

El epígrafe 3 (Capacidad en situaciones de Vulnerabilidad) ha sido realizado en el marco el proyecto DER 2013-41462-R) y pueden encontrarlo más ampliado en: MARCOS DEL CANO, A.M., *Derecho, salud y dependencia: perspectivas de futuro*, Dykinson, Madrid, 2017.

Los autores

Rafael Junquera de Estéfani es profesor de Filosofía del Derecho en la Facultad de Derecho de la UNED, habiendo sido docente de Teoría del Derecho y de Filosofía del derecho en los estudios de Derecho. También ha impartido docencia en Ética y Deontología Públicas del grado de Ciencias Jurídicas de las Administraciones Públicas y en diversos Másteres Universitarios y en cursos de formación permanente. Ha colaborado en la creación del Comité de Ética Socio Sanitaria del Centro Residencial para Personas Mayores Nuestra Sra. Del Perpetuo Socorro (Santa Fe, Granada). En este momento es Presidente del mencionado Comité. Es Presidente del Patronato de la Fundación Europea para el Estudio y Reflexión Ética (Funderética)

y Vicepresidente de la Fundación Mediterránea de Derechos Humanos.

Ana María Marcos del Cano también es profesora de Filosofía del Derecho en la Facultad de Derecho de la UNED, habiendo sido docente de Teoría del Derecho y de Filosofía del derecho en los estudios de Derecho. Es la investigadora principal y coordinadora del Grupo de Investigación Derechos Humanos, Bioética y Multiculturalismo.

éti

cuadernos de
ética
en clave cotidiana



C/ Félix Boix, 13 28036 Madrid
fundraising@funderetica.org
www.funderetica.org