

# **FUNDAMENTOS ÉTICOS DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS**

## **La perspectiva del enfermo en el hospital**

Dr. José-Ramón Ara

Jefe de Sección de Neurología

Presidente del Comité Asistencial de Ética

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

### **INTRODUCCIÓN**

En las condiciones habituales de la relación clínica la toma de decisiones la realiza el paciente una vez dispone de una información adecuada. El problema surge cuando el enfermo no está mentalmente capacitado para decidir. En estas circunstancias se aceptan tres criterios de lo que podríamos denominar buena práctica clínica en el proceso de toma de decisiones: voluntades anticipadas, juicios de sustitución y el criterio de máximo beneficio para el paciente. Estos criterios tienen una jerarquía en su aplicación: si es posible, se deben utilizar las voluntades anticipadas antes que los juicios de sustitución y estos últimos antes que el criterio de máximo beneficio.<sup>1</sup> Las voluntades anticipadas son declaraciones en las que una persona indica quién debería tomar decisiones en su nombre o qué intervenciones aceptaría o rechazaría, para el caso en que no tuviera la suficiente capacidad mental para decidir. El juicio de sustitución se utiliza ante la falta de una declaración de voluntades anticipadas suficientemente explícita o aplicable a las circunstancias concretas

del caso, y se intenta decidir como lo haría el propio paciente, teniendo en cuenta todo lo que se conoce sobre su forma de pensar, sus valores y creencias. Por último, el criterio de máximo beneficio para el paciente se aplica en ausencia de un conocimiento suficiente de sus preferencias y consiste en que el médico y los familiares tomen las decisiones que consideren le pueden aportar el mayor beneficio.

Situados ya en el marco de la toma de decisiones sanitarias para una persona mentalmente incapacitada, revisaremos a continuación y de forma específica las declaraciones de voluntades anticipadas.

### **DEFINICIÓN** ¿Qué son las Voluntades anticipadas?

Como ya hemos indicado, las voluntades anticipadas son una declaración mediante la cual una persona mayor de edad, con capacidad mental suficiente y libremente, expone las instrucciones que se deben tener en cuenta respecto a la atención sanitaria que desea recibir en situaciones en las cuales no pueda ya expresar personalmente su voluntad. En esta declaración, se pueden expresar tanto las preferencias sobre determinados tratamientos como la autorización a una tercera persona para tomar las decisiones en su nombre.<sup>2</sup> Hay que tener en cuenta además, aunque no esté recogido en la Ley de Salud de nuestra Comunidad Autónoma,<sup>3</sup> que las preferencias de los pacientes acerca de determinados tratamientos pueden recogerse por su médico a lo largo de la relación clínica en lo que se denomina la historia de valores, dejando constancia de ello en la historia clínica. Por último, las voluntades anticipadas podrían también expresarse oralmente, sin necesidad de estar

documentalmente recogidas, aunque en estos casos pueden producirse más problemas en el momento en que se requiera su aplicación.

## **JUSTIFICACIÓN**

En la bioética actual hay dos conceptos clave, la asunción de la dignidad de todas las personas, es decir, que todo ser humano merece básicamente igual consideración y respeto, y el reconocimiento de las personas como seres intelectual y moralmente autónomos. Este reconocimiento conlleva la obligación de respetar las decisiones de las personas en los ámbitos que les son propios. De esta forma, el respeto a la autonomía de las personas, estaría enmarcado en el principio de no maleficencia y sería exigible en una ética de mínimos, como de hecho así se recoge legalmente en nuestro país. El facilitar y estimular en lo posible que las personas participen en la toma de las decisiones, pertenecería ya al principio de beneficencia, por tanto, algo deseable, que marca la excelencia en la práctica profesional, pero no obligatorio y exigible.<sup>4</sup>

Este respeto de la autonomía de las personas se traduce en el ámbito sanitario en la teoría del consentimiento informado, proceso de comunicación gradual entre el médico y el paciente, a través del cual el paciente acepta, o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de conocer y reflexionar sobre su naturaleza, riesgos y beneficios que conlleva, así como sus posibles alternativas. Es bien conocido que para que este consentimiento sea válido se requieren varias condiciones: el paciente debe tener acceso a la información relevante sobre el proceso en cuestión en los términos que le permitan una adecuada comprensión, debe estar capacitado mentalmente para

comprender la situación a la que se enfrenta y para tomar decisiones, y por último, el consentimiento debe ser otorgado libremente, sin manipulación ni coacción.<sup>5</sup>

El problema que estamos ahora considerando surge cuando el enfermo, debido a su situación mental, no es capaz ya de participar en la toma de decisiones en el ámbito sanitario. Los documentos de voluntades anticipadas se revelan aquí como una extensión de la autonomía reconocida de las personas, permitiendo que éstas puedan expresar sus deseos y decisiones para situaciones médicas previsibles en el futuro, a través de sus instrucciones sobre cuidados y tratamientos concretos, y a través de las personas a las que faculta para que tomen las decisiones en su nombre.

## **DESARROLLO HISTÓRICO**

El reconocimiento de la autonomía de las personas para tomar decisiones en el ámbito sanitario es un derecho de reciente adquisición.

En el campo de la investigación médica, tanto el Código de Nuremberg de 1947,<sup>6</sup> como la Declaración de Helsinki de 1964 con sus revisiones posteriores<sup>7</sup> y el Informe Belmont de 1978,<sup>8</sup> destacan la obligatoriedad del consentimiento informado de los sujetos de investigación.

En lo que respecta a la práctica clínica, la idea del derecho de los pacientes al ejercicio de su autonomía ha permanecido muchos siglos alejada de los valores predominantes. La Ley General de Sanidad,<sup>9</sup> en su artículo 10, recoge ya el derecho al consentimiento informado y a rechazar tratamientos. Este último aspecto no fue recogido por el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de nuestro país hasta 1999.<sup>10</sup>

Con respecto a las voluntades anticipadas, que suponen un paso más en el reconocimiento de la autonomía de los individuos, tuvieron su origen en los Estados Unidos. En 1967, un abogado de Chicago, Luis Kutner, preocupado por la repercusión negativa que los avances tecnológicos en el ámbito sanitario podían tener sobre los pacientes, en el sentido de imponerles tratamientos no deseados, confeccionó un documento mediante el cual cualquier ciudadano pudiera expresar su negativa a ciertos tratamientos en caso de enfermedad terminal, el denominado testamento vital. En 1976 se aprobó la ley sobre la muerte natural en California ( The California Natural Death Act ), que inició la creación de leyes estatales en EEUU sobre testamentos vitales. En 1991 se aprobó la ley de autodeterminación del paciente ( Patient Self-Determination Act ) que obliga a que las instituciones sanitarias requieran a los pacientes acerca de su voluntad para establecer documentos de voluntades anticipadas y se establecen formularios para facilitar su cumplimentación.

En Europa, el Convenio del Consejo de Europa relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, de fecha 4 de abril de 1997,<sup>11</sup> en su artículo 9 “Deseos expresados anteriormente” establece que *“Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad”*. A partir de esa fecha, en nuestro país, diversas comunidades autónomas, empezando por Cataluña<sup>12</sup> y recientemente también Aragón<sup>3</sup>, han aprobado normativas relativas a las voluntades anticipadas.

## **DELIMITACIÓN CONCEPTUAL**

En consonancia con el espíritu que empujó la aceptación social de las voluntades anticipadas, estas declaraciones suponen habitualmente el rechazo de tratamientos de soporte vital en las condiciones que cada ciudadano considera que conllevan una calidad de vida no digna para ellos. Por esto, algunas personas han denominado como eutanasia pasiva el respeto de estas voluntades anticipadas por parte del médico y otras consideran que no existen claras diferencias con la eutanasia activa. En este sentido conviene tener presentes dos cuestiones. El término de eutanasia pasiva se refiere a la interrupción (eutanasia pasiva por acción) o no inicio (eutanasia pasiva por omisión) de un tratamiento de soporte vital, bien sea por negativa del enfermo a su aplicación o porque en las circunstancias concretas del paciente el médico considera que dicho tratamiento, habitualmente útil, no le aporta beneficio. La eutanasia activa consiste en la administración intencional de medicaciones u otras intervenciones para causar la muerte de otra persona y evitar así que ésta sufra o que muera de un modo considerado indigno, a requerimiento explícito, voluntario e informado de la misma.

Veamos las diferencias. Para que una intervención médica sea correcta, entre otras condiciones, se exige que esté “indicada”, es decir, que sea pertinente para la salud del paciente concreto según el estado actual de la ciencia, y, además, disponer de consentimiento informado del paciente a dicha intervención. En la eutanasia pasiva no se realiza un tratamiento de soporte vital porque falta una de dichas condiciones: la indicación ( el médico no lo considera beneficioso en las circunstancias concretas del paciente) o el consentimiento (el paciente rechaza dicho procedimiento). Sin embargo, en la

eutanasia activa el médico realiza un procedimiento, con consentimiento del paciente, pero que no está indicado, en el sentido de que no es pertinente para la enfermedad o los síntomas que ésta origina. Por otra parte, aunque en ambas actuaciones puedan coincidir algunos de los elementos que permiten catalogar la moralidad de un acto, como son la naturaleza de la acción, el consentimiento del enfermo, e incluso el resultado, otro de estos elementos, la intención del agente (en este caso el médico), es siempre diferente de una forma que resulta significativa desde el punto de vista ético: en la eutanasia activa el médico actúa con la intención de provocar la muerte del enfermo, en la eutanasia pasiva la intención del médico es no prolongar el proceso de morir cuando un tratamiento se considera ya inútil o respetar el derecho de todo ciudadano a rechazar un tratamiento indicado.

Por tanto, vemos que hay unas diferencias relevantes entre ambos tipos de eutanasia, y que la denominada eutanasia pasiva está ampliamente aceptada ética y legalmente. Por ello, para evitar confusiones terminológicas y conceptuales que enmascaran el debate en torno a los procedimientos para lograr una buena muerte, se viene recomendado reservar el término *eutanasia* para la eutanasia activa voluntaria y hablar en los otros casos de *rechazo a tratamientos y retirada o no inicio de tratamientos*.

## **INTERROGANTES SOBRE LA APLICACIÓN DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS**

### **1. SIGNIFICADO PRÁCTICO**

Aunque inicialmente la propuesta de testamento vital estaba respondiendo al temor de que la tecnología condujera a los médicos a imponer tratamientos de

soporte vital a pacientes que podían no quererlos, al profundizar en este concepto y en la forma de ponerlo en práctica se ha visto que lo fundamental es el proceso que conduce a él: dejar de considerar el proceso de morir como un tema tabú, implicando al paciente, familia y médico en la mejor forma de finalizar la vida; las voluntades anticipadas son un componente más de los cuidados, que facilita al paciente con una enfermedad terminal asegurar su dignidad, confort y un cierto control en esos momentos. <sup>13</sup>

## *2. FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN*

En países como EEUU, donde hace ya años que se dispone de una normativa que favorece la cumplimentación de los documentos de voluntades anticipadas, se tiene la impresión de que a pesar de que los ciudadanos conocen esta posibilidad de expresar sus deseos respecto a determinados tratamientos, la utilizan poco, con cifras de prevalencia de uso que oscilan, en general, entre el 5 y el 34 %. <sup>14-18</sup> Se ha visto que los principales problemas que tienen los pacientes para confeccionar estos documentos son la falta de un conocimiento suficiente de su significado y alcance, así como un cierto temor de no recibir los cuidados apropiados al final de su vida si habían firmado uno de estos documentos. <sup>19</sup>

Esta frecuencia de utilización parece que puede ser incrementada mediante sencillas intervenciones informativas. <sup>20-23</sup>

## *3. QUIÉN DEBE INICIAR LA DISCUSIÓN Y CUÁNDO*

Los datos disponibles sugieren que aunque los pacientes conozcan la existencia de los documentos de voluntades anticipadas prefieren que sean los médicos los que inicien las conversaciones sobre los tratamientos y cuidados que preferirían en el final de sus vidas, <sup>24</sup> y si bien los médicos tienen con

frecuencia una cierta preocupación de que abordar este tema suponga un malestar para los pacientes,<sup>25</sup> éstos agradecen en general el disponer de la oportunidad de contrastar sus valores y preferencias con su médico,<sup>26</sup> y preferirían que sucediera más precozmente en relación a la historia natural de la enfermedad y en relación con el inicio de la relación clínica.<sup>24</sup>

#### *4. ESTABILIDAD DE LAS DECISIONES*

La credibilidad y grado de vinculación de los documentos de voluntades anticipadas depende en parte del grado de estabilidad que gozan las decisiones que se toman en relación con los problemas médicos del final de la vida. En general se considera que las decisiones de renuncia a tratamientos de soporte vital son bastantes estables, manteniéndose la decisión en alrededor del 70 % de los casos; no ocurre lo mismo cuando las decisiones son de aceptar tratamientos de soporte vital, ya que en este caso, únicamente alrededor del 30% indicaron en posteriores entrevistas que deseaban mantener dichas decisiones.<sup>27</sup> También se ha observado que los pacientes que cumplimentan un testamento vital suelen mostrar una mayor estabilidad de sus decisiones respecto a los que no lo hacen<sup>27</sup> y que a pesar de la moderada estabilidad en las decisiones sobre tratamientos en el final de la vida formuladas mediante un testamento vital, es necesario discutir con el médico las diferentes opciones posibles para aclarar malentendidos, y revisar periódicamente, quizá cada 1-2 años, las decisiones tomadas.<sup>28</sup>

#### *5. GRADO DE LIBERTAD A LA HORA DE INTERPRETAR LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS*

Los documentos de voluntades anticipadas en ocasiones pueden ser muy genéricos o demasiado concretos, con lo que se producen problemas a la hora

de la interpretación de la voluntad real del paciente. En el estudio de Sehgal y cols <sup>29</sup> los pacientes entrevistados manifestaron que deseaban que se tomaran en cuenta sus deseos de una forma estricta en el 39 % de los casos, y con completa libertad en el 31 % de los casos. Es en estas situaciones donde adquiere especial importancia la figura del representante, que puede ser designado en el mismo documento de voluntades anticipadas y será el que tome las decisiones sanitarias por el paciente cuando éste no pueda hacerlo y existan dudas en la interpretación de sus preferencias. <sup>30</sup>

#### *6. ¿QUÉ HACER SI EXISTE DESACUERDO ENTRE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS DEL PACIENTE Y LOS DESEOS DE LA FAMILIA?*

En ocasiones pueden plantearse desacuerdos en la interpretación de las voluntades anticipadas entre el equipo médico y la familia o el representante designado del paciente. En estos casos habrá que explorar las causas del desacuerdo, sopesando si se deben únicamente a que la voluntad expresada del paciente no coincide con los valores y creencias de la familia, o bien consideran que el manejo del enfermo no coincide con lo manifestado por él. Si no se llega a un acuerdo en la conducta a seguir, se recomienda consultar con el Comité Asistencial de Ética del hospital, esperando que una ponderación colegiada, multidisciplinar y racional del problema pueda aportar argumentos y consideraciones más aceptables por las partes en conflicto. <sup>31</sup>

#### *7. REPERCUSIÓN DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS EN LOS COSTES SANITARIOS.*

Se ha planteado que la extensión del uso de las voluntades anticipadas, además de permitir el ejercicio de la autonomía de los ciudadanos, tendría una

repercusión favorable en la contención de gastos sanitarios, lo que provocaría suspicacias en algunos sectores de la población. Schneiderman y cols.<sup>32</sup> en un ensayo clínico realizado entre pacientes con enfermedades amenazantes para la vida mostraron que el hecho de que los pacientes dispusieran de voluntades anticipadas no tenía consecuencias significativas, positivas ni negativas, en cuanto al bienestar del paciente, ni a los costes del tratamiento médico, en comparación con los pacientes que no habían expresado voluntades anticipadas.

En una reciente revisión sistemática de la influencia de las voluntades anticipadas sobre el uso de recursos hospitalarios, se ha apreciado que hay muy poca evidencia, algunos estudios retrospectivos, que apoye la hipótesis de que las voluntades anticipadas reduzcan la utilización de recursos en los pacientes hospitalizados; los ensayos prospectivos, metodológicamente de mayor calidad, han demostrado que no se produce un ahorro significativo con el uso de voluntades anticipadas.<sup>33</sup>

## *8. CUESTIONES DE FONDO*

No podemos dejar de tener en cuenta las consideraciones de algunos autores críticos con el significado y función de las voluntades anticipadas.<sup>34</sup> Habría ocasiones, por ejemplo en estados de demencia, en que podría asumirse que estamos ante una nueva persona con unos intereses y valores diferentes, que merecerían un respeto específico más allá de las disposiciones previas. Por otra parte, puede dudarse del grado de información que poseen los pacientes sobre los posibles tratamientos a los que se enfrentarán en el futuro, no sólo en el caso de aquellos que cumplimentan un documento de voluntades anticipadas sin consultar y discutir las dudas con su médico, sino también en el

de aquellos que han recibido el soporte del profesional sanitario, ya que, aducen, cada decisión médica es única y es prácticamente imposible anticipar todos los hechos relevantes de un caso concreto. Por último, resaltan la paradoja de que finalmente es el médico, y no el paciente, el que tiene la última palabra, decidiendo cuándo se aplican las voluntades anticipadas.

## **INTEGRACIÓN DE LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

A pesar de los problemas que la utilización de las voluntades anticipadas puede conllevar, resulta evidente que conocer de la mejor forma posible los deseos de los pacientes acerca de tratamientos de soporte vital y otros cuidados en las fases finales de la vida es mejor que tomar decisiones de acuerdo con la interpretación de lo que familia y médico consideran que es lo mejor para el paciente. Varios estudios han puesto de manifiesto que los familiares que habitualmente toman las decisiones por los enfermos cuando éstos no pueden, no suelen predecir correctamente la voluntad del paciente más allá de lo esperado por el azar y tienden a sobreestimar los deseos de los pacientes en relación con los tratamientos de soporte vital.<sup>35-37</sup> El único factor que mejora el porcentaje de acierto es la discusión apropiada de lo relativo al uso de dichos tratamientos entre el enfermo y su familia.<sup>35</sup>

Y la discusión con el médico, aunque totalmente necesaria, no se ha mostrado menos proclive a los problemas. Suelen tratarse situaciones extremas, en las que la mayoría de los pacientes cuando se les consulta rehúsan tratamientos de soporte vital, muchas menos veces se abordan situaciones reversibles o con

incertidumbre de resultado, y raramente se intenta conocer los valores y creencias de los pacientes así como su actitud hacia la incertidumbre.<sup>38</sup>

¿Cómo podemos entonces favorecer el ejercicio de la autonomía de nuestro pacientes a través del ejercicio de las voluntades anticipadas?. Existe una metodología que facilita la integración de las voluntades anticipadas en la práctica clínica habitual con la finalidad de “normalizar” un proceso que aunque valioso, requiere una disposición y formación por parte de los profesionales, y unos tiempos para poder desarrollarlo.<sup>1, 31, 39, 40</sup>

1. ¿Con qué pacientes y cuándo se debería iniciar la discusión?

Los médicos deberíamos discutir futuros tratamientos de soporte vital con los enfermos que previsiblemente perderán la capacidad mental para decidir, por ejemplo pacientes con inicio de demencia, y en aquellos en los que no sería sorprendente que fallecieran, como pueden ser los pacientes terminales y los pacientes con enfermedades cardíacas y pulmonares graves. Se recomienda iniciar las conversaciones sobre voluntades anticipadas en las primeras visitas de la relación clínica, poniendo énfasis en que esta discusión se enmarca en el contexto de un acto médico ordinario con la intención de conocer, comprender y respetar la voluntad del enfermo respecto a sus cuidados médicos futuros.

2. Qué es lo que deberíamos discutir

Deberíamos intentar concretar cuáles son los valores y preferencias generales del paciente, cuáles son sus deseos en relación con los

escenarios clínicos concretos previsibles en su situación, si sus voluntades anticipadas deberían interpretarse de una forma estricta o con una cierta flexibilidad, y quién debería actuar como su representante en las discusiones que se pudieran plantear.

Para empezar, parece que lo más sencillo es hacerlo preguntando acerca de quién le gustaría que fuera su representante, e invitarle a participar en la discusión del resto de cuestiones.

Para conocer cuáles son los valores y creencias generales son útiles preguntas del tipo “¿Puede decirme qué es para Vd. una vida saludable e independiente? ¿Qué es lo que más le preocupa de una enfermedad grave? ¿Si su familia tiene que tomar decisiones en su nombre, qué cosas le gustaría que siempre tuvieran en cuenta? ¿Existe alguna situación clínica en la que no desearía que se le administraran tratamientos de soporte vital?. Con estas preguntas tratamos de delimitar los elementos que configuran una calidad de vida aceptable para el paciente y si habría algún tipo de circunstancia general en que rechazaría el tratamiento de soporte vital. Es conveniente que cuando finalmente el médico se ha hecho una idea de los valores y preferencias generales del paciente se los exponga de nuevo para comprobar que lo ha entendido correctamente.

A continuación habrá que considerar tratamientos específicos para circunstancias concretas posibles en el paciente. Se recomienda que al menos se discuta la reanimación cardiopulmonar y la alimentación artificial, aparte de otros tratamientos que puedan resultar más

específicos en determinados pacientes, como la ventilación mecánica, diálisis, etc. Para ello habrá que aclarar en qué consisten estas técnicas y cuales son sus beneficios y riesgos potenciales. En todo caso, el paciente debe conocer si dispondrá de cuidados paliativos apropiados para el caso de renunciar a tratamientos de soporte vital.

3. ¿Qué hacer una vez se hayan tomado decisiones?

Cuando el paciente haya llegado a una decisión es muy importante que médico, paciente y representante del paciente revisen las voluntades anticipadas para aclarar cualquier malentendido y para asegurar que contienen información suficiente para poder tomar decisiones clínicas. Una vez revisadas, se recomienda su formalización de acuerdo a la normativa vigente e incorporarlas a la historia clínica, con copias para el paciente, representante y familia.

4. ¿Conviene reconsiderar periódicamente las decisiones tomadas?

Es recomendable actualizar las voluntades anticipadas, de forma que cualquier cambio en los deseos del paciente quede convenientemente registrado.

## **CONCLUSIONES**

Las voluntades anticipadas constituyen un instrumento más para garantizar un cierto poder de control en las fases finales de nuestras vidas. Los médicos debemos asumir que constituyen una prolongación de la autonomía de

nuestros enfermos y favorecer su implantación y desarrollo. El problema más importante en estos momentos es que las discusiones sobre las limitaciones de estos documentos, las confusiones conceptuales, la falta de preparación de los profesionales y las deficiencias organizativas que no tengan en cuenta que el desarrollo de las voluntades anticipadas precisa de unos tiempos “asistenciales” determinados, conduzcan a la demora en su puesta en marcha. Para evitarlo se precisa el concurso de todos, pacientes, profesionales y gestores sanitarios.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Lo B. Resolving Ethical Dilemas. A Guide for Clinicians. Second Edition. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona, Masson: 1999.
3. Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. BOA 19/4/2002.
4. Simón P. El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica. Madrid, Triacastela, 2000.
5. Sánchez-Caro J y Abellán F. El consentimiento informado (primera parte). Madrid, Fundación Salud 2000, 1999.
6. El Código de Nuremberg [ Fecha de acceso 27 de mayo de 2002] URL disponible en <http://www.unav.es/humbiomedicas/nuremberg.html>
7. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos. Octubre de 2000.

- [Fecha de acceso 1 de abril de 2002]. URL disponible en [www.wma.net/s/policy/17-c\\_s.html](http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.html).
8. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. El informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. 18 de abril de 1979. [Fecha de acceso 1 de abril de 2002]. URL disponible en <http://www.umng.edu.co/cimed/Postgrado/BELMONT.doc>
  9. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE N° 102 de 29/4/1986. <http://www.aragob.es/san/dap/legisla/lgs.htm>
  10. Organización Médica Colegial. Código de Ética y Deontología Médica. [Fecha de acceso 27 de mayo de 2002]. URL disponible en <http://www.diariomedico.com/profesion/omc.html>
  11. Consejo de Europa. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina. Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina. Oviedo, 4 de abril de 1997. [Fecha de acceso 1 de abril de 2002]. URL disponible en <http://www.aeds.org/documentos/dhbiomedicina.htm>
  12. Ley 21/2000 de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y a la autonomía del paciente, y la documentación clínica. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. DOGC núm. 3303 - 11/01/2001. [Fecha de acceso 28 de mayo de 2002]. URL disponible en

<http://www.smetgesc.es/smetgesc/c-legislacio3.htm>

13. Emanuel L. How living wills can help doctors and patients talk about dying. *BMJ* 2000;320:1618-1619.
14. Jacobson JA, White BE, Battín MP, Francis LP, Green DJ, Kasworm ES. Patient's understanding and use of advance directives. *West J Med* 1994;160:232-236.
15. The SUPPORT principal investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. *JAMA* 1995;274:1591-1598.
16. Cook DJ, Guyatt G, Rocker G, Sjøkvist P, Weaver B, Dodek P et al. Cardiopulmonary resuscitation directives on admission to intensive-care unit: an international observational study. *Lancet* 2001;358:1941-1945.
17. Gerald LB, Sanderson B, Fish L, Li Y, Bittner V, Brooks CM et al. Advance directives in cardiac and pulmonary rehabilitation patients. *J Cardiopulm Rehabil* 2000;20:340-345.
18. Kish SK, Martin CG, Price KJ. Advance directives in critically ill cancer patients. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2000;12:373-383.
19. Marchand L, Cloutier VM, Gjerde C, Haq C. Factors Influencing Rural Wisconsin Elders in Completing Advance Directives. *WMJ* 2001;100:26-31.
20. Rubin SM, Strull WM, Fialkow MF, Weiss SJ, Lo B. Increasing the completion of the durable power of attorney for health care. A randomized, controlled trial. *JAMA* 1994;271:209-212.
21. Landry FJ, Kroenke K, Lucas C, Reeder J. Increasing the use of advance directives in medical outpatients. *J Gen Intern Med* 1997;12:412-415.

22. Brown JB, Beck A, Boles M, Barrett P. Practical methods to increase use of advance medical directives. *J Gen Intern Med* 1999;14:21-26.
23. Grimaldo DA, Wiener-Kronish JP, Jurson T, Shaughnessy TE, Curtis JR, Liu LL. A randomized, controlled trial of advanced care planning discussions during preoperative evaluations. *Anesthesiology* 2001;95:43-50.
24. Johnston SC, Pfeifer MP, McNutt R. The discussion about advance directives. Patient and physician opinions regarding when and how it should be conducted. End of Life Study Group. *Arch Intern Med* 1995;155:1025-1030.
25. Ashby M, Wakefield M, Beilby J. General practitioners' knowledge and use of living wills. *BMJ* 1995;310:230.
26. Lo B, McLeod GA, Saika G. Patient attitudes to discussing life-sustaining treatment. *Arch Intern Med* 1986;146:1613-1615.
27. Danis M, Garrett J, Harris R, Patrick DL. Stability of choices about life-sustaining treatments. *Ann Intern Med* 1994;120:567-573.
28. Emanuel LL, Emanuel EJ, Stoeckle JD, Hummel LR, Barry MJ. Advance directives. Stability of patients' treatment choices. *Arch Intern Med* 1994;154:209-217.
29. Sehgal A, Galbraith A, Chesney M, Schoenfeld P, Charles G, Lo B. How strictly do dialysis patients want their advance directives followed? *JAMA* 1992;267:59-63.
30. Couceiro A. Las voluntades anticipadas de los enfermos (II). *Jano* 2001;LX:718-719.

31. Comité de Bioética de Cataluña. Consideraciones sobre el documento de voluntades anticipadas. *Bioética & Debat*, 2001;N 26:11-17.
32. Schneiderman LJ, Kronick R, Kaplan RM, Anderson JP, Langer RD. Effects of offering advance directives on medical treatments and costs. *Ann Intern Med* 1992;117:599-606.
33. Taylor JS, Heyland DK, Taylor SJ. How advance directives affect hospital resource use. Systematic review of the literature. *Can Fam Physician* 1999;45:2408-2413.
34. Tonelli M. Pulling the Plug on Living Wills: A Critical Analysis of Advance Directives. *Chest* 1996;110:816-822.
35. Suhl J, Simons P, Reedy T, Garrick T. Myth of substituted judgment. Surrogate decision making regarding life support is unreliable. *Arch Intern Med* 1994;154:90-96.
36. Uhlmann RF, Pearlman RA, Cain KC. Physicians' and spouses' predictions of elderly patients' resuscitation preferences. *J Gerontol* 1988;43:M115-M121.
37. Hare J, Pratt C, Nelson C. Agreement between patients and their self-selected surrogates on difficult medical decisions. *Arch Intern Med* 1992;152:1049-1054.
38. Tulsky JA, Fischer GS, Rose MR, Arnold RM. Opening the black box: how do physicians communicate about advance directives? *Ann Intern Med* 1998;129:441-449.
39. Carney MT, Morrison RS. Directrices previas: cuándo, cómo y por qué empezar a hablar. *Modern Geriatrics (Ed. Española)* 1998;9:263-269.

40. Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. The Education for Physicians on End-of-life Care (EPEC Project). Participant's Handbook. Module 1. Advance Care Planning. The Robert Wood Johnson Foundation, 1999. [Fecha de acceso 12 de mayo de 2002]. URL disponible en <http://epec.net/downloads/module1.pdf>