

Francisco Angora Mazuecos. Médico de Familia. Centro de Salud Pío XII (Ciudad Real)

Voluntades anticipadas *versus* instrucciones previas en atención primaria

Introducción. Planteamiento

Ante los recientes ataques a la sanidad pública española en general y madrileña en particular, con la sedación paliativa como excusa de mala praxis y de eutanasia activa encubierta, y cuya reparación moral va a ser previsiblemente insuficiente, tal y como los autores habían calculado maquiavélicamente, quiero aportar un enfoque distinto al hospitalocentrista habitual, y lo hago desde la Atención Primaria (AP), por la integralidad asistencial que aporta y por sus posibilidades anticipatorias preventivas, educativas e informativas.

Conocida la Recomendación 1418 (1999), de 25 de junio, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (1) a sus 41 Estados miembros (España incluida), sobre los derechos fundamentales que derivan de los pacientes terminales o moribundos, que se ven amenazados por diversos factores como el uso desproporcionado de medios técnicos, o la continuación o inicio de un tratamiento sin consentimiento del paciente, con la consecuente prolongación del proceso de muerte contra la voluntad del enfermo terminal, sin que éste pueda influir en el recorrido de este proceso del morir. Y que es acorde con el art. 9 del Convenio de Oviedo (2), sobre los deseos expresados anteriormente por el paciente, para la protección de los derechos humanos con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.

Revisado el informe publicado por el Hasting Center (3) en 1996 al respecto de las cuatro metas de la medicina en la actualidad:

- Prevenir la enfermedad y las lesiones, promocionar de la salud.

- Aliviar el dolor y sufrimiento de enfermedades y dolencias.
- Asistir y curar. Cuidar a los que no pueden ser curados.
- Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz.

Sin embargo, la experiencia en países que vienen aplicando desde hace algunos años Voluntades Anticipadas (VA) es en general poco optimista, y así, en Europa, aunque teóricamente deberían ser ya aceptadas por la población, apenas se han asimilado, siendo pocas las personas que ejercen declaración de las mismas, si bien parece aventurado sacar conclusiones en estas fases tempranas de su implantación.

Con todo, ciudadanos y profesionales sanitarios coinciden en el interés de este derecho, especialmente en pacientes con demencia o no capaces, llegada la fase terminal o irreversible de la vida, ya que en algunas de estas situaciones el médico debería anticipar el pronóstico, para dar tiempo a que la voluntad se refleje de algún modo, antes de que el paciente sea no capaz, así como que tendríamos que asumir que la Declaración de Voluntades Anticipadas (DVA) y la figura del representante o interlocutor único constituyen una prolongación de la autonomía de nuestros pacientes, de modo que favoreciésemos su implantación y desarrollo.

Por otro lado, distintos autores coinciden en que el ámbito de la AP es el más favorable para introducir al paciente en los aspectos concernientes a las VA, pero la tozudez de la realidad constata que no está siendo así, y en tal sentido el reciente estudio de Nekane Lauzirika (4) concluye entre otros datos que el 83% de los profesionales sanitarios no tienen suficiente informa-

ción para abordar el tema de las VA respecto a sus pacientes.

El médico de familia (MF) pretende abarcar todas las materias relacionadas con la salud humana en los aspectos biológico, psíquico y social, de forma lineal y continuada desde el nacimiento hasta la muerte, individualizando la atención integral de la persona a través de la asistencia en el propio domicilio o en el centro de salud (CS), por diferentes vías de comunicación, a demanda del propio paciente, de forma programada o por vía urgente, siendo el receptor y responsable principal que coordina, «tamiza», recompone y decide sobre la oportunidad de las diferentes propuestas emitidas por otras especialidades médicas, en general hospitalarias, pero también privadas o concertadas, no existiendo en estos casos nodos de enlace consistentes con la «cosa pública». Se trata en la práctica de una misión que de manera no siempre consciente se desarrolla en exclusiva en el marco de la AP, cual es la denominada «prevención cuaternaria», ante el excesivo intervencionismo dominante, en una sociedad insaciable de tecnología y de opiniones expertas (?), de la mano de una paradójica inseguridad, miedo e indefensión cultural que alimenta la industria

El imperativo tecnológico dominante en la sociedad actual lleva a los médicos a hacer con el paciente «todo lo que puede hacerse», sin pensar en «lo que debe hacerse»

Respetar la autonomía de las personas pertenece al principio de no maleficencia y es por tanto exigible

tecnológico-farmacéutico-sanitaria privada y que sazonan las políticas cortoplacistas irresponsables. En tan generosa oferta radica la grandeza de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y su propio talón de Aquiles, por la basta responsabilidad que asume y, al estar sometida a los constantes y rápidos cambios de los pilares científicos, hasta hace poco más de un siglo casi inamovibles.

La fructífera y tradicional relación médico-paciente basada en el modelo paternalista del primero va dejando paso en las últimas décadas al predominio de la autonomía del segundo (5, 6), de modo que actualmente la regulación de la toma de decisiones en el proceso clínico se basa de manera fundamental en el respeto a la dignidad humana, la autonomía de la voluntad y a las resoluciones libremente adoptadas por las personas en el ámbito de su salud, artículo 2 de la Ley 41/2002 o Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica (5).

Pero, para que los ciudadanos en general puedan escoger en libertad dentro de las opciones posibles que la ciencia médica les ofrece al respecto, incluso la de no someterse a ningún tratamiento ni intervención o a algunos concretos, resulta preceptiva la información clínica oportuna, clara y no sesgada, siendo el proceso de información algo más que un mero formalismo; así, tal y como nos recuerda la STC 132/1989, de 18 de junio, encuentra fundamento y apoyo en la misma Constitución Española, en la exaltación de la dignidad de la persona que se consagra en su art. 1.1 y el art. 9.2 reconociendo la autonomía del individuo para elegir entre las diversas opciones vitales que se presenten, de acuerdo con sus propios intereses y preferencias (7, 8, 9).

Desde el ámbito de la AP, donde desarrollo mi labor como médico de

familia, observo que con frecuencia se ignora la calidad de vida de los enfermos terminales, la soledad a la que se ven sometidos, su sufrimiento y el de sus familiares, así como el habitualmente no considerado en su justa medida sufrimiento del personal sanitario que los trata (9). Una vez reabierto el debate profesional y social sobre los derechos de las personas al respecto y sobre ¿quién decide, si no lo ha hecho previamente a la pérdida de la capacidad de hacerlo el propio interesado, en este caso el paciente? (10, 11), entendiéndolo, con un enfoque pretendidamente ético, que lo legislado sobre VA respeta el sistema de valores de muchas personas que no desean aguantar un final de vida que no consideren digno, o que no admiten que para sobrevivir deban someterse a técnicas diagnósticas y/o terapéuticas contrarias a su voluntad, moral o creencias, o en el mejor de los casos actuaciones fútiles.

Asumiendo que las VA constituyen no sólo una oportunidad de limitar actuaciones no curativas en ciertas situaciones terminales o de inconsciencia irreversible, sino además una auténtica planificación anticipada de tratamientos que pretende satisfacer las preferencias del paciente.

En todo caso, en la práctica diaria resulta frecuente que la disyuntiva entre ciencia y valores, como afirma Santos Unamuno (12), no permita a los profesionales afrontar los problemas bioéticos en toda su complejidad, dado que el imperativo tecnológico dominante en la sociedad actual lleva a los médicos a hacer con el paciente «todo lo que puede hacerse», sin pensar en «lo que debe hacerse». Y teniendo las VA como finalidad, que el paciente muera a su debido tiempo y sin sufrimientos innecesarios, se acepta desde la bioética, como afirma Giacomo Perico (13), que «el paciente debe vivir porque la vida es un don, pero considerando el ‘principio del doble efecto’, por el que se acepta el uso de medidas que alivien el sufrimiento, aunque tengan como efecto secundario acortar la vida del paciente, siempre que entre ambos efectos haya una proporcionalidad razonable, que compense».

Revisadas las posibilidades que recoge la DVA:

- La expresión de valores personales.
- Las instrucciones sobre cuidados y tratamientos.
- El posible nombramiento de un representante.
- La decisión sobre sus órganos y/o cuerpo.

Y considerando los previos postulados, sostengo la hipótesis de que aún no se ha producido en nuestro medio la deseable adaptación al cambio social, personal y profesional que demanda la legislación al respecto, la española (Ley Básica 41/2002, de 14 de noviembre, arts. 5, 9 y 11) y la autonómica de Castilla-La Mancha (Ley 6/2005, de 7 de julio, DOCM nº 141, de 15 de julio), aportando ambas la «carga ética formal» de la reciente legislación sanitaria (14).

Breve revisión histórica

Originariamente surge en Norteamérica el término *advance directives* (directivas anticipadas), coincidiendo con el debate sobre la eutanasia, y en 1967 se acuña el de *Living Will* (testamento vital), con el objetivo de autocontrolar la duración de la vida y las condiciones del morir. En 1976 se promulga en California la Ley de Muerte Natural y en 1991 se aprueba en EEUU la Ley federal de Autodeterminación del Paciente, con la finalidad principal de resolver los conflictos éticos derivados de la retirada o no instauración de tratamientos en situaciones irreversibles. Posteriormente, los esfuerzos están siendo dirigidos a perfeccionar las directivas anticipadas, contempladas como la extensión del consentimiento informado a las situaciones de incapacidad para decidir sobre los tratamientos según las preferencias del paciente en aquellas situaciones permitidas; así, en España se han ido aportando documentos:

■ Corría el año 1986 cuando la Asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD) (15) presentó su «testamento vital», según el cual el declarante pide que se le respete la opinión respecto a su propio cuerpo, en función de los propios derechos de la persona sobre su vida...

Facilitar información para que las personas puedan participar en la toma de decisiones pertenece al principio de beneficencia y es marcador de excelencia en la práctica profesional

- La Conferencia Episcopal Española (16), en 1989, publica su propio «testamento vital» en función de los valores religiosos de la Iglesia católica, pidiendo los oportunos tratamientos paliativos del sufrimiento, aunque rechaza el encarnizamiento terapéutico y la eutanasia activa.
- En 1996, los Testigos de Jehová publican su «Directriz o exoneración médica preliminar» (17), que da los fundamentos religiosos para rechazar las transfusiones de sangre y hemoderivados.
- En España, la primera regulación jurídica sobre VA se dio en Cataluña (Ley 21/2000), sobre los derechos de información concernientes a la salud, a la autonomía del paciente y a la documentación clínica. Emitiendo el Comité de Bioética de Cataluña, en colaboración con el colegio de notarios, su propio modelo de testamento vital (18).
- Modelo de instrucciones previas de organización médica colegial (19).
- A la iniciativa legal catalana han sucedido las de otras autonomías, encontrándose éstas en fases muy diferentes de su desarrollo (20).
- La regulación estatal, de 15 de noviembre de 2002, Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (5), en su artículo 11, dice sobre las denominadas «instrucciones previas» (IP):
 - a) Una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su

cuerpo o de los órganos del mismo. Pudiendo designar un representante, que llegado el caso haría de interlocutor para procurar el cumplimiento de dichas IP.

- b) Cada Servicio Autonómico de Salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las IP, que deberán constar siempre por escrito.
- c) No serán aplicadas las IP contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la HC del paciente quedará constancia de las IP.
- d) Las IP podrán revocarse libremente en cualquier momento, dejando constancia escrita.
- e) Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las IP formalizadas en las diferentes autonomías, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro Nacional de Instrucciones Previas.

Investigación

En función del planteamiento inicial diseñé un «Curso de introducción informativa sobre Voluntades Anticipadas», dirigido en principio a personas de 65 y más años de los asignados al CS Pío XII de Ciudad Real, en el que ejerzo, administrando una encuesta voluntaria y anónima, para obtener datos de conocimientos antes y después de la charla, así como del interés y oportunidad de la misma.

Se trata de un estudio de intervención de tipo primario, por muestreo consecutivo y dirigido principalmente a difusión de la información relativa a VA y a la posibilidad de ejercer declaración (DVA) y registro (RD-VA) de la misma en Castilla-La Mancha (CLM), así como a la exploración del grado de conocimiento que sobre el tema tiene la población «mayor» de Ciudad Real.

1. Título

Introspección en el conocimiento que, de las Voluntades Anticipadas tiene la población de 65 o más años.

2. Objetivos

- a) Descubrir el grado de conocimiento sobre: posibilidades médicas de prolongar vida en condiciones extremas; derecho moral y legal a una muerte digna; limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y diagnóstico (LED) *versus* eutanasia; posibilidad en CLM de declarar y registrar VA.
- b) Divulgar activamente la guía de la Junta de Comunidades de CLM sobre DVA entre los usuarios de la AP. Así como entroncar tal divulgación en las Actividades de Educación para la Salud (EpS).
- c) Solicitarles autorización para registrar la existencia de DVA en la historia clínica de AP.
- d) Conocer el grado de apoyo de los ciudadanos a la planificación por adelantado de los cuidados a prestar, o evitar, en su caso.

3. Manual de procedimientos

- a) Organización. Investigador Francisco Angora Mazuecos, médico de familia y coordinador del CS, que asume las siguientes funciones:
 - Diseño de un curso de «Introducción Informativa sobre VA» dirigido a personas de 65 y más años, de los asignados a los cupos de un CS.
 - Diseño de la encuesta, prueba basal de validación y sistemas de control de calidad.
 - Identificación de las personas a informar y encuestar.
 - Realización de la encuesta y tratamiento estadístico.
 - Exposición de resultados, discusión y conclusiones.
- b) Centro participante. Centro de Salud Pío XII de Ciudad Real capital, de la red del SESCAM.
- c) Definiciones operacionales del reclutamiento y encuesta por muestreo consecutivo, seleccionando a los pacientes de 65 y más años que requieran asistencia de APS entre el 1 de junio de 2007 y el 31 de agosto de 2007 y que hayan sido evaluados por test psicométrico en un periodo pasado no superior a 6 meses. Estudio de intervención de tipo primario en el que no existe asignación aleatoria. Cita personal o telefónica para realización en dependencias del propio CS

del citado curso y la consecuente encuesta sobre VA.

4. Definiciones operativas de las condiciones del estudio

- Identificación, por número de encuesta y fecha de realización.
- Criterios de inclusión: edad de 65 o más años; test psicométrico reciente y/o valoración clínica de no alteración cognitiva; residencia en Ciudad Real capital.
- Criterios de exclusión: negarse a participar en el curso y/o en la encuesta; alteración severa de los sentidos de la vista y/o audición, y no cumplir los criterios de inclusión.
- Conformidad a participar en el estudio dirigido a la difusión de información relativa a VA, con la posibilidad de ejercer declaración y registro de las mismas en Castilla-La Mancha, así como a la exploración del grado de conocimiento que sobre el tema tiene la población «mayor» de Ciudad Real, abordada ésta de forma anónima y respetando en todo caso la individualidad y privacidad en los sistemas de información.

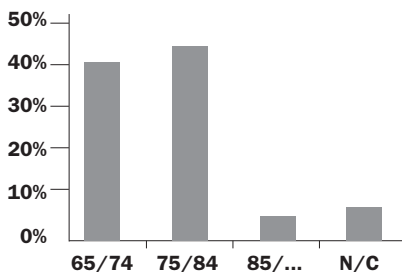
5. Metodología del curso impartido a ciudadanos de 65 y más años

- Introducción. Exposición oral. Justificación.
- Exposición estructurada, con apoyo logístico en Power point.
- Entrega personalizada de material ad hoc, fundamentalmente los modelos informativos de la propia Junta de Comunidades de CLM, que incluyen todos los documentos oficiales para la DVA, y así mismo se entregan los modelos de documentos emitidos en su día por: la asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD), la Conferencia Episcopal Española (CEE), el grupo de trabajo impulsado por el Comité de Bioética de Cataluña y la directriz o exoneración médica de los Testigos de Jehová.
- Ejemplos de cumplimentación voluntaria de la encuesta. Recogida.
- Turno libre de opiniones.

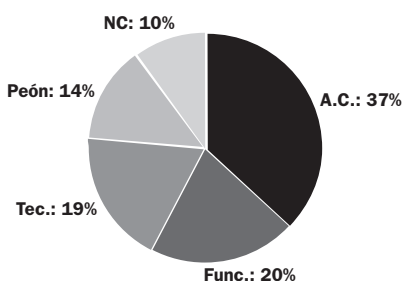
6. Resultados de la encuesta

- Predominio no significativo de asistencia y cumplimentación de la encuesta, por parte de las mujeres, sobre 51 participantes.

- Participación por grupos de edad: 65-74 años (41%), 75-84 años (45%) y de 85 años en adelante (6%).

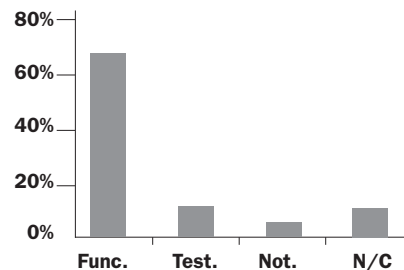


- El 37% tiene estudios primarios, 22% lee y escribe, 20% son bachilleres, 6% diplomados o licenciados, 6% no tienen ningún estudio y 10% no contestan.
- Trabajo prejubilados: 37% ama de casa, 20% funcionario (80% hombres), 19% técnico titulado, 14% peón manual y 10% no contesta.



- Vive en su propia casa o piso el 69%, con hijos o familiares el 13%, en residencias el 2% y el 10% no contesta.
- Convive con la pareja el 53% (2/3 hombres), el 22% viven solos (2/3 mujeres), otros tipos de convivencia el 13% y no contesta un 10%.
- Dicen participar libremente el 96%.
- Tenía conocimientos previos al curso sobre DVA el 47%. De los «enterrados», 2/3 son mujeres.
- Sabía previamente, que ya, en CLM puede hacerse DVA, el 39%.
- El 88% estarían más tranquilos si hacen DVA.
- Según el 84%, sus familias estarían más tranquilas, si hacen DVA.
- De las tres modalidades propuestas en nuestra autonomía para cumpli-

mentar la DVA, el 69% se inclina por la opción «ante el funcionario del registro de DVA», el 12% «ante tres testigos» y el 6% «ante notario» y no contesta el 10%.



- En caso de hacer DVA, se lo comunicaría a su médico de familia para hacerlo constar en la historia clínica de AP el 82%, no estando ningún encuestado en desacuerdo.
- Queda claro al 78% que las VA sólo se tienen en cuenta en situaciones límite en que el paciente no puede expresar su voluntad, persistiendo dudas tras el curso en el 13% de encuestados.
- El 86% entiende bien que no se aplicarán en ningún caso procedimientos ilegales o contraindicados.
- Opina que el curso es interesante el 90%, a un participante le ha dejado igual, no contesta el 8% y poco-nada interesante a ninguno.
- El ítem abierto a «manifestar algo libremente» sobre las VA y la posibilidad de ejercer declaración y registro fue respondido por el 19,60% (10 participantes), cuyas opiniones transcribo literalmente: «de momento no lo he pensado y el tiempo y la edad dispondrán»; «sí se puede usar la libertad humana como don basado en sus creencias»; «deseo no ser enchufada a ninguna máquina ni prolongar mi vida sin necesidad»; «ánimo, me parece estupendo»; «si no tengo cura no me pongan tratamientos ni máquinas para prolongar la vida»; «que estaría bien que la eutanasia fuera legal»; «la reunión por mi parte me ha dejado satisfecho y ha sido amena sobre la declaración a (¿?) decidir»; «con lo que ahora sabemos da que pensar»; «como nos ha dicho, para elegir con libertad, primero nos tienen que informar»; «me ha gustado que cuenten con los mayores como yo, muchas gracias».

7. Discusión

Aun contando con el asumido sesgo muestral y de tratamiento estadístico básico, la alta asistencia de los invitados cercana al 90% (un 27 de agosto por la tarde), la cumplimentación de la encuesta por todos los asistentes, a los que en el 90% les pareció interesante, la riqueza de las aportaciones en el ítem abierto y en el turno de palabra... y especialmente el resultado de la encuesta, abren la puerta a la difusión generalizada de este tipo de información sobre el derecho y las posibilidades de los castellanomanchegos mayores de edad de ejercer la DVA, utilizando para cada franja etaria los profesionales y medios que se revelen como más eficaces y que para el caso de personas de 65 y más años parece probado que debería estar a cargo de los profesionales de AP, para ofertar la cobertura de una necesidad aparentemente no demandada, posiblemente por falta de información adecuada, específica y oportuna, como postula la *ley de Finagle y su profeta demente Murphy o ley de los negativos dinámicos* que cita Larry Niven en su novela de ciencia ficción «Mundo Anillo»: ...las cosas no son lo que parece, sino todo lo contrario.

Tal difusión requiere de la previa concienciación, información y formación al respecto de los profesionales, si no la tuviesen, y se enmarcaría como una actividad más de la EpS en formato charla sobre todo a través de la entrevista clínica, en la habitual comunicación médico-paciente, evitando sensacionalismos, como refiere D. Gracia (21).

Al respecto, y desde el principio, quiero recordar varias reflexiones notorias en el mundo de la bioética:

- Respetar la autonomía de las personas pertenece al principio de no maleficencia y es por tanto exigible, ética de mínimos..., pero...
- Facilitar la información necesaria para que las personas puedan participar en la toma de decisiones, es algo deseable aunque no obligatorio ni exigible, y que pertenece al principio de beneficencia, y es marcador de excelencia en la práctica profesional.

8. Conclusiones

Del controvertido tema de las VA, su declaración (DVA) y posible registro (RDVA) se sabe poco en general entre la población española y en particular

en la de nuestro estudio; sin embargo, la convocatoria sorprendentemente resultó ser un gancho atractivo, acudiendo casi todos los invitados al curso organizado sobre VA, que fue considerado interesante por el 90% de los participantes.

Queda pues abierta la posibilidad de ofertar la cobertura de una necesidad, aparentemente no demandada, mediante difusión a través de los mecanismos propios de la entrevista clínica y/o de cursos diseñados al respecto, con la información clínica suficiente, que permita elegir libremente en el derecho fundamental de autonomía de cada persona.

Queda probada, provisionalmente, la idoneidad de que al respecto lleven la iniciativa los profesionales de AP, recibiendo éstos la oportuna información-formación que los conciencie, en búsqueda del ideal profesional de excelencia.

Sería necesario ampliar el estudio a una muestra más representativa, así como a otras franjas etarias.

Entiendo que la información sobre VA es inherente a la propia relación médico de cabecera/paciente y que no debe ser entendida como una tarea más de la cartera de servicios. ■

Bibliografía

- 1 Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Protección de los derechos humanos y de la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. 25 junio de 1999.
- 2 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 la medicina. Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina. Oviedo, 4 de abril de 1997.
- 3 Daniels, N. (1996): «Justice, fair, procedens, and the goals of medicine», *Hasting Center Report* 26 (nov-dec): 10-12.
- 4 Lauzirika, N. «Los médicos de atención primaria, eslabón clave en los testamentos vitales». *El médico*, 2007; 16-XI-07, 14-20 y 49.
- 5 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y documentación clínica. BOE nº 274, de 15 de noviembre de 2002.
- 6 Sánchez Caro, J. «Configuración actual de la relación clínica». *Rev. Adm. Sanit.* 2004; 2:433-61.
- 7 De Lorenzo y Montero, R. *Derechos y obligaciones de los pacientes*. Ed. COLEX, 2003.
- 8 Declaración Universal de Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948: preámbulo y artículos 12, 18-20, 25, 28 y 29.
- 9 Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. Roma. 14 de noviembre de 1950: artículos 3, 4, 5, 8 y 9.
- 10 Simón Lorda P, Barrio JM, ¿Quién decidirá por mí? Triacastela, 2004.
- 11 Cruceiro A. «Las Voluntades Anticipadas de los enfermos (II)». *Jano* 2001; LX: 718-719.
- 12 Santos Unamuno C. *elmédicointeractivo*. Nº 1977. 26-28 Enero 2008.
- 13 Perico, Giacomo: *Problema de ética sanitaria*, Ancora, Milano 1985, 2ª(p).
- 14 Orgando Díaz B, García Pérez C, García Pérez MA, Jiménez Vázquez AM. «Contenidos éticos formales en la reciente legislación sanitaria». *Aten Prim* 2007; 39(5): 267-72.
- 15 Asociación Derecho a Morir Dignamente. *Voluntades Anticipadas/ Testamento Vital*. www.eutanasia.ws/textos/membreteTV.doc
- 16 Conferencia Episcopal Española. *Testamento Vital*. www.conferenciaepiscopal/servicios/testamento_vital.htm
- 17 Testigos de Jehová. *Directriz o exoneración médica preliminar*. www.anestesia.com.mx/art-17.html
- 18 Comité de Bioética de Cataluña. *Testamento Vital*. www.gtcv.org/leyes/textos_comite_bioetica.pdf
- 19 Organización Médica Colegial. *Código de ética y Deontología médica*. Madrid: OMC, 1999. www.cgcom.es/pdf/código.pdf
- 20 Ciurana Aparisi JC, «Ética en la consulta, las voluntades anticipadas». *El médico* 31-III-06, pag 23-26.
- 21 Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. www.jccm.es/sanidad/volprinci.html
- 22 Gracia D. «Ética y decisiones en el final de la vida». *Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, 2006; 21: 24-9.