

ARGUMENTOS A FAVOR Y EN CONTRA DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS¹

Juan Carlos Siurana

Doctor en Filosofía
Profesor Titular de Filosofía Moral
Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política
Director del Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València
<http://www.uv.es/gibuv>

I. LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS.

1. Una gran variedad de términos.

El primer concepto que se propone, para designar al tema que nos ocupa, comienza a escucharse a mediados de los años cincuenta en Estados Unidos y se acuña de manera clara en aquel país en 1967. Es el de “*living will*”, que se traduce a nuestra lengua como “testamento vital”. Se le llama “testamento” (“*will*”) porque expresa deseos para el futuro, y “vital” (“*living*”) porque entra en vigor cuando todavía está viva la persona que lo ha firmado. La expresión “vital” resulta, no obstante, contradictoria con la legislación posterior, pues en la actualidad suele incluirse la posibilidad de que el declarante, por ejemplo, exprese su deseo de donar los órganos, decisión que deberá tomarse cuando ya no esté vivo.

A finales de los años 80, el término “testamento vital” tiene bastante éxito entre las organizaciones de nuestro país que formulan las primeras propuestas de documentos, apareciendo en 1986 el “Testamento vital de la Asociación para el Derecho a Morir Dignamente”, revisado más tarde en 1996, y el “Testamento vital de la Iglesia Católica”, en 1989.

Sin embargo, en Estados Unidos, pronto se siente la necesidad de distinguir entre los documentos que indican instrucciones sobre cuidados de la salud y los documentos en los que se designa a una persona como representante para tomar decisiones en lugar de la persona incapaz. Así comienza a utilizarse la expresión “testamento vital” para referirse sólo al contenido de las instrucciones, mientras que el “poder duradero de abogado” (“*Durable power of attorney*”) es el nombre que recibe el documento donde se designa a un representante para los cuidados de la salud. Aparece entonces también el concepto de “directriz anticipada” (“*advance directive*”), que aglutina cualquier tipo de instrucción, designación de representante o expresión de valores realizada anticipadamente.

En la bibliografía ética y jurídica internacional, se utilizan muchos términos para referirse a este tipo de documentos y, probablemente como consecuencia de esa diversidad de propuestas, la bibliografía española, por desgracia, no ha sido capaz de utilizar una terminología común. Pablo Simón e Inés M^a Barrio, autores de un

¹ Este material es un extracto del libro Juan Carlos Siurana, *Voluntades anticipadas. Una alternativa a la muerte solitaria*, Trotta, Madrid, 2005.

interesante libro sobre el tema,² han lamentado la falta de acuerdo en la utilización de los términos, lamento que compartimos, pues eso dificulta innecesariamente su comprensión. Así, en los artículos publicados en nuestro país, o en las leyes aprobadas, podemos encontrar conceptos como los siguientes: directivas previas, directrices anticipadas, directivas anticipadas, instrucciones previas, voluntades anticipadas, voluntades previas, voluntades vitales anticipadas, expresión anticipada de voluntades, voluntad con carácter previo y un sin fin de términos más.

En la mayoría de los casos se está hablando de lo mismo, pero en otros se han propuesto nuevos términos con el objeto de establecer distinciones oportunas.

En este libro, para evitar en la medida de lo posible la dispersión, he tomado partido por el concepto que se ha utilizado en la mayoría de las leyes autonómicas de nuestro país sobre este tema, que es el de “voluntades anticipadas” y que, a todos los efectos, viene a significar lo mismo que el concepto de “directrices anticipadas”, utilizado en Estados Unidos.

Resulta, en todo caso, necesario ofrecer una definición clara y precisa de este concepto, y a esa tarea está dedicado el siguiente apartado.³

2. Una propuesta de definición.

Las *voluntades anticipadas* son declaraciones orales o, preferiblemente, escritas, dirigidas al personal sanitario y a otras personas significativas, realizadas por una persona -llamada el “otorgante”-, capacitada para tomar decisiones sobre los cuidados de su salud, con la intención de que entren en vigor cuando pierda dicha capacidad, y que pueden adoptar, al menos, alguna de las siguientes formas⁴:

1) *Instrucciones (sobre los cuidados de la salud y para después de la muerte)*. Declaración en la que el otorgante describe qué tratamientos desea o no desea que se le apliquen en diversas circunstancias médicas futuras y, en general, cómo debe llevarse a cabo todo el proceso que envuelva a su cuidado. Puede también ofrecer instrucciones para después de su muerte, referidas a cómo actuar respecto a la disposición de su cuerpo.

2) *Designación de representante (para los cuidados de la salud y para después de la muerte)*. Declaración mediante la cual el otorgante designa a otra de confianza como representante para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de su salud. Después de la muerte del otorgante, su representante puede también tomar decisiones sobre la disposición de su cuerpo. En ambos casos, el representante debe interpretar las instrucciones que haya expresado el otorgante, oralmente o por escrito, para aplicarlas a la situación concreta.

3) *Historia de valores*. Información ofrecida por el otorgante sobre sus valores, visión del mundo, deseos y actitudes que deberían gobernar el tratamiento y las diversas decisiones que se tomen. La información se puede dar mediante listas de valores, respuestas a preguntas, métodos narrativos o comentarios a escenarios seleccionados.

² Cf. Pablo Simón e Inés M^a Barrio, *¿Quién decidirá por mí? Ética de las decisiones clínicas en pacientes incapaces*, Triacastela, Madrid, 2004.

³ Una definición interesante puede encontrarse en David John Doukas y William Reichel, *Planning for Uncertainty. A Guide to Living Wills and Other Advance Directives for Health Care*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1993, p. 1.

⁴ Una distinción similar, pero usando otros términos y otra manera de definirlos, la encontramos en Hans-Martin Sass, “Advance directives”, en Ruth Chadwick (ed.), *Encyclopedia of Applied Ethics*. vol. 1, Academic Press, San Diego, 1998, p. 41.

Al documento que recoge por escrito estas voluntades se le llama “documento de voluntades anticipadas”. Son frecuentes los documentos mixtos, que combinan, por ejemplo, instrucciones sobre cuidados de la salud con una designación de representante.

3. Referentes para argumentar a favor o en contra.

En la definición ofrecida, me refiero a la persona que elabora un documento de voluntades anticipadas como el “otorgante”, por ser la expresión más precisa, y la utilizada en las leyes aprobadas al respecto. Pero, en los argumentos que voy a revisar aquí, a favor y en contra de estos documentos, he optado por sustituir esa expresión técnica por otra más cercana, que es la de “paciente”, pues creo que lo más interesante es comprobar cómo estos documentos pueden ayudar a transformar el papel de los pacientes en la práctica sanitaria.

El núcleo de mi intervención consiste en mostrar los principales argumentos que se han ofrecido a favor y en contra de las voluntades anticipadas, para intentar reconstruir los puntos en los que, en general, estamos, o deberíamos estar de acuerdo.

Los argumentos han sido clasificados tomando como referentes las metas de la medicina y los principios de la bioética.

II. ARGUMENTOS A FAVOR DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS POR SUS ASPIRACIONES FUNDAMENTALES

1. Argumentos basados en el principio de autonomía de la bioética

- 1.1. Las decisiones han de ser tomadas de todos modos y lo preferible es que reflejen los valores del paciente
- 1.2. Posibilitan que el paciente exprese su voluntad cuando todavía es capaz de hacerlo
- 1.3. Son un recurso en manos del paciente para vencer el paternalismo propio de la “conspiración de silencio”, y recobrar su derecho a la confidencialidad
- 1.4. Las personas en general desean realizarlas cuando se les explica adecuadamente en qué consisten.

2. Argumentos basados en las metas de la medicina y en los principios de no-maleficencia y beneficencia.

- 2.1. Permiten que el paciente defina su noción de “calidad de vida” y “futilidad”
- 2.2. Reducen el sufrimiento del paciente en el final de la vida
- 2.3. Mejoran la confianza del paciente en el médico y en su representante

3. Argumentos basados en el principio de justicia

- 3.1. Permiten el ahorro en gastos sanitarios respetando un mínimo decente

4. Argumentos jurídicos

- 4.1. Dan más fiabilidad a las afirmaciones hechas por el paciente mientras es capaz que las meras frases sueltas poco contrastadas

- 4.2. Evitan que los jueces carguen el peso de la decisión en la opinión del médico
- 4.3. Reducen el recurso a los tribunales para tomar decisiones sobre cuidados de la salud en el final de la vida
- 4.4. Aportan transparencia a la práctica habitual de la eutanasia pasiva
- 4.5. Si las rechazamos tampoco podremos aceptar los testamentos referidos al reparto de los bienes de una persona después de su muerte

5. Argumentos religiosos

- 5.1. No respetarlas significa considerar a la persona por sus funciones biológicas y no por su espiritualidad
- 5.2. Permiten una muerte de acuerdo con las creencias religiosas del paciente

6. Argumentos filosóficos

- 6.1. *Kantianismo*: Respetan el valor fundamental de la vida humana y son expresión de la ilustración del paciente
- 6.2. *Liberalismo*: Respetan los valores de aquellos que no están de acuerdo con ellas, pues son un derecho, pero no una obligación
- 6.3. *Socialismo*: Forman parte de una idea de democracia participativa
- 6.4. *Utilitarismo*: Reducen el sentimiento de culpabilidad y el estrés en el personal sanitario, la familia y los jueces
- 6.5. *Hermenéutica*: Permiten proyectar el futuro y terminar la narración de la vida en coherencia con lo vivido
- 6.6. *Teoría de la elección racional*: Son el resultado de valorar riesgos y beneficios
- 6.7. *Comunitarismo*: Surgen en la cultura estadounidense, pero pueden ser adaptadas a las peculiaridades de los países europeos
- 6.8. *Ética del discurso*: Se fundamentan en el consenso entre los afectados tras un diálogo en condiciones de igualdad

III. ARGUMENTOS A FAVOR DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS SI SE CUMPLEN CIERTAS CONDICIONES

1. Condiciones antes de la elaboración de los documentos

- 1.1. Debe hablarse sobre la muerte y afrontar la muerte personal
- 1.2. Debe transmitirse la idea de que una persona en el final de la vida no es una carga y evitar situaciones de desamparo

2. Condiciones durante la elaboración de los documentos

- 2.1. Debe evaluarse la capacidad para tomar decisiones de la persona que firma estos documentos
- 2.2. Debe tenerse en cuenta que los ancianos suelen preferir que otros tomen las decisiones en su lugar
- 2.3. Los padres no deben rellenar estos documentos por sus hijos menores o incapaces
- 2.4. Deben firmarse sin esperar a entrar en la situación traumática
- 2.5. Debe producirse un diálogo con el médico, el representante, la familia y, si el paciente es creyente, con el consejero espiritual
- 2.6. Debe utilizarse el método narrativo

- 2.7. Deben considerarse los intereses de todos los afectados
- 2.8. El asesoramiento médico para la elaboración de estos documentos no debe sorber demasiado tiempo al personal sanitario
- 2.9. Deben ser reexaminados y actualizados periódicamente

3. Condiciones referidas a la forma de los documentos

- 3.1. Deben redactarse con términos precisos y claros
- 3.2. Deben mostrar las razones por las cuales el otorgante toma cada decisión
- 3.3. No deben ser demasiado detalladas
- 3.4. No deben expresar ideas irracionales

4. Condiciones referidas a los contenidos de los documentos

- 4.1. Deben aclarar el tipo de pérdida de conciencia que permite que entren en efecto así como revocarlas
- 4.2. Deben expresar las creencias religiosas del otorgante
- 4.3. No deben solicitar la eutanasia activa
- 4.4. No deben solicitar más tratamientos de los que la sociedad considera que puede costear según la justicia distributiva
- 4.5. No deben influir en las condiciones del seguro médico
- 4.6. Debe quedar claro el papel del representante
- 4.7. Deben incluir la posibilidad de donar órganos

5. Condiciones durante la aplicación de los documentos

- 5.1. El médico, la familia y el representante deben querer respetar la voluntad del paciente
- 5.2. El representante debe interpretar el texto sin necesidad de ceñirse a lo expresado literalmente
- 5.3. Cualquier duda respecto a la voluntad del paciente debe resolverse buscando un equilibrio razonable entre cantidad y calidad de vida
- 5.4. Deben articularse protocolos de actuación para casos excepcionales

IV. ARGUMENTOS EN CONTRA DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS

1. Argumentos basados en el principio de autonomía de la bioética

- 1.1. Etiquetan al otorgante como persona que desea morir
- 1.2. El paciente podría haber cambiado de opinión si no hubiera perdido la capacidad
- 1.3. No podemos prever ni la situación específica futura ni cómo nos sentiremos
- 1.4. Los olvidos al redactarlas pueden volverse en contra de la persona
- 1.5. Aquellos que no las realicen serán vistos como personas que desean todo tipo de tratamientos

2. Argumentos basados en las metas de la medicina y en los principios de no-maleficencia y beneficencia

- 2.1. Podemos eliminar el encarnizamiento terapéutico sin necesidad de recurrir a ellas
- 2.2. Promueven el suicidio y la eutanasia activa

- 2.3. Son inútiles porque no pueden solicitar nada que vaya en contra de la buena práctica médica
 - 2.4. Incitan a renunciar a tratamientos antes de tiempo
 - 2.5. Causan, como reacción, que muchas personas rellenen “declaraciones de deseo de vivir”, al socavarse la confianza en el médico
 - 2.6. Reducen el interés por la investigación para salvar vidas de pacientes desahuciados, o para mejorar su calidad de vida
- 3. Argumentos basados en el principio de justicia**
- 3.1. Son ineficaces para reducir gastos, por lo tanto es preferible establecer criterios objetivos para no aplicar o retirar tratamientos
 - 3.2. Se ejercerá presión sobre los que rellenen estos documentos para contener costes
- 4. Argumentos jurídicos**
- 4.1. Fomentan la medicina defensiva
 - 4.2. Son inútiles porque no pueden solicitar nada que sea ilegal
- 5. Argumentos religiosos**
- 5.1. La vida de los seres humanos es determinada por el Creador. No podemos programar su final
- 6. Argumentos filosóficos**
- 6.1. *Humanismo*: Estos documentos deshumanizan el mundo, al rechazar las deficiencias y la debilidad
 - 6.2. *Kantianismo*: Se refieren a situaciones en las que la vida del paciente no tiene dignidad, pero la vida humana nunca pierde su dignidad, por lo tanto son inaplicables
 - 6.3. *Personalismo*: Impiden la relación de proximidad entre el médico y el paciente
 - 6.4. *Comunitarismo*: Fomentan el individualismo
 - 6.5. *Relativismo*: En algunas culturas se entienden como una ofensa hacia el médico
 - 6.6. *Escepticismo*: No resuelven el problema de los pacientes que no quieren dialogar sobre estas cuestiones

V. CONCLUSIONES

1. La fuerza de los argumentos a favor de las voluntades anticipadas.

Después de recopilar y analizar los diversos argumentos que se han esgrimido a favor y en contra de las voluntades anticipadas, podemos afirmar que los argumentos a favor presentan, al menos, las siguientes características:

- 1) Apuestan por la idea ilustrada del progreso ético.
- 2) Confían en la emancipación de las personas a través del desarrollo de su autonomía.

3) Consideran que, aunque una persona haya perdido irreversiblemente la capacidad de tomar decisiones, si ha elaborado voluntades anticipadas es posible suponer cuál sería su voluntad en dichas circunstancias, una voluntad que reconocen como autónoma.

Los argumentos en contra de las voluntades anticipadas presentan, al menos, las siguientes características:

- 1) Se preocupan por los posibles abusos que pueden sufrir los débiles.
- 2) Se preocupan por el posible daño a la relación médico-paciente.
- 3) Apuestan por las relaciones de cooperación en la familia y en la sociedad.

Desde mi punto de vista, los argumentos en contra de las voluntades anticipadas son más débiles. La debilidad de estos argumentos radica en que dirigen sus críticas a los peligros de introducir estos documentos en la actualidad, pero no demuestran que haya una relación necesaria entre la introducción de las voluntades anticipadas y la aparición de esos peligros.

Al parecer, detrás de los argumentos a favor y en contra de las voluntades anticipadas hay una concepción diferente de lo que son estos documentos:

1) Los argumentos a favor consideran que las voluntades anticipadas están fundadas en el principio que dice que los valores de una persona deben dirigir las decisiones que le afectan.

2) Los argumentos contra ellas consideran que los documentos que existen ahora no tienen como resultado que los valores de una persona dirijan las decisiones que le afectan.

Esto convierte a los argumentos en contra, en definitiva, en argumentos a favor de las voluntades anticipadas, si se cumplen ciertas condiciones.

Los autores que argumentan a favor de las voluntades anticipadas, siguiendo la idea de progreso, de emancipación a través del desarrollo de la autonomía, pueden hacer uso de las críticas de los argumentos en contra para tener en cuenta los peligros que deben evitarse. Esas críticas, en lugar de fundamentar la no introducción de estos documentos, simplemente nos ayudan a tomar más precauciones. Tomar esas precauciones es necesario para evitar posibles abusos sobre los débiles. De ese modo la introducción de las voluntades anticipadas contribuirá al progreso ético de la humanidad.

La cuestión importante no es si los documentos que ahora existen, o el modo en que ahora se practican, permiten a las personas que sus valores dirijan las decisiones que les afectan. La cuestión importante es que esa meta debe ser alcanzada. La fuerza de los argumentos a favor de las voluntades anticipadas radica en el hecho de que muestran cómo el mundo debe ser "a la larga". Así, los argumentos a favor de ellas persistirán en el futuro, mientras que los argumentos en contra de ellas desaparecerán en el futuro, cuando el progreso sea realizado.

2. La validez universal de las voluntades anticipadas y la diversidad cultural.

Las voluntades anticipadas deben ser aceptadas universalmente por todas las personas con independencia del país y cultura de origen, porque son una condición de

posibilidad del sentido de la argumentación. No tiene sentido pretender alcanzar un consenso sobre si debemos o no reconocer el derecho a expresar la voluntad anticipadamente, porque la misma argumentación sólo podría tener lugar si ya reconocemos el derecho a expresar cómo queremos ser tratados en circunstancias futuras.

Un enunciado con pretensión de certeza es el siguiente: “Las personas deben poder expresar su voluntad anticipadamente sobre las cuestiones que les afectan”. Negar esta afirmación es una autocontradicción performativa que podemos explicitar de la siguiente manera: “Afirmo, expresando mi voluntad anticipadamente, que las personas, entre las cuales me encuentro yo misma, no deben poder expresar su voluntad anticipadamente sobre las cuestiones que les afectan”. La contradicción que contiene esa frase es, entonces, manifiesta.

La realización justa de las voluntades anticipadas es aquella en la que la persona expresa su voluntad como resultado de un consenso sin coacción alcanzado por todos los afectados -entre los que se encuentran el personal sanitario, los representantes, la sociedad en general y sobre todo la propia persona-, tras un diálogo en condiciones de simetría.

Cada persona posee una cultura que impregna las ideas expresadas en sus voluntades anticipadas. Pero, aún cuando el médico y el paciente pertenezcan a culturas diferentes, ambos pueden comprender las razones del otro y son capaces de llegar a consensos. Cuando no pueden llegar a consensos, como ocurre por ejemplo entre el médico católico y el Testigo de Jehová que no llegan a un consenso sobre si se debe o no practicar una transfusión sanguínea, han de ser capaces de llegar al menos a un consenso sobre las razones del disenso.

Puede haber una gran diversidad de peticiones sobre el final de la vida por parte de diferentes pacientes a causa de la gran diversidad de culturas. Esta diversidad debe ser respetada, pues todos tienen derecho a escoger su modo de entender la vida buena y su pertenencia a una cultura, siempre que no dañen con ello a los miembros de otras culturas.

Cuando una persona redacta una voluntad anticipada, no debe ceñirse exclusivamente a lo establecido por las normas de su comunidad, sino preguntarse por la legitimidad de las normas de la comunidad a la que pertenece.

Del mismo modo, una persona no puede prescribir de antemano la cosmovisión y el ordenamiento político de su comunidad, como algo válido para las otras comunidades históricas. Así, por ejemplo, los valores dominantes de los Estados Unidos, comunidad donde se originan y en la actualidad se aceptan legalmente las directrices anticipadas, no pueden prescribirse de antemano como válidos para las otras comunidades históricas. No obstante, el principio de las voluntades anticipadas sí que puede prescribirse como válido para todas las comunidades históricas, porque su legitimación universal no se basa en una determinada cosmovisión o en un determinado ordenamiento político, sino en principios universales de la racionalidad comunicativa.

3. La posibilidad de equivocarse al redactar una voluntad anticipada.

Estamos obligados a reconocer el derecho a expresar la voluntad anticipadamente, pero no estamos obligados a seguir todas las voluntades, es decir, todo lo expresado en las voluntades que realmente corresponde a lo que el paciente deseaba cuando las redactó, pues ciertas circunstancias puede que no se hubieran previsto. Es

necesario buscar la decisión que tomaría en las condiciones actuales, respetando con ello verdaderamente la voluntad del paciente. A este nivel es necesario el experimento mental de realizar un diálogo para reducir las posibles diferencias de opinión y llegar a un consenso.

Toda persona tiene derecho a expresar su voluntad anticipadamente. El contenido de esa voluntad puede variar entre las diversas personas, y puede consistir incluso en no querer ser informada de la existencia de una enfermedad irreversible o en no querer dar detalles sobre cómo tomar decisiones o quién debe tomarlas.

Pero una persona puede cambiar de opinión respecto a lo expresado en su voluntad anticipada, aunque sea el resultado de un previo consenso con los afectados, a causa de la obtención de nueva información o la consideración de nuevos argumentos. Todas las voluntades anticipadas son falibles y revisables, por eso deben establecerse los procedimientos oportunos para modificarlas en el caso de que ese cambio de opinión se produzca. Esta falibilidad y revisabilidad continúa después de la pérdida de la capacidad del paciente. Esto significa que podemos abstenemos de respetar lo expresado en uno de estos documentos si pensamos que, en las circunstancias en que debe tomarse la decisión y a tenor de los nuevos datos disponibles, el paciente mismo habría cambiado de opinión al respecto.

No está justificado desafiar la voluntad del paciente una vez éste ha perdido la capacidad, pues sólo un nuevo consenso puede desafiar al anterior, pero sí está legitimado y además es una exigencia ética, actuar en contra de una voluntad anticipada bajo la idea de que alcanzaríamos un nuevo consenso con el paciente en base a la nueva información obtenida.

4. Diez condiciones a cumplir para que las voluntades anticipadas se realicen éticamente.

La ética del diálogo exige la responsabilidad de quienes intervienen en la elaboración de las voluntades anticipadas por las consecuencias previsibles de cumplir lo indicado en ellas.

El grado de responsabilidad de cada interlocutor es diferente. El médico, por ejemplo, tiene más poder para controlar la conversación con el paciente a causa de sus mayores conocimientos sobre cuestiones técnicas. En consecuencia el médico es responsable en mayor grado que el paciente o su representante de lograr que el diálogo sobre la justificación de las voluntades anticipadas y los contenidos que deben incluirse siga el curso debido y triunfe el mejor argumento.

Dependiendo de las condiciones en las que se realicen los diálogos reales entre pacientes, médicos, familiares y representantes sobre estas cuestiones, las indicaciones expresadas en estos documentos tendrán más o menos fuerza vinculante desde un punto de vista ético.

Asumiendo el principio ético-dialógico de la corresponsabilidad, reconocemos qué clase de condiciones deben cumplirse en las diferentes sociedades y en la relación médico-paciente para que las voluntades anticipadas se realicen éticamente. De hecho, creo que el debate sobre la justificación ética de las voluntades anticipadas se reduce al debate sobre las condiciones que deben cumplirse para que esté justificado introducirlas.

En mi opinión, podemos resumir esas condiciones en diez, que son las siguientes:

- 1ª) Debe formarse al personal sanitario para conversar con los pacientes sobre la posibilidad de la muerte, y para comunicar malas noticias.
- 2ª) Debe ofrecerse adecuada información al otorgante sobre estados de salud previsibles, alternativas de tratamiento y riesgos.
- 3ª) En las conversaciones entre el médico y el otorgante que afecten a la redacción de las voluntades anticipadas deben participar también el representante principal y los representantes sustitutos.
- 4ª) El médico, el otorgante y los representantes deben comprender adecuadamente las consecuencias de firmar una voluntad anticipada.
- 5ª) Deben establecerse protocolos para medir la capacidad del otorgante y de sus representantes para tomar decisiones sobre cuidados de la salud.
- 6ª) El otorgante no debe solicitar nada en contra de la buena práctica médica.
- 7ª) La voluntad anticipada debe considerarse como el mejor mecanismo para determinar en qué consiste la calidad de vida del paciente.
- 8ª) La voluntad anticipada debe expresar los sentimientos y las emociones del paciente ante la decisión que está tomando.
- 9ª) Una vez firmada la voluntad anticipada, el médico y el representante no deben desafiar la voluntad del paciente, sino interpretar cuál sería su decisión en las actuales circunstancias.
- 10ª) No debe aceptarse la fuerza legal de este documento si no es posible demostrar, a su vez, que se cumplieron las condiciones éticas que lo legitiman.

A muchos les parecerá que las condiciones indicadas suponen un ideal muy elevado y difícil de alcanzar. Aunque se hayan introducido legalmente en varios países, incluyendo a España, es obvio que la situación actual no es la mejor para que las voluntades anticipadas puedan realizarse éticamente. Pero ahí entra en juego nuestra responsabilidad. Depende en gran parte de cada uno de nosotros el que las condiciones se vayan transformando hacia ese ideal, al menos en los lugares donde desempeñamos nuestra labor de cada día.