



Universidad de La Laguna



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA

MÁSTER INTERUNIVERSITARIO EN BIOÉTICA Y BIODERECHO
(2019-2020)

**Reflexiones éticas y jurídicas en torno a los conflictos
en materia de autonomía de las gestantes**

Trabajo Fin de Máster
Katia Samantha Padrón Bocanegra
Junio 2020

Tutor: Emilio José Armaza Armaza

Co-tutor ULL: Emilio José Sanz Álvarez

Tras meses de trabajo, he de decir que me siento enriquecida, no solo a nivel de conocimientos, sino también a nivel personal. Este máster me ha sentado las tablas necesarias para ser una gran profesional. Me gustaría dar las gracias a mi tutor el Dr. Emilio Armaza por su calma y sus maravillosos consejos. Me ha hecho sentir acompañada en todo momento. Gracias a mi amiga Andrea por su valiosísima ayuda, la que ha estado a mi lado desde que empezamos juntas esta aventura. Gracias a mi familia por preocuparse por mi cada día, aunque hayamos tenido que estar distanciados en esta dura época de pandemia. A mi pareja, David, por escucharme, animarme y quererme tanto. Por último, quiero hacer un especial agradecimiento a mi hermana Sabri. Ella me acompaña por la vida de la mano, ella es mi todo y se lo debo todo.

Kattibrie.

La Laguna a 05 de junio de 2020.

Índice de contenidos

1. Introducción.....	4
2. Una aproximación a la noción de muerte en nuestro tiempo.	6
2.1 La muerte desde la perspectiva jurídica.	7
2.2 La caracterización de la muerte desde las perspectivas de la Ética.....	8
3. El inicio de la vida humana y su protección.....	10
3.1 El inicio de la vida humana desde la perspectiva jurídica.....	11
3.2 El inicio de la vida humana desde las perspectivas de la Ética.....	14
4. Los profesionales sanitarios ante las decisiones de las gestantes enfermas: Implicaciones éticas y jurídicas de algunos casos conflictivos.....	16
4.1 Los supuestos de tratamiento coactivo.....	19
4.2 Otros supuestos de tratamiento no consentido.....	22
4.3 El respeto a la libertad de actuación ante los supuestos de peligro para la vida o salud de la gestante y del feto.....	25
5. Reflexiones en torno al valor e importancia de las “voluntades anticipadas” en algunos casos conflictivos.....	26
5.1 Las voluntades anticipadas ante los supuestos de pérdida irreversible de la función cerebral.....	28
5.2 Las voluntades anticipadas ante los supuestos de pérdida reversible de la función cerebral.....	31
6. Reflexiones personales.....	35
7. Conclusiones.....	37
8. Bibliografía.....	39

1. Introducción.

Desde que comencé mi andadura como matrona, me he tenido que enfrentar a numerosas situaciones que me han hecho replantearme si mi manera de pensar y de actuar estaba siendo la correcta, aun sabiendo que siempre actuaba creyendo que todo lo que hacía era por el bien de mi paciente y su bebé. Es aquí donde surge la idea de realizar este trabajo, que plantea muchas cuestiones que creo que los sanitarios deberíamos preguntarnos al menos una vez en la vida ¿Estoy haciendo las cosas bien?

Particularmente, me preocupan los dilemas (éticos y jurídicos) que surgen en torno a los supuestos en los que están en conflicto la vida del feto y la autonomía de una mujer gestante cuya vida corre peligro por determinadas razones: ¿cómo se ha de proceder cuando la madre se niega a interrumpir el embarazo –que pone en peligro su vida– o a someterse a un tratamiento –que causará la muerte del feto– orientado a paliar los graves efectos de una enfermedad –por ejemplo, cáncer– o, en definitiva, a erradicarla? Por otra parte, ¿cómo hemos de actuar los profesionales sanitarios cuando, ante la negativa de la mujer a realizarse un tratamiento de vital importancia, surge la opción de engañarla para administrarle dicho tratamiento sin su conocimiento? Algunos facultativos podrían ver lícita esta opción desde el punto de vista ético, puesto que su intención es anteponer el principio de beneficencia al derecho de autonomía de la mujer, pero, ¿qué dice la ley si se llevara a cabo este acto? Me pregunto si esto puede conllevar una sanción o pena relevante para el sanitario o si, por el contrario, podría estar justificado de alguna manera. Por último, me preocupa el hecho de respetar la decisión de la gestante, acorde con la Ley de Autonomía del Paciente, y que esto conlleve la muerte tanto de la mujer como de su feto. ¿Tiene límites esta ley si se trata de mujeres embarazadas?, si el feto fuera viable, ¿se tendría que anteponer su vida a la de la gestante?

El trabajo consta de varios puntos donde vamos a profundizar en distintas cuestiones que tienen una particular relevancia a efectos de poder dar una respuesta razonable a los dilemas planteados en el párrafo anterior. En un comienzo, hablaremos sobre la muerte y el momento exacto en el que ocurre. Aquí es importante definir el concepto de muerte cerebral para intentar conocer el límite entre la vida y la muerte y actuar de manera ética ante una situación de este calibre. Tras esto, hablaremos de la vida desde dos perspectivas: la jurídica y la ética. Daremos luz a conceptos como *nasciturus* y comentaremos las diferentes teorías sobre el momento en el que la vida

comienza. Partiendo de estas premisas, a continuación, expondremos distintos argumentos y enfoques para poder dar respuesta a los tres dilemas enunciados con anterioridad. En este sentido, explicaremos cómo actúa cada parte (médico y paciente) para, más tarde, comentar las implicaciones éticas y jurídicas ante los tres supuestos planteados. Veremos si prevalece el derecho de autonomía de la paciente o la voluntad del médico de realizar el tratamiento sin tener en cuenta la opinión de la gestante, abanderado por su criterio de hacer lo que es mejor para ella. Y, por último, hablaremos de las voluntades anticipadas, un documento clave para conocer el deseo de la paciente y donde manifiesta de antemano, cómo quiere que se actúe en caso de que no pueda expresarlo personalmente, ya sea por cuestiones de salud o porque fallezca.

Para realizar este trabajo, he hecho uso del método propio de la bioética y del bioderecho, es decir, he realizado una investigación multidisciplinar (en efecto, mi investigación se basa en diversos estudios que se extraen de tres ciencias que confluyen en el fenómeno analizado: Medicina, Ética y Derecho). Con ello, he contado con información aportada por numerosos artículos de revistas científicas, así como libros de autores expertos en las materias de Ética aplicada, Derecho y de Medicina. Además, he analizado la normativa vigente, pues ha sido de gran utilidad para entender cómo se regula en la actualidad esta materia.

2. Una aproximación a la noción de muerte en nuestro tiempo.

Resulta de gran importancia poder establecer criterios claros para la determinación de la muerte de una persona, es decir, para concretar cuándo ha llegado el fin de su vida. El objeto de mi estudio es tratar de aclarar el camino correcto en la toma de decisiones, evitando aquellas que podrían ser lesivas u ocasionar graves daños a la integridad física de los seres humanos sobre los que recae. Por lo tanto, las valoraciones serán distintas dependiendo de si las intervenciones médicas recaen sobre un ser humano vivo o muerto.

La muerte del hombre es el término de su vida biológica e implica la desintegración irreversible de su organismo. A la Medicina, junto con los juristas, filósofos y demás disciplinas, le compete ayudar en la determinación del momento en que la muerte de una persona ocurre, a través de un método que sea a la vez práctico, pronto y seguro.¹

El diagnóstico de la muerte se ha basado siempre en el cese irreversible de la función cardiorrespiratoria. Hoy en día, gracias a los avances tecnológicos, existen nuevos métodos como la resonancia magnética, que determina la isquemia cerebral y con ello un nuevo diagnóstico de muerte.²

En 1968, un Comité de la Escuela de Medicina de Harvard (*Ad-hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*)³, redefinió el coma irreversible como muerte encefálica, proponiendo: a) que la muerte encefálica correspondía al cese irreversible y completo de todas las funciones encefálicas; b) que la muerte encefálica podía ser diagnosticada y, c) que un paciente en muerte encefálica podía ser considerado muerto.⁴

Para diagnosticar muerte encefálica, el Protocolo de Harvard exige los siguientes hechos: 1) coma arreactivo, en el que el paciente no reacciona a estímulo alguno; 2) apnea y ausencia de movimientos voluntarios; 3) ausencia de reflejos troncoencefálicos u osteotendinosos de cualquier extremidad, así como reflejos posturales de

¹ Echeverría B, C.; Goic G, A.; Lavados M, M.; Quintana V, C.; Rojas O, A.; Serani M, A. y Vacarezza Y, R. Diagnóstico de Muerte. Revista Médica de Chile, nº132, pp. 95-107.

² Ihsan Nuri, Akpinar; Bediha, Aygun; Nuri Cagatay, Cimsit; Ozlem, Turkoglu. IRM ponderada por difusión: un enfoque práctico y rápido para evaluar la muerte cerebral. Revista: International Journal of Medical Physics, Clinical Engineering and Radiation Oncology , 7 de abril de 2015. Vol.4 No.2

³ Comité creado en la Escuela de Medicina de Harvard, integrado por médicos, abogados y teólogos para definir el concepto de muerte cerebral.

⁴ A Definition of Irreversible Coma Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. (1968). JAMA, 337-340.

decorticación o descerebración; 4) electroencefalograma isoelectrico o plano. Advierte que debe excluirse la hipotermia (temperatura bajo los 35°C) y la presencia de depresores del sistema nervioso central. Los tres primeros puntos son compartidos por todos los países, pero la necesidad de realizar pruebas instrumentales electrofisiológicas es un criterio que ha creado controversia.⁵ La necesidad de realizar trasplantes de órganos ha hecho posible este nuevo diagnóstico, favoreciendo dichas intervenciones.

En este trabajo, uno de mis objetivos es analizar a partir de qué momento un ser humano se considera fallecido y por lo tanto ya no es persona (en sentido jurídico) y, en consecuencia, ya no le protegen los mismos derechos que a los vivos. Por lo tanto, si una mujer embarazada viva presenta alguna situación de conflicto a raíz de su gestación, al decidir entre su propia vida y la vida del feto, habrá que tener en cuenta que dicha mujer está viva y que es merecedora de unos derechos. En cambio, si está muerta, los mencionados derechos dejan de existir.

2.1 La muerte desde la perspectiva jurídica.

La muerte es considerada como el final de la vida de una persona. El delito de homicidio puede ser efectuado hasta este preciso momento, por lo que es fundamental saber si el ser humano estaba con vida o no. Como sujeto pasivo que es titular del bien jurídico protegido, se precisa que la persona esté viva. Si por el contrario la víctima ya estaba muerta “*ex ante*”⁶, el supuesto delito será imposible y, por consiguiente, no será punible.⁷

Hace unos años, se consideraba que un individuo estaba muerto cuando cesaba tanto la circulación sanguínea como la respiración, lo que se conoce como parada cardiorrespiratoria. Hoy en día, se debe tener en cuenta que el paciente debe encontrarse en un estado de coma irreversible, es decir, que no sea posible recuperar sus funciones vitales. Es posible mantener de manera artificial la respiración y la circulación de un paciente y aun así encontrarnos ante un cese irreversible de su actividad cerebral.

Es importante discernir si se debe mantener a un paciente conectado a un soporte vital que mantenga sus funciones activas o si, por el contrario, es conveniente detener la asistencia artificial. Para ello debe estudiarse la situación, ya que cuando una persona alcanza un deterioro irrecuperable de la función cerebral, esto le impide actuar de

⁵ Escudero, D. (2009). Diagnóstico de muerte encefálica. Med. Intensiva, vol.33 no.4.

⁶ El término “*ex-ante*” procede del latín y significa “antes del suceso”.

⁷ VVAA. Memento Penal 2016, Editorial Francis Lefevre, 2016, Capítulo 1, pág 26.

manera autónoma. Cuando esto sucede, la persona pierde tanto sus funciones vitales como su conciencia, lo que le lleva a no poder realizar su condición de persona.⁸

Al médico clínico, en el ámbito de sus responsabilidades profesionales y legales, le corresponde reconocer (diagnosticar) la muerte de un individuo y certificar su defunción en un documento de carácter legal (certificado de defunción). En circunstancias más bien excepcionales, puede ser requerido por un juez para emitir un informe médico-legal.⁹

La determinación de la muerte y los criterios de determinación de ésta desde el punto de vista jurídico, resultan claves para el objeto de estudio de este trabajo, puesto que desde la perspectiva legal hay que tener en cuenta los problemas que surgen en aquellos supuestos en los que nos adherimos estrictamente a lo que estipula la ley. A los profesionales sanitarios no nos asiste la protección de conciencia excepto en casos muy específicos, como la interrupción del embarazo. Es por ello que debemos ceñirnos a aceptar lo que diga la legislación.

Conocer las normas nos va a permitir clarificar dudas respecto a la toma de decisiones en situaciones de conflicto de una gestante, como saber si es correcto desconectarla de un soporte vital asistido en estado de muerte cerebral irreversible o si podemos obligarle a tomar un tratamiento que podría evitar su muerte y la del feto, dejando a un lado la Ley de Autonomía del Paciente, de la que hablaremos más adelante.

2.2 La caracterización de la muerte desde las perspectivas de la Ética.

Desde el punto de vista ético, la muerte es la pérdida irreversible de la propia personalidad. La Iglesia Católica pone en valor la dignidad de la persona, apoyando que la vida es sagrada, un valor que va intrínseco al ser humano. Toda persona tiene derecho a la vida.¹⁰

La comprensión de la muerte varía según la época, la cultura, la religión y la edad. Con anterioridad al desarrollo que la ciencia médica ha experimentado desde finales del siglo XIX, en la mayoría de las culturas y religiones había una aceptación de

⁸ Romeo Casabona, Carlos María; Sola Reche, Esteban y Boldova Pasamar, Miguel Ángel. Derecho Penal. Parte Especial. Editorial:Comares 2016, página 8.

⁹ Echeverría B, C.; Goic G, A.; Lavados M, M.; Quintana V, C.; Rojas O, A.; Serani M, A. y Vacarezza Y, R. Diagnóstico de Muerte. Revista Médica de Chile, n°132, pp. 95-107.

¹⁰ Kilbride-Clinton. (2016). Death and dignity in Catholic Christian thought. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 537–543.

la muerte y se consideraba como parte del ciclo vital de la persona donde se trascendía a una forma celestial y puramente sobrenatural.¹¹ Pero si pensamos en la muerte desde un punto puramente ético, nos encontramos con grandes dilemas en conflicto con el término legal.

En 1992, una joven embarazada quedó en muerte cerebral tras sufrir un accidente de tráfico. El feto sin embargo salió ileso, por lo que los expertos se preguntaron si era lícito mantener a la gestante con vida de manera artificial para darle la oportunidad de vivir o, por el contrario, si se debía dejar que la joven y el feto murieran con dignidad.¹² Este caso llevó a la sociedad a una profunda reflexión sobre la muerte desde el punto de vista ético.

Los avances en la tecnología médica, nos han hecho plantearnos cuestiones que antes no surgían. Cuando no se podía hacer nada para preservar la vida de un feto en una gestante con muerte cerebral, no hacía falta tomar decisión alguna. Era fácil decir que todo ser humano tiene derecho a la vida. Ahora, este tipo de casos conllevan a la reflexión, pues la tecnología nos permite pensar: “si podemos hacerlo, lo haremos”. Sin embargo, la ética se pregunta: “¿Deberíamos hacerlo?”¹³

Para Peter Singer¹⁴, la muerte cerebral no es un concepto lógico, pues las personas muertas no pueden estar en coma, simplemente están muertas. Por otro lado, el Dr. Truog¹⁵ de la Universidad de Harvard, refiere que el hecho de retirar el soporte vital a los pacientes con muerte cerebral para la donación de sus órganos, es la causa de la muerte intrínseca de estos pacientes. Considera que en el momento de la extracción estas personas no están muertas y, aunque estas prácticas son éticamente legítimas, no son compatibles con la ética médica. Aquí se observa cómo el autor entra en un conflicto ético: que los órganos solo se obtengan de donantes muertos o causar la muerte de manera intencionada al paciente. 16

¹¹ Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt, I. J. (2015). Limitación del esfuerzo terapéutico: aspectos religiosos y culturales. Humanidades Médicas, vol.15 no.1.

¹² Anstötz, C. (1993). Should a brain-dead pregnant woman carry her child to full term? The case of the “erlanger baby.” . Bioethics, 340–350.

¹³ SINGER, Peter, Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional. Barcelona, Paidós Ibérica.1997. Pág. 32.

¹⁴ Peter Albert David Singer es un filósofo utilitarista australiano, especialista en utilitarismo ético e interesado en temas como el aborto, la eutanasia, la pobreza, etc.

¹⁵ El Dr. Robert Truog es profesor de ética médica, anestesiología y pediatría de Frances Glessner Lee y director del Centro de Bioética de la Facultad de Medicina de Harvard

¹⁶ Franklin G. Miller y Robert D. Truog. Death, Dying, and Organ Transplantation: Reconstructing Medical Ethics at the End of Life, Medical Law Review , Volumen 21, Número 3, Verano 2013, Páginas 512–518.

En 1987, Dinamarca era el único país de Europa donde no había un criterio de muerte basado en el cerebro. En esa época, se creó el Consejo de Ética Danés para asesorar al ministro de sanidad en cuestiones éticas. Recomendaron que la muerte siguiera siendo considerada como el cese irreversible de la circulación y la respiración. La pérdida de la función cerebral no se consideraba muerte. Se estableció una fase especial llamada “proceso irreversible de muerte” en la cual al paciente que se encontrara este estado se le retirarían inmediatamente los medios artificiales que lo mantenían vivo, ya que a la persona moribunda no le beneficiaba. Solo se permitía mantener el soporte vital un máximo de 48 horas para extraer los órganos, siempre que el paciente lo hubiese dejado reflejado por escrito.¹⁷

Desde la perspectiva ética, se llega a respuestas muy distintas respecto al punto de vista legal. Al encontrarnos con tantas visiones de la muerte, no cabe llegar a una única conclusión que ayude a tomar decisiones en el ámbito sanitario, y mucho menos cuando tratamos con gestantes en situaciones conflictivas.

Algunos filósofos entienden la muerte como el cese de la función cardiorrespiratoria, por lo que muchos actos realizados en los hospitales no serían compatibles con esta tesis, como por ejemplo, desconectar a un paciente de su soporte vital. Según lo anterior, si el paciente está vivo, estaríamos produciendo nosotros mismos su fallecimiento.

En el caso de las gestantes, que son objeto de este trabajo, no tendríamos unas pautas a seguir en caso de muerte cerebral irreversible. Los diversos puntos de vista éticos no nos valen como referencia para crear unas normas que guíen nuestra práctica clínica, aunque sí son importantes para tener una visión global que nos permita entender este concepto desde múltiples ópticas y hacernos reflexionar respecto a ello.

3. El inicio de la vida humana y su protección.

En este apartado, se distingue el concepto de vida humana desde dos puntos de vista: el legal y el ético. No existe un consenso generalizado para definir el momento exacto en el que se inicia la vida. Según el Código Civil, ni el *nasciturus* ni el embrión *in vitro* son personas y, por lo tanto, no están sujetos a los mismos derechos y obligaciones que el ser humano independiente. Sin embargo, desde el punto de vista ético veremos que existen conflictos respecto al jurídico.

¹⁷ Cushman, R. y Holm, S. Death, Democracy and Public Ethical Choice. *Bioethics*, 1990.4(3), 237–252.

Otro de los objetivos de este estudio es el de conocer el momento en el que se inicia la vida, para abordar los conflictos sanitarios que surgen del trato a la mujer gestante y su feto, ya que si este está vivo es merecedor de ciertos derechos. Si no lo está, no tiene protección y, por lo tanto, no habría conflicto alguno.

La protección jurídica del feto (vida humana dependiente) es diferente a la protección que se concede a los seres humanos ya nacidos (vida humana independiente) por lo que, en mi ámbito profesional, la obstetricia, es imprescindible saber cuándo estás ante un feto merecedor de cierta protección, y cuándo ante un ser humano vivo con todos los derechos de una persona.

Lo mismo pasa con una mujer embarazada, debemos saber si está viva o no. Si se considera viva, tendrá derecho a que se respeten sus voluntades anticipadas y será merecedora de que se aplique la ética y la legalidad respecto a sus derechos. Sin embargo, si no está viva, no tendrá los derechos de las personas por lo que la acción de los sanitarios cambiaría radicalmente, pues nuestro objeto de protección habrá fallecido. Es fundamental tener este apartado claro y conocer el punto de vista ético y legal del concepto de vida para poder obrar en base a una guía bien fundamentada que dé respaldo y oriente al sanitario en cada decisión.

3.1 El inicio de la vida humana desde la perspectiva jurídica.

La vida humana es un bien jurídico protegido. El derecho penal aporta diferentes niveles de protección, pues diferencia dos conceptos distintos. Por un lado, habla de vida humana independiente para referirse a los ya nacidos; por otro, la vida humana dependiente que habla del embrión concebido o feto.¹⁸ El término jurídico que se utiliza para referirse al ser humano desde su concepción hasta el nacimiento es “*nasciturus*” que significa “el que va a nacer”.¹⁹²⁰

¹⁸ Romeo Casabona, Carlos María; Sola Reche, Esteban y Boldova Pasamar, Miguel Ángel. Derecho Penal. Parte Especial. Editorial: Comares 2016, página 4-5.

¹⁹ Enciclopedia jurídica. Enlace: <http://www.encyclopedia-juridica.com/d/nasciturus/nasciturus.htm> (Último acceso el 28/03/2020).

²⁰ El nacimiento está legislado en el Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil, artículos 29, 627 y 758. Publicado en: «Gaceta de Madrid» núm. 206, de 25/07/1889. Entrada en vigor: 16/08/1889. Departamento: Ministerio de Gracia y Justicia. Referencia: BOE-A-1889-4763. Enlace: [https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/(1)/con).

La vida es un bien jurídico de cada persona a partir del cual se van a desarrollar los diferentes derechos del ser humano. El hecho de estar vivos es la condición que nos va a permitir crecer como personas y tener aspiraciones que marquen nuestro destino.²¹ Se establecen unos límites respecto a la protección de este derecho, considerando los aspectos éticos y sociales que el legislador deberá tener en cuenta.²²

Ser titular del derecho a la vida no significa que esté protegido de manera absoluta. Existen determinadas situaciones en las que se considera lícito privar de la vida a otra persona como ocurre en los casos de legítima defensa, donde se justifica la realización de una conducta sancionada penalmente, eximiendo de responsabilidad a su autor, y que en caso de cumplirse todos sus requisitos, permite reducir la pena aplicable a este último (artículo 20.4 del Código Penal).²³

Por otro lado, existen situaciones donde algunas formas de vida se protegerán con más intensidad que otras, pues los seres humanos nacidos prevalecen respecto al *nasciturus*. Los criterios normativos nos aportan el alcance de la protección jurídica de la vida, que es un bien jurídico desde su comienzo hasta su fin y por ello existe un especial interés en determinar la exactitud de los términos mencionados.

Se considera “vida humana” el período comprendido entre la gestación hasta la muerte, pero no es considerado titular derechos plenos hasta el momento del nacimiento. Saber con exactitud cuándo se inicia la vida y cuando finaliza es fundamental a la hora de considerar un posible atentado a la vida, incurriendo o no en un delito.²⁴

A partir de mediados del siglo XX, la vida humana fue considerada un derecho básico a nivel internacional. La Declaración de los Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948, constituye la protección de estos derechos, aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. También son de especial interés en este ámbito²⁵, el Pacto Internacional de los Derechos Políticos y Civiles, de

²¹ Szczaranski Vargas, F. L. Sobre la evolución del bien jurídico penal: un intento de saltar más allá de la propia sombra. *Política Criminal*, (2012) 7(14), 378–453.

²² Requejo Conde, Carmen. *Contergan: la historia de un delito*. Cuadernos de política criminal, 1998. Vol. 66, pág. 687-693.

²³ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 20.4. «BOE» núm. 281, de 24/11/1995. Entrada en vigor: 24/05/1996. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-1995-25444. Enlace: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10/con> (Último acceso el 01/04/2020).

²⁴ Figueroa García-Huidobro, R. Concepto de derecho a la vida. *Ius et Praxis*, 2008, 14(1). Pág.261 – 300.

²⁵ Carpizo, Jorge. Los derechos humanos: naturaleza, denominación y características, *Revista Mexicana de Derecho Constitucional*. Núm. 25, julio-diciembre 2011. Pág. 3-29.

1966²⁶, y a nivel regional, el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de 1950.²⁷ La Constitución Española de 1978 recoge los derechos a la vida y a la integridad física y moral (art. 15)²⁸, siendo el Derecho Penal el encargado de que dicha protección se cumpla.

El dolo de los delitos contra las personas está configurado por la intención de ocasionar un mal a un ser humano de forma consciente y voluntaria, causándole lesiones, o la muerte (homicidio o asesinato) siendo irrelevante el error en la persona sobre la que se ejecuta la acción.²⁹ Estos delitos atentan contra la vida humana independiente y tienen como objetivo terminar con ella, pudiendo ser en cualquier momento desde su nacimiento hasta su final natural. La dificultad radica en identificar estos dos momentos, tarea que no le corresponde a los juristas, sino a especialistas en Ciencias Biomédicas.

Hemos de tener en cuenta que tras el nacimiento es posible la intervención de terceras personas que realicen acciones sobre la vida que comienza, sin intermediación de la madre como ocurre cuando ésta aún es gestante. Esta situación da paso a la vida en sociedad, y es lo que diferencia el delito de homicidio del delito de aborto, siendo considerado el primero de mayor gravedad. Ahora bien, hay que determinar en qué instante se considera que ha ocurrido el nacimiento, pues el tiempo transcurrido desde el inicio del trabajo de parto hasta la respiración pulmonar extrauterina es de duración muy variable. El artículo 30 del Código Civil reza: “La personalidad se adquiere en el

²⁶ Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. Publicado en: «BOE» núm. 103, de 30 de abril de 1977, páginas 9337 a 9343 (7 págs.) Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-1977-10733. Enlace: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-10733. (Último acceso el 31/03/2020)

²⁷ Resolución de 5 de abril de 1999, de la Secretaría General Técnica, por la que se hacen públicos los textos refundidos del Convenio para la protección de los derechos y de las libertades fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950; el protocolo adicional al Convenio, hecho en París el 20 de marzo de 1952, y el protocolo número 6, relativo a la abolición de la pena de muerte, hecho en Estrasburgo el 28 de abril de 1983. Publicado en: «BOE» núm. 108, de 6 de mayo de 1999, páginas 16808 a 16816 (9 págs.) Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Ministerio de Asuntos Exteriores. Referencia: BOE-A-1999-10148. Enlace: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-10148>. (Último acceso el 30/03/2020)

²⁸ Constitución Española. Artículo 15. Publicado en: «BOE» núm. 311, de 29/12/1978. Entrada en vigor: 29/12/1978. Departamento: Cortes Generales. Referencia: BOE-A-1978-31229. Enlace: [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con) (Último acceso el 30/03/2020).

²⁹ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Jefatura del Estado «BOE» núm. 281, de 24 de noviembre de 1995 Referencia: BOE-A-1995-25444

momento del nacimiento con vida, una vez producido el entero desprendimiento del seno materno”.³⁰

El concepto de inicio de la vida va a depender de cada autor. Algunos fijan el inicio del trabajo de parto como vida independiente; otros, cuando comienza el expulsivo; y otros, cuando sea visible de manera que se pueda actuar contra el feto desde el exterior. Mejor aceptación ha tenido el criterio de exigir su expulsión completa, pero para unos es importante que se haya cortado el cordón umbilical y que haya iniciado una respiración autónoma; para otros, se requiere uno de estos dos supuestos o ambos.³¹ Una vez se haya producido el nacimiento, se protegerá independientemente de su viabilidad.

Los profesionales sanitarios debemos tener en cuenta el valor que jurídicamente se otorga a los embriones y a los fetos. No se les puede dar el trato que cada sanitario considere, pues para ello existe una legislación que clarifica su nivel de protección, independientemente de lo que el profesional opine. Lo mismo ocurriría en la situación opuesta. Si subjetivamente se considera que la vida de un feto está por encima de la vida de la gestante, el médico no podría actuar por su criterio propio, ya que la ley es clara ante esto. Por ello, nos debemos ceñir a lo contenido en la legislación vigente. De no ser así, acarrearía sanciones o penas imputables para cada caso.

3.2 El inicio de la vida humana desde las perspectivas de la Ética.

Indudablemente, ha habido mucha controversia tanto religiosa como seglar, a lo largo de la historia, para delimitar el punto en el que comienza la vida de un ser humano. En 1978, tras varios años de experimentos fallidos, nace el primer bebé concebido fuera del cuerpo humano³². Este suceso plantea nuevas preguntas, ¿en qué momento entre la fecundación y la niñez comienza la vida?

Peter Singer, en su libro *Ética práctica*, propone cuatro opciones: el nacimiento, quizás el momento más obvio de todos los que se presentan, pero esta idea plantea una duda cuando el feto nace prematuramente y no es capaz de sobrevivir fuera del útero.

³⁰ Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. Artículo 30. Publicado en: «Gaceta de Madrid» núm. 206, de 25/07/1889. Entrada en vigor: 16/08/1889. Departamento: Ministerio de Gracia y Justicia. Referencia: BOE-A-1889-4763.

Enlace: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/1/con> (Último acceso el 31/03/2020).

³¹ Romeo Casabona, Carlos María; Sola Reche, Esteban y Boldova Pasamar, Miguel Ángel. *Derecho Penal. Parte Especial*. Editorial: Comares 2016, pág. 7.

³² R.G. Edwards y J.M. Purdy. *The case for studying human embryos and their constituent tissues in vitro. Human Conception In Vitro*, Academic Press, London (1982), pág. 371-387.

Aparece entonces como opción la viabilidad.³³ En 1973, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos señaló esta línea en el caso de Roe contra Wade³⁴, argumentando "porque el feto entonces tiene presumiblemente la capacidad de la vida significativa fuera del útero de la madre". Pero hay que tener en cuenta que la capacidad de sobrevivir del feto fuera del útero depende mucho de la tecnología médica que lo sustenta en el momento de su nacimiento. Otra posibilidad es considerar el momento en el que la madre siente por primera vez el movimiento del feto como el comienzo de la vida, pero debemos tener en cuenta que dichos movimientos comienzan seis semanas después de la fecundación, a pesar de que aún no sean notorios. Y, por último, tenemos el inicio de la consciencia, que aparece con el desarrollo de la corteza cerebral: "la conciencia está localizada principalmente en la corteza cerebral, la misma no puede surgir antes de la semana 24, ya que constituye el tiempo en el cual las conexiones tálamo-corticales de las vías sensitivas están establecidas. Además, apenas en la semana 28 es cuando las fibras tálamo-corticales nociceptivas completan su penetración en la corteza. Tener conciencia no implica autoconciencia como en el adulto, y el feto no es autoconsciente por cuanto carece de información sobre lo que está sucediendo en su mundo interior"³⁵ Por todo ello, concretar el momento exacto en el que comienza la vida de un ser humano es prácticamente imposible, ya que dependerá de las creencias religiosas, la ética o la visión subjetiva de cada uno.

Respecto al punto de vista ético, existen paradigmas muy diferentes en cuanto al momento en que se inicia la vida. Esto perjudica a los sanitarios que cada día tratamos con madres y fetos sujetos a distinta protección. Es por ello que la ética nos aporta conocimiento pero no una norma clara a la que ceñirnos en el ámbito hospitalario. En situaciones de conflicto con gestantes, los profesionales debemos tener claro nuestro punto de vista ético y moral para los casos que no están tipificados en el ordenamiento jurídico. Reflexionar y reflejar en la práctica el correcto uso de los principios fundamentales nos hace ser mejores profesionales, pero esto no vale para todo tipo de situaciones. Es por ello que tenemos que dejar a un lado nuestro deseo y actuar según

³³ Peter Singer, *Ética práctica*. Ed: Cambridge University Press, 1995, cap. 6. Pág. 167-215.

³⁴ The American Board of Obstetrics and Gynecology, the American Gynecological and Obstetrical Society, the Council of University Chairs of Obstetrics and Gynecology, the Society for Academic Specialists in General Obstetrics and Gynecology, and the Society for Maternal-Fetal Medicine. *The Dangerous Threat to Roe v. Wade*. (2019). *The Dangerous Threat to Roe v. Wade*. *New England Journal of Medicine*, 381(10), 979-979.

³⁵ Kizer, Saúl y Vanegas, Horacio. ¿Siente dolor el feto? *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. vol.76 no.2 Caracas jun. 2016. Pág. 126-132.

las normas establecidas, pues la ética nos lleva a un sin fin de opciones pero solo la ley tiene las pautas que se deben seguir, independientemente de la opinión del sanitario.

4. Los profesionales sanitarios ante las decisiones de las gestantes enfermas: Implicaciones éticas y jurídicas de algunos casos conflictivos.

El rechazo a ser sometido a un tratamiento médico, constituye una manifestación de la libertad de decisión de un paciente, lo que significa un abandono del rol paternalista en el ámbito médico.³⁶ A pesar de que el reconocimiento de este derecho no es nuevo³⁷, sus condiciones de uso no están bien definidas en la legislación actual. Tanto el legislador estatal como los autonómicos³⁸ le han prestado atención, pero solo se han limitado a reconocerlo de forma expresa o relacionándolo con el consentimiento informado. Entre el 2000 y el 2010, los legisladores autonómicos y el estatal han promulgado leyes respecto al derecho de los pacientes, pero se han centrado en normalizar el documento de voluntades anticipadas haciendo caso omiso en regular el rechazo a los tratamientos.

Desde el punto de vista sanitario, sería de agradecer que los legisladores se hubieran pronunciado sobre las condiciones de ejercicio y los requisitos que deben concurrir en los casos en los que un paciente rechaza un tratamiento, para una mayor seguridad en la práctica de la medicina. Este es un tema que conlleva discusión y preocupación social.³⁹

³⁶ Hacer ejercicio de la libertad y la autonomía en el ámbito médico no se limita a la contraposición paternalismo vs individualismo. David C. Thomasma, catedrático de Bioética y Política Sanitaria en la Universidad de Loyola (Chicago), consideró que el equilibrio entre ambas opciones estaba en el principio de beneficencia fiduciaria: “No es decidir por el paciente en virtud de la presunta superioridad del criterio médico, sino decidir con el paciente; sus valores son bien conocidos por el profesional y el paciente atribuye una cierta capacidad de gestión sobre ellos. Esta idea está obteniendo cada vez más aceptación en Estados Unidos precisamente porque entraña una relación mucho más intensa entre paciente y médico, un compromiso, basado en la confianza, para la gestión de los valores y la toma conjunta de decisiones”.

³⁷ El art. 10.9 Ley 14/1986, 25 de abril, General de Sanidad, establecía que los pacientes tiene derecho a “negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria”. Dicho artículo fue derogado por la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

³⁸ Las Comunidades Autónomas regulan el derecho de los pacientes a la información. En Canarias la norma relevante a esta materia es el Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente Registro.

³⁹ El Comité de Bioética de Cataluña, en Recomendaciones de Comité de Bioética de Cataluña ante el rechazo de los enfermos al tratamiento, abril 2010: “El Comité de Bioética de Cataluña... cree necesario

El rechazo de los tratamientos por parte de los pacientes es recogido por el Derecho español, tanto en textos internacionales como en actos legislativos del Estado y de las Comunidades Autónomas. En relación a los textos internacionales, en el 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 de 4 de abril de 1997⁴⁰ (conocido como el Convenio de Oviedo), se deduce la necesidad de uso del consentimiento informado para cualquier intervención médica (art. 5).⁴¹

El derecho al rechazo o negación del tratamiento, se reconoce en los textos legislativos en el art. 2.4 Ley 41/2002, según el cual “Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito”.⁴² Los médicos podrán llevar a cabo dichos tratamientos sin necesidad de contar con el consentimiento del paciente y siempre que sea en pro de su salud, en los casos en los que exista un riesgo para la salud pública o la necesidad urgente de actuación médica (art. 9.2 Ley 41/2002).⁴³ Se considera tratamiento a las actuaciones que pretenden tratar o evitar una enfermedad, así como para mantener la vida del paciente, incluidos los procedimientos diagnósticos. En cambio, no son considerados tratamientos los actos médicos de diagnóstico de una

profundizar en la situación generada por el rechazo de los pacientes a un tratamiento. Es una situación que inquieta la conciencia de los profesionales e, incluso, provoca importantes escrúpulos personales y colectivos”.

⁴⁰ Este convenio entró en vigor en España el 1 de enero de 2000.

⁴¹ Instrumento de Ratificación del 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), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Publicado en: «BOE» núm. 251, de 20 de octubre de 1999, páginas 36825 a 36830 (6 págs.) Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-1999-20638. (Última consulta el 04/04/2020). Enlace: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638>.

⁴² 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. Publicado en: «BOE» núm. 274, de 15/11/2002. Entrada en vigor: 16/05/2003. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-2002-22188. Enlace: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>. (Última consulta el 04/04/2020).

⁴³ 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. Publicado en: «BOE» núm. 274, de 15/11/2002. Entrada en vigor: 16/05/2003. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-2002-22188. Enlace: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>. (Última consulta el 04/04/2020). Expone: Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

enfermedad o de reconocimiento de la salud de una persona.⁴⁴ La ley también debe regular el rechazo al tratamiento cuando este implique un perjuicio, desatención o puesta en peligro de terceras personas, como es el caso de las gestantes.

Puesto que la finalidad de este trabajo es conocer los conflictos que surgen en el ámbito de la obstetricia, me parece interesante plantear tres escenarios donde poder analizar las posibles acciones de los sanitarios cuando la toma de decisiones conlleva un conflicto ético y legal.

En el primero, se hará una reflexión de lo que pasaría si se decide tratar a una gestante en contra de su voluntad cuando esto puede conllevar un riesgo vital para ella y para su feto. Por ejemplo, cuando se le diagnostica de un cáncer que podría tener un mal pronóstico y ésta se negara a recibir quimioterapia. En la práctica, si el feto es viable se le ofrece finalizar el embarazo para realizarse el tratamiento lo antes posible; si no lo fuese, se ofrece interrumpir el embarazo para intentar favorecer su pronóstico con la administración posterior de la quimioterapia. En el caso de que se niegue a realizar la pauta médica aconsejada, el sanitario se encontraría ante un gran conflicto ético y legal. Por un lado nos encontramos con la necesidad de cumplir con su derecho de autonomía, pero por otro, tenemos el principio de beneficencia que nos lleva a aplicar lo que más favorece a la salud de la gestante.

El segundo escenario, plantea que la gestante no sea obligada a realizar un tratamiento, pero sí engañada para recibirlo sin ser consciente de ello. El profesional puede pensar que está actuando correctamente al priorizar la salud de la gestante, aunque ello conlleve engañarla. Puesto que la mujer se niega a recibir tratamiento, se podría pensar que es lícito administrárselo sin su conocimiento.

Y por último, que la paciente no desee ser tratada y se respete su decisión pudiendo fallecer tanto ella como el feto. El conflicto surge cuando leemos la legislación, pues en todo momento la Ley de Autonomía del Paciente hace referencia al sujeto merecedor de dicho derecho, pero no especifica qué ocurre en el caso de que esta persona contenga en su vientre un bien jurídico protegido. Se debe reflexionar acerca de los posibles límites de esta ley para determinar si es lícito respetarla cuando está en juego no solo la vida de la gestante sino también la de su feto.

⁴⁴ Seuba Torreblanca, Joan C. Derecho Sanitario y Bioética. Editorial Tirant Lo Blanch. Valencia. 2011. Pág. 465.

A continuación, analizamos las implicaciones éticas y jurídicas de las tres hipótesis planteadas.

4.1 Los supuestos de tratamiento coactivo.

Cuando un profesional se impone al deseo del paciente es inevitable tener que hablar de paternalismo, cuya mejor definición la propone Gerald Dworkin: “es la interferencia en la libertad de acción de una persona justificada por razones que se refieren exclusivamente al bienestar, el bien, la felicidad, las necesidades, los intereses o los valores de la persona coaccionada”.⁴⁵ El paternalismo lleva consigo un ejercicio de poder por parte del sanitario sobre el paciente. Dicho poder puede entenderse como “la capacidad que un individuo o un conjunto de individuos tiene para afectar el comportamiento (o, en sentido quizás más general, a los intereses) de otro o de otros”.⁴⁶

El principio de autonomía o de respeto de la autonomía del paciente,⁴⁷ se basa en la libertad de este para decidir o consentir de manera independiente sobre la aceptación o el rechazo de someterse a cualquier tipo de intervención médica que pueda afectar a su integridad física o a su salud, sin coacción externa.⁴⁸ La decisión que tome el paciente solo le incumbirá a él, es decir, no podrá ser impuesto por una tercera persona aunque sea una indicación médica. La Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente,⁴⁹ en su artículo 15 recoge: 1. Las actuaciones de carácter sanitario se someterán, salvo en los casos exceptuados expresamente en la presente Ley, al principio de autonomía del paciente. 2. Sobre la base de la adecuada información a que se refiere el Título II de esta Ley, sin perjuicio de lo previsto en el presente Título, todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios incluidos en su

⁴⁵ Dworkin, Gerald. Paternalism. Editorial R. A. Wasserstrom. *Morality and the Law*, Belmont, Wadsworth Publishing Co. 1971. Pág. 107-126.

⁴⁶ Atienza, Manuel. *El sentido del Derecho*. Barcelona, Ariel, 2011. Pág. 119.

⁴⁷ Dichos principios se basan en el trabajo de Beauchamp, Tom L. - Childress, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford, Oxford University Press, 1994, 4ª edición. Ambos autores incorporaron el principio de justicia a los ya existentes previamente: autonomía, beneficencia y no maleficencia.

⁴⁸ Hago especial énfasis en el rechazo o aceptación de someterse a intervenciones que puedan afectar a la integridad corporal del paciente o a su salud. Desde el punto de vista legal, las intervenciones fuera de este supuesto que no ponga en riesgo para la persona, como por ejemplo, tomar la temperatura o retirar un vendaje, no tienen relevancia penal y su realización sin consentimiento no será castigado.

⁴⁹ Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente. Comunidad Autónoma de Extremadura «DOE» núm. 82, de 16 de julio de 2005 «BOE» núm. 186, de 5 de agosto de 2005. Referencia: BOE-A-2005-13470. Enlace: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2005/BOE-A-2005-13470-consolidado.pdf>. (Último acceso: 03/04/2020).

ámbito de aplicación deben respetar las decisiones adoptadas por las personas sobre su propia salud y sobre las actuaciones dirigidas a la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de esta. 3. El respeto a las decisiones a que se refiere el apartado anterior lleva aparejado el favorecimiento y respeto de los derechos relativos a la libertad para elegir de forma autónoma entre las distintas opciones que presente el profesional responsable, para negarse a recibir un procedimiento de diagnóstico, pronóstico o terapéutico, así como para poder en todo momento revocar una anterior decisión sobre su propia salud. En este caso, nos encontramos ante un conflicto de principios fundamentales.⁵⁰ Este surge porque la beneficencia, siempre vista como la obligación principal de la asistencia médica, se ha puesto en contraposición con el reciente modelo de autonomía. Cuando la decisión del paciente es irresponsable, la beneficencia se opone a la autonomía. Es entonces cuando el médico podría ejercer un rol paternalista imponiéndose a la decisión del paciente.

Según la jurisprudencia del Reino Unido, el tratamiento de la gestante puede ser impuesto⁵¹ tanto si el rechazo se justifica con la libertad religiosa⁵² como por otras razones. Esta práctica ha sido criticada por considerar a las gestantes incapaces para tomar sus propias decisiones.

En España destaca un caso acontecido en septiembre de 2006, en el que un juez de Barcelona autorizó a realizar una cesárea a una gestante de Camerún en contra de su voluntad. La paciente, que se negaba a la intervención pese a poner en peligro su vida y la del feto, alegaba que “en su país los niños nacen por la vagina, no por la barriga”.⁵³ Por todo ello, debería valorarse cada caso de manera individual, ya que no existe una ley específica que englobe todos los supuestos de rechazo de tratamiento por parte de una gestante. Si esta se negara a un tratamiento vital, entraría en valor la moral del sanitario y por lo tanto podría solicitar la intervención de un juez para que se pronuncie a favor o en contra de la voluntad de la mujer.

Se debe tener en cuenta que, según el Código Penal, realizar un tratamiento médico sin el consentimiento de una gestante puede ser un delito contra la libertad o un delito de coacción, puesto que en ambos el consentimiento informado tiene relevancia jurídico-penal. Sin embargo, pocas veces se darán estos dos casos a la vez, ya que

⁵⁰ Tom L. Beauchamp y James F. Childress en *Principles of Biomedical Ethics*, 1979, defienden los siguientes cuatro principios: Respeto de la autonomía, no-maleficencia, beneficencia y justicia.

⁵¹ Michalowski, Sabine. *Court-Authorised Caesarean Sections. The End of a Trend?*. *The Modern Law Review*. Vol. 62, No. 1 (enero, 1999), pág. 115-127.

⁵² *Re S. Adult: Refusal of Medical Treatment*. *All England Law Reports* 1992; 4: pág.671-672.

⁵³ *Peródico de Cataluña*, 20 de octubre de 2006, pág 19.

requieren principalmente que exista violencia e intimidación. Por ello, gran parte de los casos donde el médico omite información al paciente, se deriva al ámbito civil.⁵⁴ En este caso, los sanitarios tienen un gran conflicto ya que cuando la vida de la gestante y el feto peligran, se ha de esclarecer si el derecho de autonomía de la gestante se superpone a la necesidad ética de salvar la vida del feto por parte del médico. Este es el problema fundamental con el que nos encontramos de manera más frecuente en el ámbito obstétrico. Ha quedado claro anteriormente, que el sanitario no puede obrar exclusivamente según su ética. La ley dicta unas pautas a seguir por todos independientemente de nuestra ética y moral. Lo que preocupa, es que no todos los supuestos están contemplados ante la ley y es por ello, que en ocasiones debemos optar por poner el caso en manos del juez de guardia. De esta manera, ante un conflicto que no podamos resolver debido a no estar bien tipificado, en lugar de obrar según el criterio médico, debemos asesorarnos para no cometer ningún delito que pueda tener consecuencias legales y/o atentar contra los derechos de las personas, en este caso, de las gestantes. Ahora bien, si una mujer embarazada se niega a recibir un tratamiento y su elección no repercute en el embarazo, se respetará su decisión acorde a la Ley de Autonomía explicada anteriormente. Se respetarán sus derechos como el de cualquier persona, siempre que no se vea comprometida su vida y la del feto.

Todos los derechos de la gestante expuestos anteriormente, serán vigentes mientras la mujer esté viva. Es por ello la importancia dada en este estudio para determinar el momento de la muerte. Si tenemos una gestante en situación de pérdida irreversible de la función cerebral, es decir, muerta, que en sus voluntades anticipadas ha dispuesto que no se le trate bajo ninguna circunstancia y aun así es tratada, el médico no estará cometiendo un delito de coacciones puesto que no está coartando la libertad de ningún ser humano vivo.⁵⁵ Una persona muerta ya no puede ser sujeto pasivo de un delito de estas características y en consecuencia en la práctica clínica habitual se dará preferencia a los intereses del feto.

⁵⁴ GÓMEZ RIVERO, Ma. Del Carmen, “La responsabilidad penal del médico”, Valencia, Tirant Lo Blanch, 2008, pág. 121

⁵⁵ Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 172. Entrada en vigor: 24/05/1996. Departamento: Jefatura del estado. Referencia: BOE-A-1995-25444. Enlace: <https://www.boe.es/es/lo/1995/11/23/10/con>. (Último acceso: 14/05/2020).

4.2 Otros supuestos de tratamiento no consentido.

En este supuesto, el sanitario no tiene intención de ejercer violencia ni intimidación en contra de la paciente para obligarla a realizar un tratamiento, pero sí decide engañarla. Por ejemplo, podría decirle a la paciente que le van a administrar exclusivamente suero salino, y en su lugar añadirle a dicho suero una medicación que la gestante desconoce. Este acto podría salvar su vida y la del feto, pero habría sido realizado sin conocimiento de la mujer.

Desde ciertas perspectivas de la ética, podría ser lícito realizar esta acción por parte del sanitario, pues su intención es buena y va en beneficio de su paciente. Sin embargo, desde el punto de vista legal, estaría atentando contra los derechos de la gestante, ocultándole información y realizando un tratamiento sin consentimiento previo. Algunos autores refieren que un sanitario puede engañar legítimamente a un paciente siempre que sea con el objetivo de salvarle la vida o situación de similar envergadura. Sin embargo, engañar a un paciente “por su propio bien” debe considerarse no solo una falta de respeto, sino también un grave atentado contra su autonomía y, por ello, es un acto inaceptable.⁵⁶ Habría que discernir si el engaño tiene como objetivo beneficiar a la paciente o al propio facultativo. Desde el punto de vista ético, ninguna de las dos cuestiones anteriores es aceptable, pues de ningún modo se debe vulnerar los derechos de un paciente.

Ante la necesidad de mentir a una gestante para tratar una enfermedad potencialmente mortal, lo correcto es dejar la decisión en manos de un juez que dictamine el proceso a seguir. En caso de no acceder a la vía judicial y que se optase por engañar a la paciente, el médico podrá ser denunciado y deberá asumir las consecuencias legales de sus actos.

Por otro lado, cuando el médico realice una intervención médico-quirúrgica sin el consentimiento de la paciente, pero siguiendo los demás criterios derivados de la observación de la *lex artis*⁵⁷ y actuando en beneficio de la salud de la paciente, no cabe responsabilidad penal del médico, pues la acción del tipo penal de lesiones no se cumple.⁵⁸

⁵⁶ CULLEN, Susan y KLEIN, Margareth, “Respect for Patients, Physicians and the Truth” Fuente: Munson, *Intervention and Reflection*, USA, Wadsworth, 2000.

⁵⁷ Se denomina “*lex artis*” al conjunto de reglas a las que debe ajustarse la actuación de un profesional en el ejercicio de su arte u oficio.

⁵⁸ JORGE BARREIRO, Agustín, “La imprudencia punible en la actividad médico-quirúrgica”, Madrid, Tecnos Edit., 1990, pág. 72.

En España, la apreciación de estos delitos es compleja puesto que solo se reconocen y sancionan los de omisión del consentimiento informado del paciente en casos de aborto, inseminación artificial y experimentación científica. Ahora bien, fuera de estos supuestos, en los demás casos en los que se omita el consentimiento y se cause un resultado pernicioso, se podrían apreciar los delitos de lesiones, de homicidio imprudente, delitos contra la libertad o delito de coacciones.⁵⁹ Esto podría considerarse como tratamiento arbitrario tal y como se reconoce en el Código Penal austriaco de 1975 y en el Código Penal portugués de 1982. Los códigos mencionados disponen lo siguiente:

- Art. 110.1 del Código penal austriaco: “El que someta a otro a tratamiento médico sin su consentimiento, aun cuando lo haga conforme a las reglas de la ciencia médica, será castigado con pena privativa de libertad de hasta seis meses o con multa hasta 360 cuotas diarias”.
- Art. 158. 1 del Código penal portugués: “Las personas contempladas en el art. 150 que, considerando los fines en él señalados, sometieran al paciente a intervenciones o tratamientos sin su consentimiento serán castigados con prisión de hasta tres años y multa de hasta 120 días”.

Jorge Barreiro, considera oportuno “establecer un tipo penal especial, intermedio entre el delito de lesiones y el de coacciones, ubicado sistemáticamente en el ámbito de los delitos contra la libertad personal dedicado al tratamiento médico curativo arbitrario (...) De esta manera, se lograría no solo clarificar una polémica doctrinal, sino también la necesaria adecuación y el oportuno reforzamiento de la protección jurídico-penal del derecho de autodeterminación (libertad personal) del paciente frente a la actividad médico-quirúrgica arbitraria”.⁶⁰

Esta conducta por parte del sanitario da lugar a una responsabilidad administrativa, al amparo de la legislación relacionada con los derechos y los deberes de los pacientes y los profesionales, es decir, no tiene responsabilidad penal como en el supuesto anterior. En este caso, la acción desde el punto de vista penal es irrelevante.

⁵⁹ MERIZALDE VELIZ, Johanna E. «Responsabilidad penal por daños producidos por omisión o deficiencia del consentimiento informado en tratamientos médicos- quirúrgicos» 2016, pág 74.

⁶⁰ JORGE BARREIRO, Agustín, “La imprudencia punible en la actividad médico-quirúrgica”, Madrid, Tecnos Edit., 1990, págs. 82-83.

Sin embargo, sí conlleva una sanción administrativa.⁶¹ En el artículo 94 y 95 del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, se considera falta muy grave “el incumplimiento del deber de respeto a la Constitución o al respectivo Estatuto de Autonomía en el ejercicio de sus funciones”. En cuanto a las faltas graves también encontramos “El abuso de autoridad en el ejercicio de sus funciones”.⁶² Por razón de las faltas cometidas podrán imponerse las siguientes sanciones:

a) Separación del servicio de los funcionarios, que en el caso de los funcionarios interinos comportará la revocación de su nombramiento, y que solo podrá sancionar la comisión de faltas muy graves.

b) Despido disciplinario del personal laboral, que solo podrá sancionar la comisión de faltas muy graves y comportará la inhabilitación para ser titular de un nuevo contrato de trabajo con funciones similares a las que desempeñaban.

c) Suspensión firme de funciones, o de empleo y sueldo en el caso del personal laboral, con una duración máxima de 6 años.

d) Traslado forzoso, con o sin cambio de localidad de residencia, por el período que en cada caso se establezca.

e) Demérito, que consistirá en la penalización a efectos de carrera, promoción o movilidad voluntaria.

f) Apercibimiento.

g) Cualquier otra que se establezca por ley.

⁶¹ ROBLES FERNÁNDEZ, SALVADOR. Regimen jurídico de las infracciones y sanciones administrativas en el ámbito de la salud pública. DS Vol. 3, Enero-Diciembre 1995. Pág 109–136.

⁶² Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. Publicado en: «BOE» núm. 261, de 31/10/2015. Entrada en vigor: 01/11/2015. Departamento: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Referencia: BOE-A-2015-11719 Enlace: <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/30/5/con> (Última consulta: 23/05/2020).

4.3 El respeto a la libertad de actuación ante los supuestos de peligro para la vida o salud de la gestante y del feto.

En ciertos casos, el hecho de respetar la decisión de una gestante de no realizarse un tratamiento, podría conllevar a la muerte de ésta y la del feto. En ocasiones, nos encontramos con mujeres embarazadas que rechazan algún tipo de tratamiento vital como transfusiones, cesáreas, alimentación o respiración artificial, lo que podría evitar la muerte de la gestante y la del feto. Esta decisión por parte de la mujer implica dificultades a nivel jurídico, encontrándonos ante una colisión de derechos entre los de la mujer embarazada considerada persona y los del feto, reconocido como un bien jurídicamente digno de protección.⁶³

No hay una determinación sobre qué tratamientos pueden imponerse a la mujer, por lo que es una decisión complicada desde el punto de vista jurídico, además de contar con una gran carga moral.⁶⁴ Respetar su decisión estaría avalada por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, mencionada anteriormente. Sin embargo, esta ley no menciona los casos en los que el objeto de protección es una gestante.

En la práctica clínica se diferencian dos posibles situaciones según la viabilidad del feto.

- **Gestante con feto viable:** cuando nos encontramos con gestantes que se niegan a realizarse un tratamiento que puede evitar su muerte y en consecuencia la del feto, podría no respetarse su deseo en caso de que este sea viable y se pondrá en manos de un juez para la toma de la decisión. Se podría respetar su elección al estar amparados por la Ley de Autonomía del Paciente, pero, desde el punto de vista ético, ¿se debe permitir que muera un feto viable? ¿hasta qué punto se debe respetar el derecho de autonomía de la paciente? En la clínica, se considera que dicho derecho debe tener unos límites cuando tratamos con mujeres embarazadas. Un obstetra, por norma general, no permitirá que muera un feto viable por decisión materna. Ante esta situación, siempre se intentará explicar a la gestante los riesgos que conlleva esta acción. De esta manera, pretendemos

⁶³ WICKS, ELIZABETH. The Right to Refuse Medical Treatment under the European Convention on Human Rights. *Medical Law Review*, Publicada: 01 January 2001, Volumen 9, Pág. 17–40.

⁶⁴ SCOTT ROSAMUND. The pregnant woman and the good Samaritan: can a woman have a duty to undergo a caesarean section?. 2000. *Oxford Journal of Legal Studies*, 20(3), pág. 407–436.

que reflexione y así quizás conseguir que tome la decisión de recibir el tratamiento. A veces, la negativa de estas mujeres se debe a la falta de información recibida. Es por ello que el sanitario debe explicar con detenimiento y de forma clara la situación tanto a ella como a su pareja o acompañante si la embarazada lo desea. Una vez explicada, si la gestante finalmente decide no recibir el tratamiento que podría salvar tanto su vida como la del feto, el sanitario pondrá el caso en manos del juez de guardia para que este determine si se debe respetar la decisión de la mujer o, por el contrario, dar la orden de administrar el tratamiento.

- **Gestante con feto no viable:** en este caso, será más factible que se respete la decisión de la paciente, aunque también dependerá de la ética del facultativo responsable. Generalmente se dejaría en manos de un juez porque, aunque el feto no sea viable, quizás el hecho de que la gestante aceptara el tratamiento, tendría como resultado que el embarazo llegara a término y este feto naciera en buenas condiciones. Si es un embarazo precoz, el hecho de respetar la decisión de la paciente es más plausible. Sin embargo, cuanto más se acerca el feto al momento de su viabilidad, más conflictiva es la situación. Aun así, aunque no sea viable, generalmente los sanitarios consultarían la decisión con un juez.

5. Reflexiones en torno al valor e importancia de las “voluntades anticipadas” en algunos casos conflictivos.

Cada Comunidad Autónoma tiene su propia legislación entorno al Documento de Voluntades Anticipadas, por lo que es conveniente informarse antes de redactarlo. A continuación, analizaremos el derecho constitucional de la mujer a dejar dispuesto por escrito sus voluntades anticipadas para que éstas se tomen en cuenta, si fuera necesario. Todo ello se encuentra recogido en la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.⁶⁵

La relación que en un pasado cercano era eminentemente paternalista (medicina centrada en el médico) se ha transformado en una relación más participativa (medicina centrada en el paciente), en la que cada individuo debe y exige conocer todo lo

⁶⁵ Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Publicado en: «BOE» núm. 127, de 25 de mayo de 2010, páginas 45646 a 45662 (17 págs.) Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Comunidad Autónoma de Andalucía. Referencia: BOE-A-2010-8326. Enlace: <https://www.boe.es/eli/es-an/1/2010/04/08/2> (Último acceso el 08/04/2020)

relacionado con su persona y su situación de salud. El paciente deja de ser un elemento pasivo para tornarse en una contraparte con derechos, exigencias y expectativas.⁶⁶

Todo ello ha supuesto un gran cambio en el ámbito de la ética y la bioética. Tras la entrada en vigor del Código de Núremberg en 1947, los derechos de los pacientes se han reforzado constituyendo códigos, leyes, convenios y acuerdos.

Según la RAE, la autonomía es la condición del individuo que no depende de nadie en ciertos conceptos, pero este derecho en muchas ocasiones no puede ser usado por la persona. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁶⁷, regula en su artículo 11 el documento de instrucciones previas al que define como aquel mediante el cual una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, para que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlo personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos. Dicho derecho entra en vigor en el momento en el que las capacidades de una persona están disminuidas o se pierde el poder de decisión a causa de una enfermedad.

Cuando nos encontramos en una situación que acabará inevitablemente en la muerte, el paciente o el representante legal que tome decisiones en su nombre, podrá oponerse a que sea sometido a prolongar su vida de manera artificial.

Mediante el documento de Voluntades Anticipadas, todas las personas tendrán la posibilidad de manifestar por escrito que, en caso de encontrarse en una situación donde no pueda manifestar su opinión, no desean que se les mantenga con vida usando medios extraordinarios.⁶⁸ Este documento permite al paciente tener la certeza de que sus deseos serán respetados, reduciendo el estrés que esto pueda suponerle, evitando procedimientos invasivos que alarguen su vida, pues prolongarla no debe ser a cualquier coste.⁶⁹ Además, gracias a las Voluntades Anticipadas, mejora la comunicación entre

⁶⁶ Cañete Villafranca R, Guilhem D, Brito Pérez k . Paternalismo médico. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 Mar-Abr [citado: 03/04/2020];35(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema06.htm>

⁶⁷ 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. Publicado en: «BOE» núm. 274, de 15/11/2002. Entrada en vigor: 16/05/2003. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-2002-22188. Enlace: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con> (Último acceso el 27/03/2020).

⁶⁸ Hale, D. &. (2017). Advance Directives. Home Healthcare Now, 283–284.

⁶⁹ Brinkman-Stoppelenburg, A. R. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. Palliative Medicine, 1000–1025.

médicos, cuidadores y pacientes, reduciéndose los costes de la asistencia clínica y haciendo que se cumplan los deseos de la persona de manera eficiente.⁷⁰ No solo permite al paciente influir en las futuras decisiones asistenciales, sino que facilita a los profesionales de la salud la toma de decisiones respetuosas con la voluntad del enfermo cuando este no tiene ya capacidad para decidir por sí mismo.

Howard Zuluaga resume la voluntad anticipada describiéndola como un acto jurídico que, para que produzca su efecto, requiere que el otorgante se halle en situación de incapacidad de manifestar por sí mismo su voluntad. Además, necesita la solemnidad de que la voluntad se exteriorice por escrito y dicha voluntad debe ser inequívoca del paciente. La voluntad anticipada es unilateral, unipersonal y personalísima (debe ser ejercida por el mismo paciente interesado y no por otra persona) y es exclusiva de personas físicas. Tiene unos destinatarios determinados y sus efectos se producen en vida de quien la otorga. Estos documentos son imprescriptibles e incaducables; sin embargo, es revocable y puede ser anulado por el paciente en cualquier momento. Por último, sus disposiciones son de naturaleza extrapatrimonial.⁷¹

Cantabria, Castilla-La Mancha y La Rioja recogen en su legislación que en caso de mujeres embarazadas, no se tendrá en cuenta las voluntades anticipadas de éstas y por lo tanto no se aplicarán, en lo que a la limitación del esfuerzo terapéutico se refiere, hasta que se produzca el nacimiento del feto.⁷²

5.1 Las voluntades anticipadas ante los supuestos de pérdida irreversible de la función cerebral.

Cuando se acerca el final de la vida de un paciente, algunos médicos, dejándose llevar por los avances tecnológicos y su deseo de prolongarles la vida, son partidarios de ponerles todos los tratamientos que se encuentran dentro de su alcance. Esto puede provocar cierta obstinación terapéutica que deje a un lado los intereses o deseos de los pacientes.⁷³ Es lógico pensar que las decisiones tomadas por los facultativos deberían

⁷⁰ Woollen J, B. S. (2016). Engaging Patients With Advance Directives Using an Information Visualization Approach. *Journal of Gerontological Nursing*, 16-20.

⁷¹ Howard Zuluaga, M. A. Las declaraciones de voluntad anticipada y la autonomía de la persona. *Revista de Derecho de la Universidad de Montevideo*. 2012. Pág 175-176.

⁷² NEBOT C, ORTEGA B, MIRA JJ, ORTIZ L. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. *Gaceta Sanitaria* 2010;24(6): pág.437-445.

⁷³ Locke EA, Shaw K, Saari L, Latham GP. Goal setting and task performance. *Psychol Bull*, 1981; 90: Pág 125-152.

basarse en el conocimiento de los datos clínicos, el pronóstico de la enfermedad y un objetivo que debe negociarse previamente con el paciente. Dicho objetivo, debe concretarse antes de que llegue el momento agudo de la enfermedad, el miedo o el dolor. Hacerlo bajo estas circunstancias puede que sea aceptable legalmente, pero desde luego no es correcto desde la perspectiva ética.⁷⁴ Es por ello, que disponer de un documento de voluntades anticipadas puede ser muy útil en el caso de padecer una enfermedad que incapacite, ya sea de manera reversible o irreversible.

En la práctica clínica, en el caso de mujeres gestantes con muerte cerebral irreversible, el manejo de la situación por parte del facultativo dependerá de si el feto es viable en ese momento o no. Debemos partir de la base de que cuando una gestante se encuentra en una situación de pérdida irreversible de la función cerebral, la mujer está clínicamente muerta y por lo tanto las voluntades anticipadas no surten el efecto necesario para que, su vulneración, de lugar a la configuración de un delito de coacciones. El médico en este caso ya no tiene el deber de decidir si se le alarga la vida o si se le desconecta, pues según la ley, esta persona ya ha fallecido aunque esté conectada a un soporte vital. Es por ello que ahora prevalece el bienestar del feto y no el de la gestante. Así pues, se tomará la mejor decisión independientemente de las voluntades anticipadas de la mujer y se actuará de igual modo, tenga este documento o no.

- **Gestantes con fetos viables:** en este caso se realizará una cesárea programada para sacar al feto antes de desconectar a la paciente del soporte vital. Si sabemos que hay posibilidades de que al extraer al feto, este viva, no se tendrá en cuenta la opinión de la familia, pues se actuará en beneficio del recién nacido. Puede ser que la gestante haya dejado por escrito en sus voluntades anticipadas que desea que, llegado este momento de muerte cerebral irreversible, se le desconecte inmediatamente del soporte vital sin extraer al feto previamente. Si se decide realizar una cesárea, se estaría contraviniendo la autonomía de la madre, o al menos la que tuvo cuando estaba viva. Además, la familia puede estar de acuerdo con la decisión de la embarazada y pedir que se respete la decisión de ésta. Aun así, se actuaría en beneficio del feto. A esta conclusión se llega porque una vez valorados los intereses del feto por un lado, y la voluntad materna por otro, llegamos a la conclusión de que los intereses del feto tienen una mayor

⁷⁴ Muller JH. Shades of blue: the negotiation of limited codes by medical residents. Soc Sci Med 1992; 34: Pág.885-892.

relevancia. El sanitario estaría ponderando los bienes jurídicos en juego y se optaría por salvar el que se considera que tiene mayor valor.

- **Gestantes con fetos no viables:** dada esta circunstancia, podremos tomar dos decisiones. Si la gestación es precoz, se tendrá en cuenta la decisión de su familia o representante legal. Se podría decidir desconectarla sin extraer al feto ocasionando la muerte de este. Pero si el producto de la gestación no es viable pero si próximo a serlo, si la familia lo desea se podrá mantener conectada a un soporte hasta que sea viable y posteriormente extraerlo mediante cesárea programada. En esta circunstancia también se debe elaborar una valoración del peso que tiene cada uno de los intereses que se están midiendo a efectos de determinar cuál es el de mayor relevancia. El sanitario deberá poner en una balanza por un lado la vida del feto y por el otro los intereses de la madre ya fallecida y de la familia. Con ello se deberá tomar la decisión que sea más correcta desde un punto de vista ético. Si el feto está lejos de ser viable y consideramos que se puede respetar la voluntad de la gestante, se hará. Pero si por el contrario nos encontramos con un feto en buenas condiciones, próximo a ser viable, se podrá actuar en beneficio de este, dejando a un lado la autonomía de la embarazada. El hecho de que el feto no sea viable, no significa que la decisión deba ser siempre la misma. Se valorará en función del estado del mismo y su potencial viabilidad.

Como he dicho anteriormente, que un sanitario no respete las voluntades anticipadas de una mujer considerada clínicamente muerta, no dará lugar a un delito de coacción debido al hecho de que esta ya ha fallecido, pero sí a una posible sanción administrativa. El artículo 20 de la Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida, refiere que el personal sanitario tiene el deber de respetar las voluntades anticipadas o la planificación anticipada de decisiones. Dicho artículo cita: "...antes de llevar a cabo cualquier intervención sanitaria en el proceso del final de la vida, comprobar la existencia de voluntades anticipadas y respetar los valores e instrucciones contenidas en las mismas, en los términos previstos en esta ley y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de salud de la Comunitat Valenciana, y restante legislación aplicable." En

el artículo 35 de la citada ley, encontramos como infracción grave: “Obstaculizar o impedir el disfrute de cualesquiera de los derechos reconocidos en el título II de esta ley, o incumplir cualesquiera de los deberes establecidos en el título III de esta ley.”⁷⁵

Los profesionales sanitarios son conscientes de que están cometiendo una infracción administrativa para salvar la vida del feto. Se realiza un juicio de proporcionalidad, poniendo en una balanza los intereses del feto viable y los de la madre fallecida, dando prevalencia a la vida del feto.

5.2 Las voluntades anticipadas ante los supuestos de pérdida reversible de la función cerebral.

Lo que marca la diferencia en este caso es que la paciente se encuentra en un estado retornable y por tanto, se deberá actuar en beneficio de ella, de manera que prime su recuperación.

En cuanto al feto, la actuación dependerá de la viabilidad de este y de lo que perjudique la continuación del embarazo a la salud de la embarazada.

- **Feto viable:** siempre que el embarazo no perjudique el pronóstico, se esperará al fin de la gestación para realizar una cesárea programada. Si el feto es igualmente viable pero entorpece el estado de salud de la madre, se procederá a su extracción inmediata. En el caso de que la pérdida de la función sea reversible, el manejo de la situación de la gestante no solo dependerá de la viabilidad del feto sino también de lo que el embarazo perjudique el pronóstico de la mujer. A diferencia del punto anterior, donde el estado de la madre era irreversible y por lo tanto se antepone el bienestar fetal, en esta situación primará la salud de la embarazada. Hay ocasiones en las que es el propio embarazo el que perjudica el bienestar materno. Por ejemplo, el síndrome HELLP⁷⁶, que es una complicación propia del embarazo relacionada con una elevada morbilidad y mortalidad materna y fetal. Se caracteriza por anemia, elevación de las enzimas hepáticas y

⁷⁵ Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. Publicado en: «BOE» núm. 183, de 30 de julio de 2018, páginas 76351 a 76371 (21 págs.) Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Comunitat Valenciana. Referencia: BOE-A-2018-10760. Enlace: <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2018/06/28/16>. (última consulta: 22/05/2020)

⁷⁶ GUTIERREZ AGUIRRE, César Homero; ALATORRE RICARDO, Julio; CANTÚ RODRIGUEZ, Olga y GÓMEZ ALMAGUER, David. Síndrome de HELLP, diagnóstico y tratamiento. Revista de Hematología. 2012. 13(4):195-200

trombocitopenia, afectando al hígado, riñones y sangre y cuyo tratamiento definitivo es la interrupción del embarazo. Es más propia del tercer trimestre, aunque también lo puede hacer en el segundo, por lo que hablaríamos de fetos viables en su mayoría. Hay tratamientos médicos que dan tiempo para que el feto madure antes de su extracción, sin embargo, en los casos en los que se complica puede darse una pérdida reversible de la función cerebral. En este tipo de casos, siempre habrá que hacer balance entre los riesgos y beneficios ante las posibles decisiones que se tomen. Se tendrá en cuenta la clínica de la gestante, el estado del feto y la naturaleza de la enfermedad. Respecto al síndrome HELLP, se sabe que empeora si no se finaliza el embarazo, por lo que se planteará la finalización de este lo antes posible. Siempre que la situación lo permita, se madurarán los pulmones del feto antes de su extracción; pero si la vida de la madre se ve comprometida, se finalizará el embarazo inmediatamente mediante cesárea. Esto se hará así independientemente de si la madre tiene o no voluntades anticipadas, pues hablamos de un feto viable y, aunque prime la salud materna, también se tendrá en cuenta el bienestar fetal.

- **Feto no viable:** Aquí también valoraremos el riesgo y beneficio para la gestante, es decir, si el embarazo perjudica a su salud se finalizará inmediatamente con independencia de lo que tenga reflejado en sus voluntades anticipadas. En un embarazo por debajo de las 20 semanas, se planteará una expulsión vía vaginal siempre que el estado materno lo permita. Sin embargo, si la gestación no perjudica a la salud de la madre, se continuará el embarazo realizando sus controles para confirmar el bienestar de ambos hasta que el feto sea viable y maduro. Llegados a este punto, se finalizará la gestación mediante cesárea programada. En este caso, cuando el feto está lejos de ser viable y la gestante tenga unas voluntades anticipadas donde refleje su deseo de no ser tratada, se hablará con la familia y, en caso de continuar con la negativa, un informe emitido por un comité expondrá el caso al juez de guardia y será este quien tome la decisión.

Desde la perspectiva jurídica, en situaciones de pérdida de función cerebral reversible, prevalece la vida de la madre puesto que se considera un ser humano vivo. Sin embargo, el feto, al no haber nacido, no es merecedor de dichos derechos en su

totalidad. Este es un bien jurídico protegido, pero no al mismo nivel que el de la gestante.

Desde el punto de vista ético, podríamos encontrar diversas opiniones. Aun así, a la hora de actuar en estos casos, lo que prima es lo expuesto en la Ley, independientemente de la opinión ética y moral del sanitario.

El representante legal deberá velar por el bienestar de la gestante y dará su consentimiento para que se haga lo que crea que la beneficia más. En el apartado 6 del art. 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre,⁷⁷ se expone: “En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad”.

Si no se dispone de un documento de voluntades anticipadas, la responsabilidad pasará a ser de su representante legal. En el apartado 3 del art. 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre,⁷⁸ se expone: “Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos: a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho; b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia; c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su

⁷⁷ 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. Publicado en: «BOE» núm. 274, de 15/11/2002. Entrada en vigor: 16/05/2003. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-2002-22188. Enlace: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con> (Último acceso el 12/04/2020).

⁷⁸ 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. Publicado en: «BOE» núm. 274, de 15/11/2002. Entrada en vigor: 16/05/2003. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-2002-22188. Enlace: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con> (Último acceso el 12/04/2020).

opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor”

Según el artículo 5 de la Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas,⁷⁹ el otorgante puede designar a uno o a diversos representantes simultáneos o sucesivos para que sean los interlocutores válidos a la hora de llevar a cabo la voluntad contenida en el documento. La representación otorgada a favor del cónyuge o de la pareja estable o de hecho queda sin efecto por la interposición de una demanda de nulidad, de separación matrimonial o de divorcio, o por el cese de la convivencia, a no ser que el declarante manifieste expresamente que la representación continua vigente.

⁷⁹ Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas. Comunidad Autónoma de las Illes Balears «BOIB» núm. 36, de 11 de marzo de 2006 «BOE» núm. 81, de 5 de abril de 2006 Referencia: BOE-A-2006-6090 (Último acceso el 09/04/2020)

6. Reflexiones personales.

El concepto de muerte sigue teniendo una gran controversia puesto que el aspecto legal dista del aspecto ético. Diversos autores afirman que el hecho de dictaminar el fallecimiento de la persona en el momento en el que existe muerte cerebral, se relaciona con la posibilidad de realizar trasplantes de órganos y disminuir el coste que le supondría a la Sanidad mantener a esos pacientes conectados a un soporte vital. Yo, personalmente estoy de acuerdo con que la muerte cerebral irreversible supone el fin de la persona, pues pierde todo lo que la define como ser humano. Sin embargo, me inquieta pensar en los casos descritos como “milagros” en los que pacientes en este estado se han recuperado, lo que me plantea la siguiente cuestión: ¿Cuántas personas que podrían haberse recuperado habrán sido desconectadas de una respiración artificial?

Tanto el concepto de muerte como el de vida, más concretamente el momento en que somos personas con todos los derechos que ello conlleva, no están bien definidos desde el punto de vista legal. Hay diversos momentos en los que se puede establecer el comienzo de la vida dependiendo del autor, por lo que la falta de un único criterio hace difícil delimitar el inicio de la toma de estos derechos. A mí como matrona, me inquieta que no esté tipificado el instante exacto en el que la vida comienza, pues día a día me expongo a posibles complicaciones en un parto que podrían acarrear sanciones o penas, que serían muy distintas dependiendo de si mis acciones afectan a una persona o a un feto.

Observo un vacío legal en cuanto a las penas específicas para los sanitarios. Obligar a una gestante a realizarle un tratamiento en contra su voluntad o engañarla para que lo reciba, no se encuentra contemplado de manera específica en la ley. Es por ello, que mi trabajo diario en el paritorio me ha ayudado a reflexionar en las cuestiones con falta de una legislación clara. Mi práctica clínica y las experiencias de compañeros me dan una información valiosa a la hora de tomar decisiones conflictivas.

En mi opinión, la Ley de Autonomía del Paciente debería contemplar un apartado específico para gestantes. El hecho de albergar un feto con diferentes derechos que los que posee la madre, crea inseguridad a la hora de tomar decisiones en situaciones críticas de la salud de una mujer embarazada. Para saber cómo actuar, debemos irnos a la bibliografía existente relacionada con casos similares ocurridos

anteriormente o a protocolos hospitalarios ya establecidos. La falta de una legislación específica deja desamparado al sanitario que duda respecto a su modo de actuar.

En mi experiencia, debido a la falta de información de la que disponemos, ante casos controvertidos hacemos lo que marque nuestra ética, aunque en ocasiones colisione con el derecho de autonomía de la gestante. Si no somos capaces de tomar una decisión, se consultará con el juez de guardia, quien dictaminará el camino a seguir.

La muerte cerebral en gestantes supone gran inquietud en el mundo de la obstetricia. La ética marca unas pautas y de ello dependerán nuestras decisiones. Dependiendo de si el feto es viable o no y de si la gestante tiene o no voluntades anticipadas, se tomará una decisión u otra. Sin embargo, en la práctica, aunque la gestante haya dejado por escrito el deseo que no tomar medidas que alarguen su vida en caso de muerte cerebral, esto no se tendrá en cuenta si el feto es viable.

Es por ello, que este trabajo me ha servido para ver las lagunas legales que existen en el ámbito de la obstetricia. Sería de agradecer un reconocimiento legal que tipifique cada caso específico en cuanto a los conflictos ético-legales que conlleva tratar a una mujer gestante, así como una pena o sanción establecida a la mala praxis en cada uno de ellos. Si conseguimos que la ley contemple todos los supuestos, podremos crear protocolos que sean útiles para el manejo de las embarazadas, sea cual sea su edad gestacional y estado de salud. Además, esto permitiría actuaciones rápidas, eficaces y eficientes ante cualquier posible situación de riesgo sin necesidad de tener en cuenta nuestra propia ética y moral.

7. Conclusiones.

Tras el análisis de la información expuesta en este trabajo, he extraído las siguientes conclusiones:

Primera: los profesionales sanitarios deben atender de forma obligatoria a las disposiciones jurídicas por las que se establecen los criterios que permiten afirmar el término de la vida humana independiente. Dichos criterios han sido incorporados en el Real Decreto 1723/2012 sobre trasplantes y van a servir de guía para su obligatorio cumplimiento, facilitando la toma de decisiones en algunos de los supuestos que se abordan en este trabajo.

Segunda: resulta una tarea imposible aunar los criterios para la determinación de la muerte desde el punto de vista ético, puesto que existen planteamientos de diversa índole. Esta diversidad nos impide sistematizar respuestas para los momentos en los que no sabemos si un ser humano se puede considerar muerto o vivo. Por lo tanto, en un escenario donde la gestante podría considerarse muerta o no, nos vemos incapacitados para dar una respuesta del todo correcta.

Tercera: la vida tiene distintos niveles de protección. El ser humano nacido es merecedor de la totalidad de unos derechos de los que el feto o ser humano dependiente tendrá una protección menor, es decir, el primero prevalece respecto al *nasciturus*. Es por ello, que determinar el momento en que se inicia la vida a nivel legal es tan importante en la práctica clínica. Esto lo encontramos estipulado en La Declaración de los Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948 y en La Constitución Española de 1978, siendo el Derecho Penal el encargado de castigar a quienes atentan contra la vida humana. Los sanitarios deberán tener en cuenta el valor otorgado jurídicamente a los embriones y a los fetos independientemente de lo que opinen.

Cuarta: la ética aporta multitud de puntos de vista respecto al concepto de vida. Por lo tanto, no tenemos una única idea aceptada a la que poder aferrarnos a la hora de tomar decisiones. No existe una norma clara a la que ceñirnos en el ámbito hospitalario. Sin duda, la ética nos ayuda a ser mejores profesionales, pero no nos da una respuesta con la que guiarnos en nuestra práctica. Aunque la ética no tenga una respuesta única, sí que vamos a encontrar criterios que van a ser de utilidad, que pueden ser estandarizados y que van a tener impacto en la normativa. Se debe tener en cuenta que la ética ha contribuido a la elaboración de las normas jurídicas existentes a día de hoy.

Quinta: ante un conflicto ético imposible de resolver por falta de tipificación en la legislación, se pondrá en manos del juez de guardia para la toma de decisiones.

Sexta: el derecho de autonomía de la mujer gestante se respetará siempre que no implique un perjuicio para el feto. Si se le ofrece un tratamiento que sirviera para salvar su vida y la del feto y ésta se negase, se pondría en manos de un juez. Sin embargo, si dicha decisión no influye en su embarazo, se respetará su derecho de autonomía.

Séptima: Desde diversos puntos de la ética, podría ser lícito engañar a una gestante para administrarle un tratamiento que le salvase la vida y, por ende, la del feto. No obstante, desde el punto de vista legal, estaría atentando contra los derechos de la gestante, ocultándole información y realizando un tratamiento sin consentimiento previo lo que llevaría al profesional a una posible sanción administrativa.

Octava: ante una pérdida irreversible de la función cerebral, no se tendrán en cuenta las voluntades anticipadas, puesto que la mujer se consideraría muerta y ya no sería merecedora de los derechos pertenecientes a un ser humano. En estos casos prevalecerá el interés del feto teniendo en cuenta si es viable o no.

Novena: si la gestante se encuentra en una situación de pérdida reversible de la función cerebral y ésta ha dejado reflejado en sus voluntades anticipadas su deseo de no intervención, se comunicará el caso al juez de guardia para que tome la decisión oportuna. Si el embarazo supusiera un riesgo para la vida de ésta, se finalizaría inmediatamente independientemente de la viabilidad de feto prevaleciendo el bienestar de la gestante.

8. Bibliografía.

- ANSTÖTZ, C. (1993). Should a brain-dead pregnant woman carry her child to full term? The case of the “erlanger baby.” . *Bioethics*, 340–350.
- ATIENZA, Manuel. *El sentido del Derecho*. Barcelona, Ariel, 2011. Pág. 119.
- BRINKMAN-STOPPELENBURG, A. R. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 1000–1025.
- CAÑETE VILLAFRANCA R, GUILHEM D y BRITO PÉREZ, K . Paternalismo médico. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2013 Mar-Abr [citado: 03/04/2020]; 35(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema06.htm>
- CARPIZO, Jorge. Los derechos humanos: naturaleza, denominación y características, *Revista Mexicana de Derecho Constitucional*. Núm. 25, julio-diciembre 2011. Pág. 3-29.
- CULLEN, Susan y KLEIN, Margareth, “Respect for Patients, Physicians and the Truth” Fuente: Munson, *Intervention and Reflection*, USA, Wadsworth, 2000.
- CUSHMAN, R. y HOLM, S. Death, Democracy and Public Ethical Choice. *Bioethics*, 1990.4(3), 237–252.
- DE JESÚS BETANCOURT BETANCOURT, Gilberto y I. J. (2015). Limitación del esfuerzo terapéutico: aspectos religiosos y culturales. *Humanidades Médicas*, vol.15 no.1.
- DWORKIN, Gerald. *Paternalism*. Editorial R. A. Wasserstrom. *Morality and the Law*, Belmont, Wadsworth Publishing Co. 1971. Pág. 107-126.
- ECHEVERRÍA B, C.; Goic G, A.; Lavados M, M.; Quintana V, C.; Rojas O, A.; Serani M, A. y Vacarezza Y, R. Diagnóstico de Muerte. *Revista Médica de Chile*, n°132, pp. 95-107.
- ECHEVERRÍA B, C.; Goic G, A.; Lavados M, M.; Quintana V, C.; Rojas O, A.; Serani M, A. y Vacarezza Y, R. Diagnóstico de Muerte. *Revista Médica de Chile*, n°132, pp. 95-107.
- ENCICLOPEDIA JURÍDICA. Enlace: <http://www.encyclopedia-juridica.com/d/nasciturus/nasciturus.htm> (Último acceso el 28/03/2020).
- ESCUADERO, D. (2009). Diagnóstico de muerte encefálica. *Med. Intensiva*, vol.33 no.4.
- FIGUEROA GARCÍA-HUIDOBRO, R. Concepto de derecho a la vida. *Ius et Praxis*, 2008, 14(1). Pág.261 – 300.
- FRANKLIN G. Miller y ROBERT D. Truog. Death, Dying, and Organ Transplantation: Reconstructing Medical Ethics at the End of Life, *Medical Law Review* , Volumen 21, Número 3, Verano 2013, Páginas 512–518.
- GÓMEZ RIVERO, Ma. Del Carmen, “La responsabilidad penal del médico”, Valencia, Tirant Lo Blanch, 2008, pág. 121
- GUTIERREZ AGUIRRE, César Homero; ALATORRE RICARDO, Julio; CANTÚ RODRIGUEZ, Olga y GÓMEZ ALMAGUER, David. Síndrome de HELLP, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Hematología*. 2012. 13(4):195-200
- HALE, D. (2017). Advance Directives. *Home Healthcare Now*, 283–284.
- HOWARD ZULUAGA, M. A. Las declaraciones de voluntad anticipada y la autonomía de la persona. *Revista de*

- Derecho de la Universidad de Montevideo. 2012. Pág 175-176.
- IHSAN NURI, Akpınar; Bediha, Aygun; Nuri Cagatay, Cimsit; Ozlem, Turkoglu. IRM ponderada por difusión: un enfoque práctico y rápido para evaluar la muerte cerebral. Revista: International Journal of Medical Physics, Clinical Engineering and Radiation Oncology , 7 de abril de 2015. Vol.4 No.2.
- IRAYDA JAKUŠOVAITĚ, Ž. L. Determination of death: Metaphysical and biomedical discourse. Medicina (2016), pág. 205-210.
- JORGE BARREIRO, Agustín, “La imprudencia punible en la actividad médico-quirúrgica”, Madrid, Tecnos Edit., 1990, pág 72.
- JORGE BARREIRO, Agustín, “La imprudencia punible en la actividad médico-quirúrgica”, Madrid, Tecnos Edit., 1990, págs. 82-83.
- KILBRIDE-CLINTON. (2016). Death and dignity in Catholic Christian thought. Medicine, Health Care and Philosophy, 537–543.
- KIZER, Saúl y VANEGAS, Horacio. ¿Siente dolor el feto? Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. vol.76 no.2 Caracas jun. 2016. Pág. 126-132.
- LOCKE EA, SHAW K, SAARI L, LATHAM GP. Goal setting and task performance. Psychol Bull, 1981; 90: Pág 125-152.
- MERIZALDE VELIZ, Johanna E. «Responsabilidad penal por daños producidos por omisión o deficiencia del consentimiento informado en tratamientos médicos- quirúrgicos» 2016, pág 74.
- MICHALOWSKI, Sabine. Court-Authorised Caesarean Sections. The End of a Trend?. The Modern Law Review. Vol. 62, No. 1 (enero, 1999), pág. 115-127.
- MULLER JH. Shades of blue: the negotiation of limited codes by medical residents. Soc Sci Med 1992; 34: Pág.885-892.
- NEBOT C, ORTEGA B, MIRA JJ, ORTIZ L. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. Gaceta Sanitaria 2010; 24(6): pág.437-445.
- PERÓDICO DE CATALUÑA, 20 de octubre de 2006, pág 19.
- R.G. Edwards y J.M. Purdy The case for studying human embryos and their constituent tissues in vitro. Human Conception In Vitro, Academic Press, London (1982), pág. 371-387.
- RE S. Adult: Refusal of Medical Treatment. All England Law Reports 1992; 4: pág.671-672.
- REQUEJO CONDE, Carmen. Contergan: la historia de un delito. Cuadernos de política criminal, 1998. Vol. 66, pág. 687-693.
- ROBLES FERNÁNDEZ, SALVADOR. Regimen juridico de las infracciones y sanciones administrativas en el ámbito de la salud pública. DS Vol. 3, Enero-Diciembre 1995. Pág 109–136.
- ROMEO CASABONA, Carlos María; Sola Reche, Esteban y Boldova Pasamar, Miguel Ángel. Derecho Penal. Parte Especial. Editorial:Comares 2016, página 8.
- ROMEO CASABONA, Carlos María; SOLA RECHE, Esteban y BOLDOVA PASAMAR, Miguel Ángel. Derecho Penal. Parte Especial. Editorial: Comares 2016, página 4-5.
- ROMEO CASABONA, Carlos María; Sola Reche, Esteban y Boldova Pasamar, Miguel Ángel. Derecho Penal. Parte Especial. Editorial: Comares 2016, pág. 7.
- ROSAMUND, Scott. The pregnant woman and the good Samaritan: can a woman have a duty to undergo a caesarean section? 2000.

- Oxford Journal of Legal Studies, 20(3), pág. 407–436.
- SEUBA TORREBLANCA, Joan C. Derecho Sanitario y Bioética. Editorial Tirant Lo Blanch. Valencia. 2011. Pág. 465.
- SINGER, Peter, Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional. Barcelona, Paidós Ibérica. 1997. Pág. 32.
- SINGER, Peter, Ética práctica. Ed: Cambridge University Press, 1995, cap. 6. Pág. 167-215.
- SZCZARANSKI VARGAS, F. L. Sobre la evolución del bien jurídico penal: un intento de saltar más allá de la propia sombra. Política Criminal, (2012) 7(14), 378–453.
- The American Board of Obstetrics and Gynecology, the American Gynecological and Obstetrical Society, the Council of University Chairs of Obstetrics and Gynecology, the Society for Academic Specialists in General Obstetrics and Gynecology, and the Society for Maternal–Fetal Medicine. The Dangerous Threat to Roe v. Wade. (2019). New England Journal of Medicine, 381(10), 979–979.
- VVAA. Memento Penal 2016, Editorial Francis Lefevre, 2016, Capítulo 1, pág 26.
- WICKS, Elizabeth. The Right to Refuse Medical Treatment under the European Convention on Human Rights. Medical Law Review, Publicada: 01 January 2001, Volumen 9, Pág. 17–40.
- WOOLLEN J, B. S. (2016). Engaging Patients With Advance Directives Using an Information Visualization Approach. Journal of Gerontological Nursing, 16-20.

Legislación y otros documentos.

- Constitución Española. Artículo 15. Publicado en: «BOE» núm. 311, de 29/12/1978. Entrada en vigor: 29/12/1978. Departamento: Cortes Generales. Referencia: BOE-A-1978-31229
- Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil, artículos 29, 627 y 758. Publicado en: «Gaceta de Madrid» núm. 206, de 25/07/1889. Entrada en vigor: 16/08/1889. Departamento: Ministerio de Gracia y Justicia. Referencia: BOE-A-1889-4763..
- Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. Publicado en: «BOE» núm. 103, de 30 de abril de 1977, páginas 9337 a 9343 (7 págs.) Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-1977-10733.
- Enlace: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-10733. (Último acceso el 31/03/2020).
- Instrumento de Ratificación del 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), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Publicado en: «BOE» núm. 251, de 20 de octubre de 1999, páginas 36825 a 36830 (6 págs.) Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-1999-20638.

- Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas. Comunidad Autónoma de las Illes Balears «BOIB» núm. 36, de 11 de marzo de 2006 «BOE» núm. 81, de 5 de abril de 2006 Referencia: BOE-A-2006-6090.
- Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. Publicado en: «BOE» núm. 183, de 30 de julio de 2018, páginas 76351 a 76371 (21 págs.) Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Comunitat Valenciana. Referencia: BOE-A-2018-10760.
- Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Publicado en: «BOE» núm. 127, de 25 de mayo de 2010, páginas 45646 a 45662 (17 págs.) Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Comunidad Autónoma de Andalucía. Referencia: BOE-A-2010-8326.
- Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente. Comunidad Autónoma de Extremadura «DOE» núm. 82, de 16 de julio de 2005 «BOE» núm. 186, de 5 de agosto de 2005. Referencia: BOE-A-2005-13470.
- Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos. «BOE» núm. 266, de 6 de noviembre de 1979, páginas 25742 a 25743 (2 págs.) Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-1979-26445.
- 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. Publicado en: «BOE» núm. 274, de 15/11/2002. Entrada en vigor: 16/05/2003. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-2002-22188.
- 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. Publicado en: «BOE» núm. 274, de 15/11/2002. Entrada en vigor: 16/05/2003. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-2002-22188.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 20.4. «BOE» núm. 281, de 24/11/1995. Entrada en vigor: 24/05/1996. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-1995-25444.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 172. Entrada en vigor: 24/05/1996. Departamento: Jefatura del estado. Referencia: BOE-A-1995-25444.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Jefatura del Estado «BOE» núm. 281, de 24 de noviembre de 1995 Referencia: BOE-A-1995-25444.
- Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. Artículo 30. Publicado en: «Gaceta de Madrid» núm. 206, de 25/07/1889. Entrada en vigor: 16/08/1889. Departamento: Ministerio de Gracia y Justicia. Referencia: BOE-A-1889-4763.

Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. Publicado en: «BOE» núm. 261, de 31/10/2015. Entrada en vigor: 01/11/2015. Departamento: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Referencia: BOE-A-2015-11719

Resolución de 5 de abril de 1999, de la Secretaría General Técnica, por la que se hacen públicos los textos refundidos del Convenio para la protección de los derechos

y de las libertades fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950; el protocolo adicional al Convenio, hecho en París el 20 de marzo de 1952, y el protocolo número 6, relativo a la abolición de la pena de muerte, hecho en Estrasburgo el 28 de abril de 1983. Publicado en: «BOE» núm. 108, de 6 de mayo de 1999, páginas 16808 a 16816 (9 págs.) Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Ministerio de Asuntos Exteriores. Referencia: BOE-A-1999-10148.