



FUNDACIÓN  
INSTITUTO VALENCIANO  
DE ONCOLOGÍA

## II JORNADAS ACTUALIZACIÓN EN ONCOLOGÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

---

A PROPÓSITO DE LA LEY DE DERECHOS Y DEBERES AL FINAL DE LA VIDA  
¿QUÉ ME APORTA O MODIFICA EN MI PRÁCTICA HABITUAL?

- Título I: Disposiciones generales (artículos 1 a 5).
- Título II: Derechos de las personas en el proceso del final de su vida (artículos 6 a 17).
- Título III: Deberes del personal sanitario en la atención a la persona con relación al proceso del final de su vida (artículos 18 a 25).
- Título IV: Garantías que proporcionarán las instituciones sanitarias y sociales (artículos 26 a 32).
- Título V: Procedimiento sancionador (artículos 33 a 38).
- Título VI: Evaluación del cumplimiento de la ley (artículos 39 a 43).
- Título VII: Registro y formalización del documento de voluntades anticipadas (artículos 44 y 45).

- **Proteger y garantizar la dignidad de la persona** en el proceso final de su vida.
- **Garantizar su derecho a comunicar libremente y a recibir información** veraz, de manera accesible y comprensible en el marco del proceso final de la vida.
- **Asegurar la autonomía, la expresión de sus derechos y valores y el respeto a su voluntad** en dicho proceso dentro del marco legal, garantizando la salvaguarda de su intimidad.
- **Contribuir a la seguridad jurídica del personal de las instituciones y centros sanitarios** y sociales, públicos y privados, que atiende a la persona en el proceso final de su vida.
- **Garantizar un tratamiento paliativo integral y de calidad** a las personas que lo precisen.

- Norma eminentemente unidireccional: el único sujeto titular de derechos es la persona que se encuentra en el proceso de atención final de la vida.
- Por el contrario, a los profesionales sanitarios se les atribuye un catálogo abrumador de deberes y obligaciones, dirigidos a asegurar el respeto a la dignidad, autonomía e intimidad, y velar por la calidad de la vida de la persona durante el proceso de atención final de la vida.
  - El único derecho reconocido a favor de los profesionales sanitarios es “*disponer de los medios adecuados para llevar a término la atención en el proceso final de la vida*” (ex artículo 4.9).
- En la regulación de la norma, al menos en lo que se refiere a los derechos de las personas, la Ley no introduce innovaciones significativas. En efecto, la regulación de 10 de los 12 derechos es análoga a la contenida en la normativa estatal y autonómica.
  - Dignidad del paciente: artículos 3.j) y 40 de la LSCV.
  - Información veraz y completa: artículo 42 de la LSCV.
  - Intimidad: artículos 41, 50 y 57.2 de la LSCV.
  - Confidencialidad: artículos 41, 46.10 y 50.3 de la LSCV.
  - Consentimiento informado: artículos 42 y 43 de la LSCV.
  - Rechazo y retirada de una intervención: artículo 2 de la Ley 41/2002, de autonomía del paciente.
  - Declaración de voluntades anticipadas: Decreto 168/2004, de 10 de septiembre, por el que se regula el Documento de Voluntades Anticipadas y se crea el Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana.
  - Derechos de los menores de edad: artículos 42.2, 43.4.c), 54, y 57 de la LSCV.
  - Derecho al acompañamiento: artículo 50bis LSCV.
  - Segunda opinión: artículo 49 LSCV.
- Las novedades vienen referidas al derecho a la planificación anticipada y a los derechos de los pacientes en situación de incapacidad *de facto*.

- En caso de rechazo de información, debe dejarse constancia en la historia clínica de esa circunstancia y también de haber informado al paciente de la necesidad de nombrar a un representante para reciba la información.
- Deber de confidencialidad: interés legítimo. El acceso a la historia clínica solamente puede realizarlo aquel profesional que participe en el proceso diagnóstico y terapéutico.
- Obligación de comprobar la existencia de voluntades anticipadas antes de llevar a cabo cualquier intervención sanitaria; e incorporación de la declaración a la historia clínica.
- Deber de velar para que el proceso de toma de decisiones se lleve a cabo correctamente y que los deseos expresados por la persona se respeten dentro del marco legal.
- Evaluación del paciente: verificación de situación de incapacidad de *facto* e incorporación de la valoración en la historia clínica.
- Discrepancia con el paciente: segunda opinión y, tras ello, en su caso, consulta al comité de bioética.
- Evitar la obstinación terapéutica y actuar de acuerdo con los protocolos de actuación.
- Respetar los valores, creencias y preferencias en la toma de decisiones, debiéndose abstener de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas.
- Adquirir y mantener las competencias necesarias, garantizadas mediante la oferta formativa y especializada de las instituciones públicas y privadas.

- Tal y como ha sido configurado, el ejercicio del derecho al rechazo del tratamiento cancelaría la posición de garante del médico y neutralizaría el deber de asistencia, salvo en lo que se refiere a cuidados paliativos.
  - Aun cuando la norma no lo prevé, se recomienda que el rechazo sea documentado e incorporado a la historia clínica.
- Parece que la norma reconoce una suerte de derecho a la objeción de conciencia del profesional sanitario. Ese reconocimiento se podría entender otorgado a través de la siguiente garantía impuesta a las instituciones sanitarias: ante la negativa del profesional de respetar el derecho a la muerte digna, el centro deberá tomar las medidas necesarias para garantizar ese derecho (ex artículo 26.2 lcsv).
- Habida cuenta el alcance de los procesos diagnósticos, quirúrgicos y terapéuticos no se comprende porqué la norma parece otorgar prevalencia al consentimiento informado verbal.
  - Recomendación: consentimiento escrito y/o información al paciente de forma colectiva.
- La efectiva consulta al registro de voluntades anticipadas debería ser incorporada a la historia clínica del paciente.
- El procedimiento de incapacidad de *facto* presenta grandes dudas desde el punto de vista jurídico. Se trata de un procedimiento unilateral que, con carácter general, tramita y resuelve el profesional sanitario.
  - Recomendación: solicitar opinión de otros profesionales con implicación en la asistencia sanitaria del paciente.

- No se comprende por qué el registro de voluntades anticipadas no ha sido investido de competencias para rechazar o condicionar la inscripción de la declaración.
  - Ello hace que se traslade al profesional sanitario la decisión sobre si su contenido se ajusta a la legalidad y a la *lex artis*.
- Habida cuenta la reproducción cuasi mimética de la normativa estatal y autonómica en lo que se refiere a los derechos del paciente, no se entiende por qué el legislador no ha reproducido también otras figuras que permitirían resolver potenciales conflictos (i.e. alta voluntaria, alta forzosa).
- Habida cuenta su finalidad y su creación a través de la Ley 16/2018, el plan anticipado de decisiones estaría reservado para aquellas personas que se encuentran en el proceso de atención al final de la vida.
  - La norma no regula las posibles interacciones que puedan producirse entre la declaración de voluntades y plan anticipado de decisiones.
  - A diferencia de lo que ocurre con la declaración de voluntades anticipadas, el legislador autonómico no ha facilitado un modelo de plan anticipado de decisiones.



[www.ivo.es](http://www.ivo.es)