

## **ARTÍCULOS E INFORMES**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**Y**  
**LEX ARTIS MÉDICA**  
**EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO**  
**(LET)**

**Miguel Ángel Asensio Sánchez**

Facultad de Derecho Universidad de Málaga

**Resumen:** En las decisiones al final de la vida el consentimiento informado alcanza plena significación jurídica porque en ellas adquieren importancia los aspectos valorativos frente a los médicos. Uno de los problemas éticos y jurídicos más importantes de las decisiones al final de la vida lo constituye la limitación del esfuerzo terapéutico (LET). Es al médico o equipo médico a quienes corresponden determinar el carácter fútil del tratamiento y la desproporción de los medios empleados y al paciente o, en la mayoría de los casos, a las personas mencionadas en el artículo 9.3 de la Ley 41/2002, consentirlo. No obstante, hay que tener en cuenta que la LET es una decisión ética y no médica, cuya finalidad es la interrupción o no iniciación de un tratamiento o de un soporte vital, que deberá ser autorizada por el enfermo o las personas del artículo 9.3 de la Ley 41/2002, pero acompañadas por el médico o equipo médico y no dejándoles solos en la toma de la decisión. La finalidad de la LET es garantizar al paciente una muerte digna y precisamente la *lex artis* médica obliga a los facultativos a evitar cualquier tratamiento fútil o desproporcionado lo que determinará su responsabilidad.

**Abstract:** In the final steps of disease, concerning patients without reasonable hope of recovery, informed consent becomes of critical importance since decisions adopted by the patient under such circumstances are to be considered mainly in the light of the patient's personal values and wishes to which medical criteria must commonly yield. From this particular perspective, limitation of therapeutic effort (LET) represents one of the most important issues from the legal and ethical points of view. It is the medical staff who should be entitled to eventually determine the futility of a particular treatment and the lack of proportionality between this treatment and the actual benefits it provides to the patient; and it is the patient itself, in most cases, who should be given the right to avoid receiving that treatment, under the protection of article 9.3 of the Spanish Ley 41/2002 (act 41/2002). Notwithstanding, we should take into account that LET represents an ethical and not only a medical decision, aimed either to interrupt or not to begin a particular life sustaining treatment in a critical situation, that should be anyway authorized by the patient or, in some cases, by the people named by article 9.3 of the above mentioned act, and always under the

supervision and technical advice from the medical staff. The aim of LET is no other than to guarantee a dignified death to patients with no hope of recovery and to avoid therapeutic cruelty, as it is mandatory under the commonly accepted medical *lex artis*.

**Palabras claves:** Limitación del esfuerzo terapéutico, consentimiento informado, futilidad, buena práctica clínica.

**Keywords:** Limitation of therapeutic effort, informed consent, futility, good clinical practice.

**Sumario:** 1. Introducción: problemas éticos y jurídicos al final de la vida. - 2. La limitación del esfuerzo terapéutico.- 2.1. Concepto y finalidad.- 2.2. Diferencias con la eutanasia.- 3. El derecho de los enfermos terminales a la LET.- 4. La autonomía del paciente terminal.- 4.1. Autonomía y relación médico-paciente: valoración crítica.- 4.2. El consentimiento informado en las decisiones al final de la vida: características específicas.- 4.3. El derecho a la información; requisitos.- 4.4. Consentimiento informado: requisitos.- 5. La *lex artis* médica en la limitación del esfuerzo terapéutico.- 6. Autonomía del paciente y *lex artis* médica en la limitación del esfuerzo terapéutico: ámbito y límites.- 7. Consideraciones finales.

## 1. INTRODUCCIÓN PROBLEMAS ÉTICOS Y JURÍDICOS AL FINAL DE LA VIDA

Una de las escasas certezas que acompañan al Hombre en su paso por la Tierra es el carácter temporal, efímero y contingente de su existencia. A medida que transcurre ésta, la persona va adquiriendo conciencia de que la muerte forma parte de la vida. Paradójicamente, la muerte constituye una certeza que no acabamos de asumir ni como individuos ni, desde luego, como sociedad. En efecto, la relación del hombre con la muerte no ha sido siempre la misma y ha ido variando a lo largo de la Historia. Durante la Edad Media la muerte era una realidad plenamente presente en la vida del individuo y en la sociedad, con fuertes connotaciones religiosas, que se presentaba como tránsito necesario a una vida mejor. En la actualidad, la muerte, desprovista, en buena parte, de su significación religiosa y

trascendente, ha sido sistemáticamente enajenada de la vida del hombre hasta hacer de ella un nuevo tabú social<sup>1</sup>.

No obstante, como afirma GAFO: «En pocos años, la problemática sobre la muerte, prácticamente olvidada, está adquiriendo un importante relieve. No se trata sólo del tema del “dejar morir en paz y dignidad”, como opuesto al peligro del “encarnizamiento terapéutico” característico del mismo progreso de la medicina. Existe una conciencia creciente de que el hombre actual no tiene una muerte humana –una buena muerte- y no se le sabe ayudar a morir en condiciones de humanidad»<sup>2</sup>.

La “buena muerte” constituye una aspiración de la sociedad actual y a ella responde el reconocimiento del derecho a la muerte digna en diversos textos de la legislación sanitaria y, específicamente, en aquellos textos legislativos calificados con el equívoco nombre de leyes de “muerte digna”. La equivocidad del término se debe a su frecuente utilización por los partidarios de la eutanasia que identifican la muerte digna con la posibilidad del enfermo terminal de decidir el momento de su muerte; para otros, en cambio, muerte digna equivaldría a la no prolongación artificial de la vida mediante tratamiento fútiles o utilizando medios desproporcionados al albur de las posibilidades que permiten los avances de la medicina.

Este intento de procurar al enfermo terminal una muerte digna, no prolongada artificialmente, está en la raíz y justificación de la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET). Refleja bien esta idea la Exposición de Motivos, de la Ley Foral de Navarra 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la

---

<sup>1</sup> ARIES, P.H., *Essais sur l'histoire de la mort en Occident*, Editions du Seuil, Paris, 1975, pág. 25.

<sup>2</sup> GAFO, J., “Ayudando a morir”, en J. GAFO (ed.) *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*, Ediciones Paulinas, Madrid, 1984, pág. 66.

dignidad de la persona en el proceso de la muerte: «Las sociedades actuales asisten en las últimas décadas a espectaculares cambios que se traducen en el aumento de la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento de la población, con un aumento de las enfermedades crónicas e irreversibles, que, junto con los importantes avances en medicina y otras ciencias relacionadas que permiten mantener las funciones vitales hasta límites insospechados hasta ahora, nos llevan a planteamos nuevas preguntas y retos en relación con los procesos de la muerte.

El número creciente de procesos caracterizados por pronóstico vital breve, incurabilidad de la enfermedad causal, intenso sufrimiento personal, físico o moral y familiar, en un contexto de atención sanitaria altamente tecnificada, conforman un escenario de la muerte donde, en una sociedad democrática, el respeto a la libertad, a las creencias religiosas diversas y a la autonomía de la voluntad de la persona ha de mantenerse durante la enfermedad y alcanzar plenamente al proceso de la muerte».

La limitación del esfuerzo terapéutico sólo se aplica, y adquiere sentido, en las situaciones al final de la vida a que aboca la enfermedad terminal. Las situaciones al final de la vida se caracterizan, desde el punto de vista médico, porque: el proceso vital es imparable; ninguno de los estados clínicos diagnosticados por el médico pueden ser mantenidos de manera indefinida, y los esfuerzos por prolongar la supervivencia, conseguir la curación o la recuperación funcional del paciente, tarde o temprano, están abocados al fracaso; bien sea porque los tratamientos comiencen a ser ineficientes o fútiles, o porque el estado evolucione hacia otro estado clínico de pronóstico aún peor, lo cierto es que la

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LEX ARTIS MÉDICA  
EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)

situación termina por ser irrecuperable y con una muerte necesariamente inevitable<sup>3</sup>.

En cuanto a la enfermedad terminal, la *Declaración sobre la atención médica al final de la vida* de la Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), de enero de 2002<sup>4</sup>, la define con las siguientes características:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> TRUEBA, J.L., “Los marcos asistenciales en la limitación del esfuerzo terapéutico”, en F.J. DE LA TORRE DÍAZ (ed.) *La limitación del esfuerzo terapéutico. Dilemas éticos de la medicina actual*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2006, págs. 73-74.

<sup>4</sup> Publicada en el Diario Médico el 11 de enero de 2002,

<sup>5</sup> Las denominadas «leyes de muerte digna» promulgadas por las Comunidades Autónomas contemplan definiciones legales no sólo de la situación terminal sino también de la situación de agonía. La situación terminal, la caracterizan como aquella enfermedad avanzada, progresiva, incurable y con pronóstico de vida limitado: Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de Andalucía (art.5.o); la Ley 10/2011, de 24 de marzo, de Aragón (art.5. g); y la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte (art.5. ñ). La situación de agonía sería la fase gradual que precede

La doctrina ha propuesto cinco problemas éticos y jurídicos que se pueden presentar al final de la vida: la eutanasia, suicidio asistido, limitación del esfuerzo terapéutico, rechazo de tratamiento y sedación paliativa<sup>6</sup>. Estos problemas ético-jurídicos constituyen un banco de pruebas apto para perfilar y delimitar el ámbito de la autonomía del paciente y la de los profesionales de la sanidad.

## 2. LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

### 2.1. CONCEPTO Y FINALIDAD

No es fácil explicitar qué se entiende por limitación del esfuerzo terapéutico (LET) porque, como señala GRACIA, es una expresión que no se utiliza en otras lenguas<sup>7</sup>. En Estados Unidos, por ejemplo, se utiliza para estas situaciones las expresiones iniciar o retirar un tratamiento (withhold o withdrawn)<sup>8</sup>. Es difícil definir qué se entiende por LET, pues hace referencia a situaciones médicas diversas y heterogéneas entre sí que no son siempre claras en la práctica clínica. No obstante, y a pesar de ello, se han dado varias definiciones, de carácter descriptivo, que nos aproximan a este complejo fenómeno.

---

inmediatamente a la muerte: Ley 2/2010 de Andalucía (art.5. n), Ley 10/2011, de Aragón (art.5. o), y Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo (art.5 m).

<sup>6</sup> SIMÓN LORDA, P., BARRIO CANTALEJO, I.M., ALARCOS MARTÍNEZ, F., BARBERO GUTIÉRREZ, F.J., CONCEIRO, A., y HERNANDO ROBLES, P., “Ética y muerte digna: Propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras”, en *Revista de Calidad Asistencial*, 2008, 23 (6), págs. 271-285.

<sup>7</sup> GRACIA, D., “Limitación del esfuerzo terapéutico: lo que nos enseña la historia”, en *La limitación del esfuerzo terapéutico*, J. DE LA TORRE (ed.), Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2006, pág. 49.

<sup>8</sup> HERNANDO, P., DIESTRE, G. y BAIGORRI, F., “Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestiones de profesionales o ¿también de enfermos?”, en *Anales Sistema Sanitario Navarro*, 2007, 30 (Supl. 3), pág. 130.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LEX ARTIS MÉDICA  
EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)

La limitación del esfuerzo terapéutico se ha definido como toda actuación o decisión del médico o equipo terapéutico de restringir, limitar, retirar o no iniciar una determinada medida de apoyo vital, entendiendo por tales aquellas que pretenden atrasar el momento de la muerte, estén o no dirigidas a la patología de base o al proceso biológico causal (reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica, técnicas de circulación asistida, diálisis, marcapasos, oxigenación extracorpórea, tratamiento con drogas vasoactivas, antibióticos, diuréticos, citostáticos, derivados sanguíneos, nutrición enteral y parental o hidratación)<sup>9</sup>.

También se entiende por LET: La decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se perciba una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objeto de no caer en la obstinación terapéutica<sup>10</sup>.

Otra definición es aquella que considera la limitación del esfuerzo terapéutico como el conjunto de procesos de decisión clínica por los cuales se suprimen o se suspenden determinados procedimientos o técnicas de soporte vital cuando se considera que son útiles en un enfermo que se encuentra en una situación crítica irreversible o terminal<sup>11</sup>.

De estas definiciones GONZÁLEZ MORÁN extrae algunos elementos necesarios para la existencia de la limitación

---

<sup>9</sup> TRUEBA, J.L., “Los marcos asistenciales en la limitación del esfuerzo terapéutico”, en F.J. DE LA TORRE DÍAZ (ed.) *La limitación del esfuerzo terapéutico...*, op.cit., pág. 75.

<sup>10</sup> BARBERO GUTIÉRREZ, J.; ROMEO CASABONA, C.; GIJÓN, P.; JÚDEZ GUTIÉRREZ, J., “Limitación del esfuerzo terapéutico”, en *Medicina Clínica* 117, n.º 15, 2001, págs. 586-594.

<sup>11</sup> ABIZANDA CAMPOS, R., “Ética i decisions a la pràctica assistencial. La perspectiva de l'especialista en medicina intensiva”, en *Llibre de Ponències del dissetè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*, Valencia, 2004, pág. 237.

del esfuerzo terapéutico y que, de alguno u otro modo, aparecen en todas las definiciones: se trata de una decisión no súbita o repentina, sino meditada; supone una decisión clínica deliberada sobre los mejores tratamientos para la salud del enfermo; se adopta para no instaurar o suspender determinados tratamientos o terapias médicas de soporte vital; el presupuesto fundamental que justifica tal decisión es la comprobación de la desproporción existente entre los medios empleados y los objetivos perseguidos; todo ello con la finalidad de no someter al paciente a tratamientos inútiles o fútiles, evitando el encarnizamiento terapéutico y, desde luego, limitar el esfuerzo no significa desasistir al enfermo<sup>12</sup>.

Existen también definiciones legales que explicitan qué se entiende por LET y en qué circunstancias pueden aplicarse. La Ley 2/2010 de Andalucía, en el art.5.f., la define como: «Retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría». En Aragón, la Ley 10/2011, prefiere utilizar la expresión obstinación terapéutica, en lugar de la LET, y en el art.5. j. la define como aquella «situación en la que a una persona, que se encuentra en situación terminal o de agonía, o afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación». En Navarra la Ley Foral 8/2011, en el artículo 5.f., define la limitación del esfuerzo

---

<sup>12</sup> GONZÁLEZ MORÁN, L., Dimensión jurídica de la limitación del esfuerzo terapéutico, en F.J. DE LA TORRE DÍAZ (ed.) La limitación del esfuerzo terapéutico..., op.cit., pág. 149.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LEX ARTIS MÉDICA EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)

terapéutico como: «Retirada, o no instauración, de una medida de soporte vital porque, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, el mal pronóstico del paciente en términos de cantidad y calidad de vida futuras lo convierte en algo fútil y solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica que carece de expectativas razonables de mejoría».

Tratándose de definiciones muy similares se aprecia, no obstante, diferencias de matiz. En la Ley andaluza y en la aragonesa se identifica la LET no sólo con la retirada o no instauración de un soporte vital sino también con cualquier otra clase de tratamiento que resulte fútil y prolongue artificialmente la vida biológica, excluyendo cualquier posibilidad de recuperación. En cambio, la Ley Navarra es más restrictiva y sólo alude a la retirada o no instauración de un soporte vital, como si otro tipo de tratamiento no pudiera ser fútil o desproporcionado y justificar la LET. Además, curiosamente la ley aragonesa no emplea el término limitación del esfuerzo terapéutico sino el de encarnizamiento terapéutico, expresión tradicional que pone el acento en la finalidad perseguida con la LET.

La limitación del esfuerzo terapéutico presupone los siguientes elementos:

- 1º. Voluntad asistencial conforme con la doctrina del consentimiento informado.
- 2º. Valoración médica de la futilidad del tratamiento planteado.
- 3º. Proceso vital en situación terminal.
- 4º. Limitación de un medio extraordinario.
- 5º. Y que su mantenimiento podría considerarse obstinación terapéutica.

La finalidad de la LET es procurar al enfermo terminal una muerte digna, evitándole el sometimiento a un tratamiento fútil o desproporcionado que pueda calificarse de encarnizamiento terapéutico. En este sentido, el art. 36.2 de Código Deontológico Médico impone a los médicos la obligación de no emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficio para el enfermo, inútiles u obstinadas<sup>13</sup>.

## 2.2. DIFERENCIAS CON LA EUTANASIA

La LET no es eutanasia y se hace preciso diferenciarlas. La SECPAL en la Declaración sobre la eutanasia, de 26 de enero de 2002, entiende por tal: «(...) la conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico...La eutanasia entendida como conducta intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona enferma, por motivos compasivos, puede producirse tanto mediante una acción como por una omisión. La distinción activa/pasiva, en sentido estricto, no tiene relevancia desde el análisis ético, siempre que se mantenga constante la intención y el resultado...De ahí, nuestra insistencia en clarificar conceptos, pues sería un error legislar sobre términos equívocos. Hablar de eutanasia pasiva (ya sea para defender al paciente frente al encarnizamiento médico, ya para respetar su derecho a rechazar tratamientos o para permitir terapias del dolor que puedan indirectamente acortar la vida) es ambiguo y confuso porque supone clarificar conjuntamente dos situaciones de

---

<sup>13</sup> Uno de los puntos de la Declaración sobre enfermedad terminal adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, en octubre de 1985, en Venecia: «(...) el médico se abstendrá de emplear cualquier medio extraordinario que no reportara beneficio a algún paciente. En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas».

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LEX ARTIS MÉDICA  
EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)

diferente naturaleza. Por un lado, tenemos lo que se puede denominar permitir la muerte (evitar el encarnizamiento médico, respetar el derecho a rechazar tratamientos) que no precisa de una nueva norma legal, y por otro lado tenemos la eutanasia, tal y como la hemos definido, cuya práctica no está permitida en la legislación actual»<sup>14</sup>.

Es decir, la LET vendría a equivaler a lo que la SECPLA denomina “permitir la muerte”. La Declaración la diferencia de la eutanasia por omisión: «Se puede suscitar dudas a la hora de diferenciar el concepto “permitir la muerte” frente al de “eutanasia por omisión”, pero es posible establecer un criterio claro. La clave reside en la intención que preside la conducta médica. Ante un paciente en situación terminal, lo que se hace o deja de hacer con la intención de prestarle el mejor cuidado, permitiendo la llegada de la muerte, no sólo es moralmente aceptable, sino muchas veces llega a ser obligatorio desde la ética de las profesiones sanitarias... Por el contrario, cuando algo se hace o se deja de hacer con la intención de producir o acelerar la muerte del paciente, entonces corresponde aplicar el calificativo de eutanasia».

La LET y la eutanasia tienen aspectos clínicos similares, consecuencia de la existencia en ambas de una situación terminal. A partir de ahí las diferencias son fundamentales y radican en<sup>15</sup>:

- 1) Intencionalidad: en la LET es evitar la futilidad de un tratamiento; en la eutanasia provocar la muerte inmediata del paciente.

---

<sup>14</sup> Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Publicado en el Diario Médico el 24 de abril de 2004.

<sup>15</sup> TRUEBA, J.L., “Los marcos asistenciales en la limitación del esfuerzo terapéutico”, en F.J. DE LA TORRE DÍAZ (ed.) *La limitación del esfuerzo terapéutico...*, op.cit., pág. 108.

- 2) Actuación médica concreta: en la LET la opción es planteada por el equipo terapéutico; la eutanasia es a petición del paciente.
- 3) La LET no necesita petición expresa del paciente; en cambio, en la eutanasia es imprescindible dicha petición.
- 4) La LET es una opción planteada por el médico o equipo terapéutico; la eutanasia es a petición del paciente.
- 5) El fundamento ético de la LET es que poner o mantener un tratamiento desproporcionado y/ o fútil no es beneficiante; y retrasar la muerte inevitable es maleficiente (obstinación terapéutica). El fundamento de la eutanasia es procurar al paciente un bien y respetar su voluntad.
- 6) La LET es una práctica médica correcta; la eutanasia es un delito y es contraria a la ética médica.

### **3. EL DERECHO DE LOS ENFERMOS TERMINALES A LA LET**

Es en la Ley General de Sanidad de 1986 donde aparecen reconocidos por primera vez en nuestro ordenamiento los derechos del paciente, vertebrados en torno al principio de autonomía y su expresión jurídica el consentimiento informado. En la actualidad, los derechos del paciente se reconocen 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, cuyo objeto, conforme al art. 1, es: «(...) la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica», sin que contemple la situación específica del enfermo terminal.

El preterido Proyecto de Ley regulador de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida, de 17 de junio de 2011, del anterior Gobierno socialista, sí establecía un catálogo de

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LEX ARTIS MÉDICA  
EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)

derecho del paciente terminal, que en realidad, salvo el derecho a los cuidados paliativos, eran los mismos de todo paciente<sup>16</sup>. Algunas Comunidades Autónomas, sabemos, han promulgado leyes de “muerte digna”. Así, en Andalucía, la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso y en Aragón, la Ley 10/2011, de 24 de marzo de Aragón, deudora ideológica de la Ley andaluza, tienen como objeto, tal y como establecen sus respectivos arts. 1: «(...) regular el ejercicio de los derechos de la persona durante el proceso de su muerte, los deberes del personal sanitario que atiende a estos pacientes, así como las garantías que las instituciones sanitarias estarán obligadas a proporcionar con respeto a ese proceso».

Los fines de esta legislación, conforme a los respectivos arts. 2, son:

«a) Proteger la dignidad de la persona en el proceso de su muerte.

b) Asegurar la autonomía de los pacientes y el respeto a su voluntad en el proceso de la muerte, incluyendo la manifestación de forma anticipada mediante el testamento vital».

En Navarra se ha promulgado la Ley Foral 8/2011, cuyo objeto y finalidad es similar a las normas de Andalucía y de Aragón (arts. 1 y 2).

Estas legislaciones de “muerte digna” incluyen un elenco de derechos de los enfermos terminales, entre los que no se encuentra la LET; ésta aparece, en cambio, configurada como un deber legal del médico. No obstante, este deber médico iría

---

<sup>16</sup> Boletín Oficial de las Cortes Generales, Serie A, núm. 132-1, de 17 de junio 2011.

encaminado a garantizar al paciente terminal una muerte digna lo que sí constituye un derecho del mismo.

Otras Comunidades Autónomas no han promulgado “Leyes de muerte digna”, pero sí han contemplado la situación del enfermo terminal y han recogido la LET como un derecho de aquél. Así: la Ley 2/2002, de 17 de abril de Salud, de la Rioja, en su art. 6.6: «Los enfermos o usuarios del Sistema Público de Salud de La Rioja son titulares de todos los derechos recogidos en esta Ley también en sus procesos terminales y en el momento de su muerte. En este sentido tienen derecho:

- a. A morir en pleno uso de sus derechos, y especialmente el que le permite rechazar tratamientos que le prolonguen temporal y artificialmente la vida».

El art. 6.7 establece con carácter general el derecho a la muerte digna: «En toda circunstancia el paciente tiene derecho a vivir el proceso de su muerte con dignidad y a que sus familiares y personas próximas le acompañen en la intimidad y reciban el trato apropiado al momento».

La Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, formula los derechos del enfermo terminal en el art. 35: «En toda circunstancia, el paciente tiene derecho a afrontar el proceso de su muerte con dignidad y a que sus familiares y personas próximas le acompañen en la intimidad y reciban el trato apropiado al momento. Este derecho incluye:

- a. Morir en pleno uso de sus derechos, y especialmente el que le permite rechazar tratamientos que le prolonguen temporal y artificialmente la vida».

La Ley de Castilla y León 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, cuyo art. 8 dispone: «Las Administraciones Sanitarias de Castilla y

León velarán por que el respeto a la dignidad de las personas se extreme durante el proceso previo a su muerte, así como por el efectivo cumplimiento, en todos los centros, servicios y establecimientos, de los derechos reconocidos a los enfermos terminales y en particular los relativos a:

El rechazo de tratamientos de soporte vital que alarguen innecesariamente el sufrimiento».

Esta explicitación de la LET como un derecho del enfermo terminal merece una valoración positiva por contribuir a reforzar su posición y autonomía frente al facultativo y a sus representantes legales, familia o allegados. Éstos en los casos en que deban prestar el consentimiento por representación, conforme al art.9.3 de la Ley 41/2002, tendrán en cuenta siempre el interés del enfermo (art.9.5) que se identifica con el derecho a la muerte digna y, en su caso, con la obligación de autorizar la LET.

#### **4. LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE TERMINAL**

##### **4.1. AUTONOMÍA Y RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: VALORACIÓN CRÍTICA.**

El consentimiento informado es el resultado de una lenta y compleja evolución en la que influyen elementos de diversa naturaleza e índole pero que, en último término, son reflejo de una determinada concepción antropológica en la que se resalta, por encima de cualquier otra consideración, la libertad y autonomía como notas definidoras del hombre y de su actuar y, por tanto, afirmadora del derecho de los individuos para decidir libremente sobre todas las cuestiones que directa o indirectamente le afectan y, también, sobre la salud<sup>17</sup>. Además, el consentimiento

---

<sup>17</sup> Para el estudio de la evolución socio-jurídica del consentimiento informado: FADEN, R.F y BEAUCHAMP, T.L., *History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press, Oxford, 1986.

informado responde a una nueva visión de la enfermedad, entendida ya no como un desorden atinente al orden moral, que incapacitaba al enfermo para tomar decisiones, sino como un desorden físico y biológico y que, consecuentemente, conlleva una nueva visión o concepción de las relaciones médico/paciente.

La consagración del principio de autonomía del paciente ha conllevado una importante y radical transformación de las relaciones médico-paciente. En la tradicional concepción paternalista la voluntad del paciente aparecía suplantada o preterida por el criterio médico y se aducía la obligación moral y ética del médico de poner en práctica todos los conocimientos propios de la ciencia médica con el fin de restaurar o equilibrar la salud de aquél. Frente a esta concepción paternalista, la relación médico-paciente se articula en la actualidad en torno al principio de autonomía del paciente, en la que el criterio médico pierde protagonismo frente a la autonomía del paciente y su expresión jurídica, el consentimiento informado; y para que el paciente pueda tomar su decisión de forma más consecuente se le impone al médico la obligación de informarle sobre la naturaleza y alcance de la enfermedad o dolencia y los diversos tratamientos posibles y, en todo caso, respetar su decisión aunque no sea la más conveniente u oportuna desde el punto de vista médico. La consecuencia principal de la elevación del principio de autonomía del paciente y de su expresión jurídica, el consentimiento informado, a principio básico de la relación médico-paciente es su definitiva configuración como una relación de derechos y deberes sujeta al ordenamiento jurídico.

No obstante, la excesiva judicialización de las relaciones médico-paciente a la que ha dado lugar la doctrina del consentimiento informado, ha supuesto que éste haya ido perdiendo su sentido original y que si bien ha servido para potenciar la autonomía del paciente en la práctica se ha convertido en una importante causa de deshumanización de la relación médica y por ende de la medicina. En no pocas ocasiones

## CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LEX ARTIS MÉDICA EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)

el consentimiento informado se reduce a la mera firma de un impreso excesivamente prolijo y detallado y que, con frecuencia, se convierte en un instrumento de la denominada medicina defensiva para ser esgrimido en juicio ante una eventual reclamación del paciente, más que en intento mínimamente serio encaminado a cumplir el deber de información. La información suministrada por el facultativo puede ser fría, técnica y prolija, con el ánimo de evitar eventuales responsabilidades, y frecuentemente predeterminada y condicionada a conformar un estado de opinión en el paciente proclive a asumir el criterio científico del propio facultativo, contribuyendo también a la deshumanización de la relación médica. En realidad, en la figura del consentimiento informado todavía sigue estando latente el viejo conflicto entre la autonomía del paciente y el paternalismo médico; consentimiento informado que presentado como un avance y superación de los viejos conflictos no ha logrado, desde luego, su propósito.

En realidad, el consentimiento informado desempeña su función y papel principal sobre todo en aquellos supuestos en que la decisión depende no tanto de la apreciación de un criterio médico, que por lo demás y de ordinario el paciente no tiene capacidad para cuestionar, sino cuando se le exige un juicio valorativo y de ponderación, consistente en asumir o no mayores riesgos para un resultado incierto desde el punto de vista de la ciencia médica o no del todo satisfactorio desde la perspectiva de la calidad de vida del paciente. Lógicamente quien mejor puede tomar esta decisión es el propio paciente asesorado, en su caso, por el facultativo. Por eso el consentimiento informado adquiere pleno sentido en las decisiones al final de la vida en las que con frecuencia priman los juicios valorativos sobre los criterios médicos, contribuyendo a la restauración de la confianza en la relación médico/paciente y, de este modo, fortalecerla.

#### **4.2. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LAS DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA: CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS.**

Es el Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Derechos Humanos y de la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y de la Medicina, (Convenio de Oviedo), de 4 de abril, de 1997, constituye el primer instrumento internacional, con eficacia jurídica y no meramente programática, cuyo propósito es dar respuesta a los problemas éticos y jurídicos surgidos al albur del desarrollo de la biología y la medicina. Según el art. 1: «Las partes en el presente Convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Cada parte adoptará en su legislación interna las medidas necesarias para dar aplicación a lo dispuesto en el presente Convenio».

El Convenio da carta de naturaleza en el ámbito internacional a la doctrina del consentimiento informado en su art. 5: «Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e inequívoco consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sus riesgos y consecuencias».

En nuestro ordenamiento la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, regula el consentimiento informado de forma más completa, directa y sistemática que la regulación incidental y fraccionada de la Ley General de Sanidad de 1986, consagrando definitivamente el principio de autonomía del paciente en la relación médica. Los principios básicos se recogen en el art. 2 y no son sino una aplicación de los principios consagrados en el Convenio de Oviedo y, en último término, una extrapolación al

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LEX ARTIS MÉDICA  
EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)

ámbito sanitario de la dignidad de la persona y del libre desarrollo de la personalidad del art. 10.1 de la CE<sup>18</sup>. El consentimiento informado tendría también la virtualidad de legitimar la actuación del facultativo excluyendo la antijuricidad del acto. Por eso, la actuación médica sin mediar el consentimiento del paciente podría ser un delito de coacciones, e inclusive de homicidio si el tratamiento conduce a la muerte<sup>19</sup>.

Esta línea jurisprudencial aparece recogida en la Ley 41/2002, en concreto, el art. 2.6 dispone que: «Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el

---

<sup>18</sup> Estos principios básicos se recogen también en la legislación autonómica posterior al Convenio de Oviedo: arts. 2 y 4 de la Ley 6/2002, de 15 de abril de Salud de Aragón; arts. 2, 26 y 27 de la Ley 12/2002, de 21 de diciembre de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid; arts. 2 y 5 de la Ley 2/2002, de 17 de abril de Salud de la Comunidad de la Rioja; arts. 4 y 48 de la Ley 7/2002, de 10 de diciembre de Ordenación Sanitaria de Cantabria; art. 3 de la Ley 5/2003, de 4 de abril Ley 5/2003 de 4 de abril, de Salud de las Islas Baleares; art. 3 de la Ley 1/2003, de 28 de enero, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana; art. 3 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud de la Comunidad de Castilla y León; art. 1 de la Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente de la Comunidad de Extremadura. En cambio las legislaciones autonómicas anteriores al Convenio no han formulado de manera tan clara y precisa el principio de autonomía del paciente y el consentimiento informado: la derogada Ley Foral 10/1990 de Salud de Navarra; la Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del principado de Asturias; la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la región de Murcia; la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi; la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

<sup>19</sup> Sobre la relevancia de la falta de consentimiento informado en el ámbito penal: LAURENZO COPELLO, P., “Relevancia penal del consentimiento informado en el ámbito sanitario” en *Problemas actuales del Derecho Penal y de la Criminología*, (dir. F. MUÑOZ CONDE), Tirant lo blanch, Valencia, 2008, págs. 417-445.

paciente». El precepto integra el consentimiento informado dentro de la *lex artis* médica, de modo que el incumplimiento del deber de información o el no respetar la autonomía del paciente conllevarían la infracción de aquélla y la consecuente responsabilidad del facultativo, y todo ello a pesar de que la intervención haya resultado positiva para la salud del paciente.

La precaria condición física y psíquica del enfermo terminal, que le hacen especialmente vulnerable a su entorno, hace que el consentimiento informado en las decisiones al final de la vida presente características propias:

- 1º La vulnerabilidad de la capacidad de discernir.
- 2º. Sintomatología que puede afectar a la competencia.
- 3º. Tiempo limitado para informar y conocer los deseos del enfermo.
- 4º. Incertidumbre elevada sobre el pronóstico.
- 5º. Aparición de complicaciones.
- 6º. Gran penetración de la familia en la toma de decisiones.
- 7º. Vínculos intensos con el equipo médico<sup>20</sup>.

La prestación del consentimiento informado en la LET tiene las características apuntadas y se regula por las reglas generales de la Ley 41/2002. En concreto, el art. 8.1 establece el principio general: «Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, reciba la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso». Este

---

<sup>20</sup> ROMERO CORTADO, J.M., *Dilemas éticos en el final de la vida*, Región de Murcia Consejería de Sanidad y Consumo.

precepto une el consentimiento con el derecho a la información, por constituir la información el precipitado lógico del consentimiento y éste recaer sobre ella. Por tanto, de aquí se infiere la necesidad del consentimiento informado del enfermo terminal para que se le pueda aplicar la LET por el médico o equipo médico que le atiende.

#### 4.3. EL DERECHO A LA INFORMACIÓN: REQUISITOS

En el mismo sentido, la Ley 41/2002 dispone en el art. 4.1: «Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley». Este derecho a la información tiene especial relevancia en el enfermo terminal, el cual tiene derecho a conocer la verdad de su situación, siempre que quiera conocerla y en la medida de la información solicitada. La conspiración de silencio que se puede establecer entre los profesionales de la sanidad y los parientes del enfermo para ocultarle información, supone una lesión clara de este derecho, a no ser que existan motivos médicos que lo recomienden<sup>21</sup>. Por eso, el facultativo puede restringir al paciente información difícil de asumir: «El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho» (art.5.4).

---

<sup>21</sup> CENTENO CORTÉS, C., VEGA GUTIÉRREZ, J y MARTÍNEZ BAZA, P., “Bioética de la situación terminal de enfermedad”, en *Cuadernos de Bioética*, nº 12, 4ª, 1992, págs. 47-48.

Este derecho del paciente a ser informado es correlativo al deber del médico de informar: «El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle» (art.4.3). La falta u omisión del deber de informar aparece configurado por la jurisprudencia como un supuesto de negligencia, con independencia de si el tratamiento practicado es o no conforme a la *lex artis* médica<sup>22</sup>.

En cuanto a la forma y contenido de la información: la regla general es que se proporcionará verbalmente, dejando constancia en la historia clínica, y comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias (art.4.1 Ley 41/2002). En este sentido la jurisprudencia entiende que la información debe comprender todos aquellos elementos de juicio que sean relevantes para conformar la opinión del paciente, en orden a otorgar o denegar el consentimiento al acto médico<sup>23</sup>.

El titular del derecho a la información con arreglo al artículo 5.1: «(...) es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho».

Cuando, a juicio del médico que le asista, el paciente carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho (art.5.3). Esta disposición es criticable por desplazar al facultativo la apreciación de la capacidad natural del enfermo, dificultando su labor, y por su imprecisión al no

---

<sup>22</sup> STS 23-4-1992, RJ 1992/3323; STS 25-4-1994, RJ 1994/3073.

<sup>23</sup> STS 16 de diciembre de 1997, RJ 1997/8690.

determinar los parientes o allegados del paciente a quienes se debe informar, ni el necesario orden de prelación entre ellos<sup>24</sup>.

No obstante, el art. 5.2 dispone: «El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo también con el deber de informar a su representante legal».

#### 4.4. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: REQUISITOS

El consentimiento informado aparece definido en el art. 3 de la Ley 41/2002 como: «(...) la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud». Consecuentemente, el art. 8.1 dispone: «Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso».

No obstante, el art. 9.2 recoge excepciones a la necesidad del consentimiento del paciente: «Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a 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 en 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.

---

<sup>24</sup> ASENSIO SÁNCHEZ, M.A., *Patria potestad, minoría de edad y derecho a la salud*, Dikynson, Madrid, 2012, págs. 89-90.

- 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».

En cuanto a la capacidad para prestar el consentimiento informado, el art. 8.1 de la Ley 41/2002 exige que el consentimiento sea libre y voluntario y el art. 9.3.a) alude a la capacidad del paciente para tomar decisiones. La Ley está pensando en un paciente con plena capacidad y la plena capacidad en el ámbito de la salud, la mayoría de edad, son los dieciséis años, tal y como se infiere del art. 9.3.c) de la Ley 41/2002<sup>25</sup>. Es al médico a quien corresponde valorar la competencia o capacidad del paciente para prestar o denegar el consentimiento. Esta solución, a pesar de dificultar la labor del médico y dejar en sus manos la efectividad de la autonomía del paciente, no deja de ser la más lógica por encontrarse el médico en una situación privilegiada para poder evaluar la competencia del enfermo<sup>26</sup>.

En la práctica en las decisiones al final de la vida será frecuente que el enfermo sea incompetente o carezca de conciencia y el consentimiento informado, en este caso, deberá prestarse por representación. En efecto, el art. 9.3 dispone: «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

---

<sup>25</sup> ASENSIO SÁNCHEZ, M.A., Patria potestad, minoría de edad y derecho a la salud...op.cit., pág. 94.

<sup>26</sup> ASENSIO SÁNCHEZ, M.A., Patria potestad, minoría de edad y derecho a la salud...op.cit., pág. 100.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LEX ARTIS MÉDICA  
EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)

paciente carece de representación legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

- b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
- 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 opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente»<sup>27</sup>.

Este precepto regula tres supuestos de prestación del consentimiento informado por representación y en concreto, en la letra a), cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones a juicio del médico que le asista. No obstante, y a pesar de que el precepto emplea la expresión consentimiento por representación, no hay tal representación porque conforme al art. 162.1 del Código Civil los derechos de la personalidad, por su carácter

---

<sup>27</sup> El supuesto contemplado en la letra a) sólo tiene lógica si se está refiriendo a un mayor de edad que no está incapacitado pero si imposibilitado de hecho, puesto que si fuera menor se incluiría en el supuesto de la letra c), y si estuviera incapacitado en el de la b). De aquí se infiere que la expresión representante legal no tiene sentido desde el punto de vista técnico.

El supuesto de la letra b) no contempla la posibilidad de que el incapacitado con capacidad natural preste por sí el consentimiento y, además, no determina la persona que debe prestarlo por él. No obstante, de una interpretación integradora del precepto, se infiere que debe ser su representante legal, por referirse a un incapacitado legalmente y, por tanto, por sentencia y sujeto a representación legal, tutela, o en su caso, patria potestad prorrogada.

inherente a la persona, no pueden ejercerse o actuarse por representación. La Ley 41/2002 utiliza una técnica jurídica deficiente y que contraviene el tenor y el espíritu del citado precepto del Código. Por eso, algún autor considera preferible que se hubiese mantenido la expresión “consentimiento por sustitución”, que figuraba inicialmente en la Proposición de Ley, por entender que ninguno de los supuestos regulados son propiamente de representación sino de consentimiento prestado por persona distintas del enfermo por no poder éste prestarlo libre y voluntariamente<sup>28</sup>. Éste es el criterio seguido por alguna de las legislaciones autonómicas que utilizan la expresión “consentimiento por sustitución”, en lugar de “consentimiento por representación”<sup>29</sup>. Ahora bien, la expresión “consentimiento por sustitución”, aunque salva la crítica básica del precepto atinente a que no hay auténtica representación, tampoco es acertada desde el punto de vista técnico jurídico. En efecto, en los derechos fundamentales, en los derechos de la personalidad o en los negocios jurídicos de carácter personalísimo no cabe la representación, pero tampoco la sustitución de la voluntad. En realidad, ni hay representación ni sustitución, únicamente se trata de una atribución legal de facultades a las personas mencionadas en el art. 9.3 de la Ley 41/2002, al objeto de facilitarles el cumplimiento de los deberes legales inherentes a su potestad de guarda o de deberes legales y/o morales entre parientes y

---

<sup>28</sup> DOMÍNGUEZ LUELMO, A., Derecho sanitario y responsabilidad médica. Comentario a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica, Lex Nova, Valladolid, 2007, 2ª ed., pág. 346.

<sup>29</sup> Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, art. 14.1; Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica, de Cataluña, art. 7.2; Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes de Galicia, art. 6.1; Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia, art. 46.1; Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana, art. 9.

allegados.

La prestación del consentimiento por representación, tal y como establece el art. 9.5 de la Ley 41/2002: «(...) será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal». Es decir, lo que prima siempre en el denominado consentimiento por representación es el interés del paciente, y no la voluntad o intereses de los representantes, familiares o allegados, por lo que se impondrá el criterio médico por encima de cualquier otra consideración. Por eso, ante una decisión contraria al interés del paciente por parte de las personas mencionadas en el art. 9.3 de la Ley 41/2002, el facultativo estaría legitimado para acudir a los tribunales, conforme a lo dispuesto en los arts. 158 y 216 del Código Civil respectivamente para la patria potestad y para la tutela, con la finalidad de que prevalezca el criterio médico en cuanto resulta lo más acorde y conforme al interés del paciente<sup>30</sup>.

En cuanto a la forma del consentimiento el art. 8.2 dispone: «El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente».

Por último, el consentimiento es revocable: «El paciente puede revocar libremente por escrito el consentimiento en cualquier momento», art. 8.5.

---

<sup>30</sup> Sobre el interés del paciente como criterio que preside las decisiones de sus representantes legales puede verse: ASENSIO SÁNCHEZ, M.A., *La patria potestad y la libertad de conciencia del menor*, Tecnos, Madrid, 2006, págs. 125-134; y del mismo autor, *Patria potestad, minoría de edad y derecho a la salud...* op.cit., fundamentalmente págs. 121-130.

## 5. LA LEX ARTIS MÉDICA EN LA LET

La actividad médica sanitaria no aparece regulada de forma específica por no ser posible explicitar las diversas situaciones que pueden darse en la práctica y suponer, además, una limitación de la independencia inherente a toda actividad profesional. La responsabilidad de los profesionales sanitarios en la LET, y en general en las decisiones al final de la vida, se somete a las normas generales de responsabilidad médica. Así, la responsabilidad civil contractual se rige por el art. 1001 del Código Civil y la extracontractual por el art. 1902, matizada por el dolo, culpa o negligencia y el efectivo incumplimiento o no de la *lex artis* médica. Por lo demás, diversos tipos penales determinan la responsabilidad penal de los profesionales sanitarios: el art. 196 del Código Penal tipifica la denegación de la asistencia médica y el abandono de servicio; el art. 143 del Código Penal la inducción y auxilio al suicidio, la eutanasia, y la conducta del que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar.

La *lex artis* médica ha sido definida de forma precisa por MARTÍNEZ-CALCERRADA: «como el criterio valorativo de la concreción del correcto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina —ciencia o arte médica— que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y la trascendencia vital del acto, y en su caso de la influencia en otros factores endógenos —estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria—, para calificar dicho acto conforme o no con la técnica normal requerida, derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en

particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado»<sup>31</sup>.

La Sala 1ª no sólo ha configurado un concepto de *lex artis* sino que ha explicitado sus características:

*Primera.* Como tal *lex* implica una regla de mediación de una conducta, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta.

*Segunda.* Objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica norma requerida, o sea, que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos.

*Tercera.* Técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica, y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la *lex* en un profesional de la medicina.

*Cuarta.* El objeto sobre que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución).

*Quinta.* Concreción de cada acto médico o presupuesto *ad hoc*: tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha *lex artis*: así como en toda profesión rige una *lex artis* que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa *lex*, aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán en un sentido u otro los factores antes vistos<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> STS. 7 -2- 1990, 29 5 1990, y de 11 -3- 1991.

<sup>32</sup> STS. 11 -3- 1991, Presidente de la Sala Luis Martínez-Calcerrada Gómez.

En buena medida, la *lex artis* de la LET se contiene en los códigos deontológicos aprobados por la Organización Médica Colegial. Estos códigos deontológicos plantean el problema de si están dotados de juridicidad o, por el contrario, se tratan de meras recomendaciones y criterios de actuación standard para la clase médica pero que no imponen auténticas obligaciones jurídicas. La juridicidad de los códigos deontológicos ha sido afirmada por el Tribunal Constitucional y por buena parte de la doctrina. En este sentido, la STC 219/1989, de 21 de diciembre: «(...) las normas deontológicas de la profesión, aprobadas por los Colegios Profesionales, no constituyen simples tratados de deberes morales sin consecuencia en el orden disciplinario; al contrario, tales normas determinan obligaciones de necesario cumplimiento por los colegiados y responden a las potestades públicas que la Ley delega en dichos Colegios»<sup>33</sup>.

Por eso, el incumplimiento de las normas deontológicas da lugar a una posible sanción administrativa<sup>34</sup>, sin perjuicio de la responsabilidad civil y penal que pudiese concurrir, y además delimitan los límites de la acción u omisión de los profesionales sanitarios integrándose en la *lex artis*.

El actual Código de Deontología Médica de 2011 regula la atención médica al final de la vida, en el Capítulo VII, que contiene un único artículo, el 36, en concreto, a la LET se refiere el número 2 de este precepto: «El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le

---

<sup>33</sup> FJ 8.º

<sup>34</sup> La doctrina afirma la potestad sancionadora de los colegios profesionales. Sobre el particular: CALVO SÁNCHEZ, L., *Régimen jurídico de los Colegios Profesionales*, Civitas, Madrid, 1998, págs. 642-643.

permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables»).

## 6. AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y LEX ARTIS MÉDICA EN LA LET: ÁMBITO Y LÍMITES

La enfermedad terminal, al tener un carácter irreversible, transforma la normal actividad curativa del médico en otra dirigida a garantizar al enfermo el mayor bienestar posible. Es gráfica la expresión que define esta situación “cuidar cuando no es posible curar”<sup>35</sup>. Esta actividad de cuidar presenta, de ordinario, un carácter ponderativo y valorativo sobre la proporcionalidad de los medios a emplear y su incidencia en la calidad de vida del paciente. En las decisiones al final de la vida, precisamente, los aspectos valorativos cobran tal fuerza que, con frecuencia, se imponen a los médicos. Es lógico, pues, que en la valoración y ponderación de la incidencia del tratamiento en la calidad de vida del paciente su voluntad sea decisiva y el consentimiento informado cobre una especial significación y alcance<sup>36</sup>.

En líneas generales, podemos afirmar, es al médico a quien corresponde valorar la futilidad del tratamiento o la desproporción de los medios empleados y, consecuentemente, proponer la LET al paciente y a éste o, en su caso, las personas mencionadas en el art.9.3 de la Ley 41/2002, consentirlo o

---

<sup>35</sup> Esta feliz expresión es el título del libro: R. GERMÁN ZURRIARÁIN (coord.), *Cuidar cuando no es posible curar*, Universidad de la Rioja, Logroño, 2011.

<sup>36</sup> El carácter subjetivo de la calidad de vida del paciente aparece con claridad en las leyes autonómicas de “muerte digna”. En ellas se define la calidad de vida del paciente como la satisfacción individual ante las condiciones objetivas de vida desde los valores y las creencias personales: art.5. a) de la Ley 2/2010 de Andalucía; art.5 b) de la Ley 10/2011, de Aragón; y art.5. a) de la Ley Foral 8/2011.

rechazarlo. No obstante, tal y como hemos señalado, la LET aparece configurada en las “leyes de muerte digna” citadas como un deber del médico que, en último término, iría dirigido a garantizar al enfermo terminal una muerte digna, lo cual sí es un derecho; en otras normativas autonómicas, también señaladas, constituye la LET un derecho del propio paciente.

La determinación del ámbito y límites de la autonomía del paciente y la de los profesionales de la sanidad se construye en torno a cuatro parámetros que, como tal, integran la propia *lex artis* y que, en último término, no sólo van a perfilar y garantizar un adecuado equilibrio entre la autonomía del paciente y la de los profesionales sanitarios, sino también la responsabilidad de éstos<sup>37</sup>. Estos límites son:

- 1º El respeto a la vida del paciente, por eso la eutanasia directa está tipificada en el art. 143 del Código Penal y prohibida como conducta contraria a la ética médica en el Código Deontológico Médico.
- 2º Informar al paciente y respetar su autonomía.
- 3º Procurar el bienestar del enfermo terminal proporcionándole cuidados paliativos.

---

<sup>37</sup> El Proyecto de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida del anterior gobierno, la Ley 2/2010, de derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte de Andalucía, y la Ley 10/2011, de derechos y garantías de la dignidad de las persona en el proceso de morir y de la muerte de Aragón, resaltan la autonomía del paciente, incluso obviando la *lex artis* médica, y suponen una ruptura de la relación médico/paciente que, en lugar de centrarse en la mutua confianza, la asienta en la desconfianza y sumisión completa del médico al paciente. De este modo, los profesionales de la sanidad, en lugar de atender a la *lex artis*, deben obedecer al paciente. Sobre el particular: MARTÍNEZ OTERO, J.M., “Autonomía e información de los pacientes: del reconocimiento del derecho a la pérdida de la confianza”, en *Cuadernos de Bioética*, XXIII, 2012/1ª, págs. 162-165.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LEX ARTIS MÉDICA  
EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)

4º No prolongar artificialmente la vida mediante tratamientos fútiles o medios desproporcionados que únicamente conduzcan a un encarnizamiento terapéutico, constituyendo la distanasia un límite a la actividad médica. Es decir la LET entraría dentro de los deberes éticos de los médicos inherentes a la *lex artis*.

Existe un deber ético y, también, legal del médico de evitar tratamientos inútiles u obstinados, además recogerse en el art. 36.2 del Código Deontológico Médico, se regula de forma expresa: art. 21.1 de la Ley 2/2010 de Andalucía; el art. 21.1 de la Ley 10/2011 y el art. 20.1 de la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo (art.5. c). Aunque la aplicación de la LET no exonera al equipo sanitario que atiende al paciente de la obligación de ofrecerle las intervenciones necesarias para garantizarle el adecuado cuidado y confort<sup>38</sup>. Se trata de una obligación coherente con la finalidad perseguida por la LET: procurar al enfermo terminal una muerte digna, evitándole el sometimiento a un tratamiento fútil o desproporcionado que pueda calificarse de encarnizamiento terapéutico.

La calificación de terminal del enfermo, la determinación de la futilidad del tratamiento y la desproporción de los medios empleados son cuestiones médicas y no jurídicas y, en modo alguno, dependientes de la autonomía del paciente. En cuanto a qué se entiende por tratamiento fútil, sería: “Aquel acto médico cuya aplicación a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes, o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales,

---

<sup>38</sup> El deber asistencial del médico de suministrar cuidados paliativos en la LET se regula de forma expresa en: art.21.3 de la Ley 2/2010 de Andalucía; art.21.3 Ley 10/2011; y art.20.3 de la Ley Foral 8/2011, de Navarra.

desproporcionados al beneficio esperado”<sup>39</sup>. La futilidad depende de criterios técnicos de carácter objetivo y no subjetivo, con la finalidad de evitar que su determinación esté cargada de juicios de valor y que los médicos la utilicen para limitar de forma unilateral un tratamiento<sup>40</sup>. No obstante, la mayoría de las veces los juicios de futilidad no podrán ser objetivizados y tendrán buenas dosis de incertidumbre. Por eso se señala que en la práctica, las recomendaciones no son tan claras ya que sólo se acepta la retirada del soporte vital por razones de futilidad fisiológica como, por ejemplo, la muerte cerebral, pacientes con fracaso multiorgánico de tres o más órganos de más de cuatro días de duración<sup>41</sup>. No obstante, se afirma que el uso de un procedimiento puede ser inapropiado en los siguientes casos: a) Si es innecesario, es decir, cuando el objetivo deseado se pueda obtener con medios más sencillos; b) Si es inútil porque el paciente está en una situación demasiado avanzada para responder al tratamiento; c) Si es inseguro porque sus complicaciones sobrepasan el posible beneficio; d) Si es inclemente porque la calidad de vida ofrecida no es lo suficientemente buena para justificar la intervención; e) Si es insensato porque consume recursos de otras actividades que podrían ser más beneficiosas<sup>42</sup>.

---

<sup>39</sup> ICETA GAVICAGOGEASCOA, M., *El concepto médico de futilidad y su aplicación técnica*, Tesis doctoral, Departamento de Bioética de la Universidad de Navarra, Pamplona, 1995.

<sup>40</sup> GONZÁLEZ MORÁN, L., Dimensión jurídica de la limitación del esfuerzo terapéutico, en F.J. DE LA TORRE DÍAZ (ed.) *La limitación del esfuerzo terapéutico...*, op.cit., pág. 156.

<sup>41</sup> CABRÉ PERICÁS, L., SOLSONA DURÁN, J.F. y GRUPO DE TRABAJO DE BIOÉTICA DE LA SEMICYUC, “Limitación de esfuerzo terapéutico en medicina intensiva”, en *Medicina Intensiva*, 2002, 26 (6), pág. 308.

<sup>42</sup> BÁTIZ, J., “Limitación del esfuerzo terapéutico al final de la vida”, en F.J. DE LA TORRE DÍAZ (ed.) *La limitación del esfuerzo terapéutico...*, op.cit., pág. 114.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LEX ARTIS MÉDICA EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)

La ponderación del carácter proporcional del medio empleado la realizará el médico o equipo médico implicados en la toma de decisiones de la LET, atendiendo a diversos criterios de carácter médico:

- 1º. La razonable confianza en el éxito del tratamiento.
- 2º. El nivel de calidad humana en la vida conservada, sobre todo en el marco de la conciencia.
- 3º. Del tiempo previsto de supervivencia.
- 4º. De las molestias, al enfermo o familiares, que acompañen al tratamiento.
- 5º. Del coste de la terapia en la perspectiva, individual, familiar o social<sup>43</sup>.

No obstante, a pesar de que la constatación del estado terminal del paciente, de la futilidad del tratamiento y del carácter desproporcionado de los medios empleados son cuestiones médicas, no debe olvidarse que la decisión de la LET es fundamentalmente ética. Es al médico o al equipo médico a quien compete proponer la limitación del esfuerzo terapéutico y al enfermo prestar o no el consentimiento, o dejar constancia en el documento de voluntades anticipadas que no desea que se prolongue su vida artificialmente. Por el enfermo inconsciente o incompetente, prestarán el denominado consentimiento por representación las personas mencionadas en el art. 9.3 de la Ley 41/2002. La prestación del consentimiento por representación, tal y como establece el art. 9.5 de la Ley 41/2002: «(...) será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades

---

<sup>43</sup> TRUEBA, J.L., “Los marcos asistenciales en la limitación del esfuerzo terapéutico”, en F.J. DE LA TORRE DÍAZ (ed.) *La limitación del esfuerzo terapéutico...*, op.cit., pág. 76.

que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal». Es decir, primaría siempre en la decisión el interés del paciente, y no la voluntad o deseos de los representantes, familiares o allegados, por lo que se impondrá el derecho del enfermo terminal a la muerte digna por encima de cualquier otra consideración. Por eso, ante una decisión contraria al interés del paciente por parte de las personas mencionadas en el art. 9.3 de la Ley 41/2002, el facultativo estaría legitimado para acudir a los tribunales, conforme a los arts. 158 y 216 del Código Civil respectivamente para la patria potestad y para la tutela, con la finalidad de que prevalezca el criterio médico en cuanto resulta lo más acorde y conforme al interés del paciente<sup>44</sup>. No obstante, en la práctica, será normal llegar a un acuerdo entre el equipo médico y el paciente o, lo más frecuente, los representantes legales o personas que mantienen una relación familiar o de hecho con él.

Problema diferente es si el paciente o las personas mencionadas en el art. 9.3 de la Ley 41/2002 pueden exigir al médico o equipo médico un tratamiento que éstos consideren fútil o desproporcionado. Esta cuestión entra de lleno en el ámbito propio de la articulación o conciliación de *lex artis* y de la autonomía del paciente. Dentro de las facultades propias de los profesionales de la sanidad está el proponer el tratamiento que consideren más indicados con arreglo a la *lex artis ad hoc*, cuestión que por lo tanto queda fuera del ámbito de la autonomía del paciente. Es más, si el facultativo suministra al enfermo un tratamiento fútil o desproporcionado cometería una acción contraria a la ética médica y podría incurrir en responsabilidad civil, administrativa y penal.

---

<sup>44</sup> Sobre el interés del paciente como criterio que preside las decisiones de sus representantes legales puede verse: ASENSIO SÁNCHEZ, M.A., *La patria potestad y la libertad de conciencia del menor...*, op.cit., págs. 125-134; y del mismo autor, *Patria potestad, minoría de edad y derecho a la salud...* op.cit., fundamentalmente págs. 121-130.

En la práctica en la LET la actuación del equipo médico consiste en no poner o quitar un tratamiento médico o un soporte vital, aunque jurídica y moralmente el «poner o quitar» se considera una cuestión irrelevante. En este sentido afirma Callahan: «Aceptar el hecho de que una enfermedad no puede controlarse a pesar de haber hecho un esfuerzo para ello y suspender un tratamiento es moralmente tan aceptable como decidir previamente que la enfermedad no puede ser controlada de manera eficaz y no iniciar medidas de soporte...En el caso de la retirada del respirador, es razonable decir que, dado que la vida se mantiene artificialmente y que esta medida es necesaria debido a la existencia de una enfermedad incapacitante, dicha enfermedad es la responsable directa de la muerte del paciente»<sup>45</sup>. No obstante, los estudios estadísticos ponen de relieve que para los intensivistas y otros especialistas en los campos donde se practica la limitación del esfuerzo terapéutico son psicológicamente más proclives a la no instauración del tratamiento que a su suspensión.

Suele ser frecuente en la medicina intensiva la retirada de un soporte vital cuando contribuye a mantener artificialmente las constantes vitales del paciente cuya situación es de muerte cerebral. La desconexión del soporte vital se encuentra en el ámbito de decisión médica, aunque la realidad revela la importancia de contar con la asistencia de la familia del paciente, pero no haciendo recaer sobre ellos el peso de la decisión. El médico o equipo médico que retira el soporte vital no incurren en un delito de homicidio porque no existe vida<sup>46</sup>. En cambio, el

---

<sup>45</sup> Citado por CABRÉ PERICÁS, L., SOLSONA DURÁN, J.F. y GRUPO DE TRABAJO DE BIOÉTICA DE LA SEMICYUC, “Limitación de esfuerzo terapéutico en medicina intensiva”...op.cit., pág. 307.

<sup>46</sup> ROMEO CASABONA, C.M., “Decisiones ante la proximidad de la muerte del paciente: interrupción o no iniciación del tratamiento”, en *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, M.

mantenimiento del soporte vital podría eventualmente hacer incurrir al facultativo en responsabilidad por encamizamiento terapéutico (art.143.4 del Código Penal).

Cuestión diferente es la retirada de un soporte vital en un paciente en estado vegetativo, porque a diferencia del supuesto anterior el enfermo está vivo. Los rasgos principales del estado vegetativo son: 1) el paciente está vivo, a diferencia de los supuestos de muerte cerebral; 2) estos pacientes no pueden sentir dolor ni sufrimiento; 3) no son terminales y pueden tener supervivencia prolongada mientras se le suministre artificialmente nutrición e hidratación<sup>47</sup>. En estos supuestos si el facultativo retira el soporte vital, aunque fuera a instancia de las personas mencionadas en el art.9.3 de la Ley 41/2002, no entraría esta acción dentro del ámbito de la LET y cometería un delito de homicidio. Ésto se explica porque el enfermo en estado vegetativo está muerto y no es un enfermo terminal, y la retirada del soporte vital sería una conducta eutanásica contraria a la *lex artis* médica y tipificada en el Código Penal. Además, con arreglo al art.9.5 de la Ley 41/2002, la decisión de las personas mencionadas en el art.9.3 debe ser en interés y beneficio del paciente, por lo que el criterio médico será prevalente frente a cualquier otra consideración o interés.

Las citadas leyes “de muerte digna” tratan de dotar el deber médico de practicar la LET de las necesarias garantías para que no recaiga todo el peso de la decisión en uno solo de los facultativos. Así, se dispone que: la justificación de la limitación deberá constar en la historia clínica<sup>48</sup>. La limitación se llevará a

---

GÓMEZ TOMILLO, J.J LÓPEZ-IBOR y J.A. GUTIÉRREZ FUENTES (coord.), Unión Editorial, Madrid, 2008, pág. 230.

<sup>47</sup> ABEL, F., “Estado vegetativo persistente (evp)”, en *Labor Hospitalaria*, nº 221, 1991, pág. 214.

<sup>48</sup> Art.20.1 de la Ley 2/2010 de Andalucía; art.21.1 de la Ley 10/2011, de Aragón; y art.21.1 de la Ley Foral 8/2011.

cabo oído el criterio profesional del enfermero o enfermera responsable de los cuidados y requerirá la opinión coincidente con la del médico o médica responsable de, al menos, otro médico o médica de los que participen en la atención sanitaria. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica<sup>49</sup>.

## 7. CONSIDERACIONES FINALES

En las decisiones al final de la vida el consentimiento informado cobra plena significación socio-jurídica al prevalecer en ellas, normalmente, consideraciones valorativas, atinentes a la incidencia del tratamiento en la calidad de vida del paciente, sobre cualquier otras, incluso de carácter médico, tal y como ocurre en la LET. En ella la relación médico/paciente se hace más intensa y el médico o equipo médico deben acompañar al enfermo y a su familia en la toma de la decisión de la LET, no dejándoles que asuman todo el peso. En la enfermedad terminal es frecuente que el enfermo sea incompetente o se encuentre en estado de inconsciencia y la decisión de interrumpir o no poner el tratamiento o el soporte vital deberá tomarla los representantes legales o los familiares y allegados.

La determinación del ámbito y límites de la autonomía del paciente y de la *lex artis* médica se construye en torno a cuatro límites que, como tal, son inherentes a la propia *lex artis* y que, en último término, van a determinar la responsabilidad de los profesionales de la sanidad: proteger la vida del paciente, informarle y respetar su autonomía, proporcionarle cuidados paliativos y no someterle a tratamientos fútiles o

---

<sup>49</sup> Art.20.2 de la Ley 2/2010 de Andalucía; art.21.2 de la Ley 10/2011, de Aragón; y art.21.2 de la Ley Foral 8/2011.

desproporcionados. Cualquier infracción de la *lex artis* médica puede dar lugar a responsabilidad civil, administrativa y penal.