



Directivas anticipadas en el ámbito de la salud. Evolución y situación actual

Laura C. Pezzano

RESUMEN

La medicina moderna ha puesto en manos de los servicios asistenciales un conjunto de prácticas que los profesionales deben administrar con criterios que, si bien son en teoría puramente médicos, tienen un componente discrecional debido al cual resulta muy importante para la actuación del médico conocer los modos de pensar y de apreciar la propia vida de sus pacientes.

En el contexto de la Planificación Anticipada de las Decisiones Sanitarias, las directivas anticipadas constituyen herramientas útiles a la hora de preservar la autonomía de los pacientes al final de la vida y, si bien se reconoce su valor desde hace más de 30 años, su utilización aún cuenta con una aceptación dispar. El presente artículo contiene una reseña de su historia y analiza algunos aspectos recientes de su legislación.

Palabras clave: directivas anticipadas, testamentos vitales, planificación anticipada de la salud, derechos del paciente, autonomía.

ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE. EVOLUTION AND CURRENT STATUS

ABSTRACT

Modern medicine has placed in the hands of healthcare services a set of practices that professionals must manage with criteria that, although are purely medical in theory, have a discretionary component due to which it is very important for the doctor to know the ways of thinking and appreciating the life of their patients.

In the context of Advanced Care Planning, advanced directives constitute useful tools in preserving the autonomy of patients at the end of life and, although their value has been recognized for over 30 years, their use has still presented an uneven acceptance. This article provides an overview of their history and discusses some recent aspects of their legislation.

Key words: advance directives, living wills, advanced care planning, patient rights, autonomy.

INTRODUCCIÓN

El abordaje sobre la consideración de la autonomía lleva décadas pero parecería no agotarse. Los cambios más vertiginosos de la historia de la medicina han ocurrido desde la mitad del siglo pasado en adelante. Unos tienen relación con los avances tecnocientíficos; los otros, no menos trascendentes, tienen que ver con la reorganización del modelo médico tradicional, de aquel centrado en el paternalismo, a este otro que no entiende a la Beneficencia sin respeto hacia la Autonomía.

Resulta ampliamente aceptado que los individuos tienen el derecho de tomar decisiones importantes que afectan su vida, y las sociedades modernas, por lo menos en Occidente, encuentran en ello un aspecto particularmente valorado de su cultura. Esta misma valoración acerca de su libertad religiosa, su modelo de familia, su organización social, entre otras cuestiones trascendentes, interpela el modo de ejercer la medicina en la actualidad. Por tal razón no sorprende que los individuos decidan sobre cuestiones atinentes a su salud, al cuidado de su cuerpo, a si desean aceptar o no determinados tratamientos; el

encontrarse circunstancialmente en el rol de pacientes no debería privarlos de ese derecho.

Las políticas de consentimiento informado han reflejado esta necesidad de participación del paciente en el proceso de toma de decisiones en el ámbito de la salud, y han constituido un medio para respetar los derechos de los pacientes a ser informados y de ese modo poder tomar decisiones autónomas. Llevar adelante el adecuado proceso de información y consentimiento es hoy una responsabilidad médica. Con el tiempo y la mayor disponibilidad de medios de sostén vital que prolongan la sobrevivencia de pacientes gravemente enfermos o con grave e irreversible daño neurológico, se pensó en nuevas herramientas. Así surgieron lo que hoy conocemos como Directivas Anticipadas (DA).

Las Directivas Anticipadas surgen como herramientas que buscan preservar la autonomía de las personas; ellas representan un medio para advertir al médico interviniente sobre preferencias del paciente que este no se encuentra en condiciones de expresar.¹

Si bien existen diferentes denominaciones: Directivas Anticipadas (DA), Voluntades Anticipadas (VA), Testamentos Vitales (TV) etc., todas ellas hacen referencia a *la manifestación escrita hecha por una persona capaz quien, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la asistencia sanitaria para recibir cuando se produzcan circunstancias clínicas que le impidan comunicar personalmente su voluntad.*

Las DA resultan entonces del esfuerzo para comunicar a quienes nos brindan atención médica, qué tipo de tratamientos aceptaría o no recibir si uno se volviera incompetente.

ANTECEDENTES

En los Estados Unidos, la experiencia con los testamentos vitales (*living wills*) comienza a mediados de la década de 1960. La idea de un documento escrito se propuso por primera vez en 1967 en una reunión de la Euthanasia Society of America. En dicho documento el paciente podía expresar la forma en la que deseaba ser tratado cuando no pudiera decidir por sí mismo.² Su aceptación fue pobre y recién a raíz del caso Quinlan, en 1976, California aprueba la primera “Natural Death Act” que le otorga un marco legal y abre el proceso a un reconocimiento jurídico generalizado. En los diez años siguientes, en casi todos los Estados se promulgaron leyes similares a la citada. Sin embargo, la evolución de la medicina y de los casos judiciales conflictivos que fueron planteándose a lo largo de la década de 1970 puso de manifiesto algunas limitaciones de estos testamentos vitales. El primer problema identificado tenía relación con el representante: las disposiciones de la época no dejaban claro quién era el responsable de interpretar los deseos del paciente. El otro aspecto, su carácter genérico, hacía ambigua su interpretación. Para solucionar ambos problemas se crearon nuevas formas de documentos.

En cuanto al problema del representante, se inició el proceso de modificación de la legislación sobre los “poderes de representación” (*power of attorney*) que finalmente llevaría a la creación de los “poderes” específicos para las decisiones sanitarias de sustitución (Durable Power of Attorney for Health Care o Health Care Powers of Attorney). Estos poderes consisten en documentos donde el individuo puede designar a una o a varias personas como sus posibles sustitutos para que, en caso de ser necesario, actúe en concordancia con los valores o deseos que le haya expresado.

La segunda limitación de los testamentos vitales, su carácter genérico, llevó a una complicación progresiva de estos. Así, comenzaron a consignarse referencias específicas con respecto a la aceptación o rechazo de determinadas terapias: diálisis, quimioterapia, asistencia respiratoria mecánica, maniobras de reanimación cardiopulmonar, etc. Esta complejidad llegó al extremo de desarrollar voluntades anticipadas específicas para enfermedades concretas.³

Estos documentos continuaron evolucionando de manera tal de confluir todos en uno solo, que resultó la suma de un testamento vital complejo y un poder de representación. De esta forma nacieron los documentos mixtos, que son los que actualmente más se utilizan en los Estados Unidos. A finales de la década de 1980, a pesar del enorme desarrollo legislativo, se calculaba que solo entre el 10 y el 12% de los norteamericanos habían firmado un testamento vital o cumplimentado un poder de representación.⁴⁻⁷ La interpretación sobre los principales problemas que presentaban estos documentos podría resumirse de la siguiente manera: en primer lugar, los profesionales de la salud entendían que esta problemática era una responsabilidad exclusiva de los pacientes en la que ellos no debían intervenir; en segundo lugar, que –dado que los médicos suelen encontrarse incómodos al hablar de estos temas– tendían a no incluirlos en sus conversaciones con los pacientes. Así también, la mayoría de los individuos y de los profesionales solían pensar que estas cuestiones solo atañen a los pacientes ancianos o a los enfermos crónicos, en lugar de considerar que cualquiera puede precisarlas en cualquier momento de su vida.⁸ Fue entonces justamente cuando el caso Cruzan vino a poner un alerta en este sentido.

El caso Cruzan

En la mañana del 11 de febrero de 1983, Nancy Cruzan, de 24 años perdió el control de su vehículo, salió despedida de él y cayó boca abajo en una zanja llena de agua donde permaneció por más de 10 minutos. Finalmente su daño derivó en lo que conocemos como estado vegetativo permanente. Luego de 5 años, sus padres llegaron a la conclusión de que su hija no se recuperaría y consideraron que ella no hubiese aceptado que la mantuviesen con vida en esas condiciones.

Fue así como pidieron a sus médicos que suspendiesen la alimentación e hidratación artificiales que la mantenían con vida. Las diferencias entre la opinión de sus padres y la visión de los médicos del centro asistencial derivaron en una larga disputa judicial. La Corte Suprema de Missouri argumentó que los padres de Nancy no tenían derecho a poner fin a su tratamiento médico en ausencia de “pruebas claras y convincentes” de que esta elección reflejaba los deseos de su hija.

Cuando el caso fue llevado finalmente ante la Corte Suprema de los Estados Unidos (*Cruzan v Director, Missouri Department of Health*, 1990), el tribunal confirmó la sentencia de la Corte Suprema de Missouri, sobre la base de que un Estado puede establecer altas exigencias frente a la decisión de suspender o limitar tratamientos en los casos de pacientes incompetentes en los que estos no hayan expresado claramente su voluntad. Finalmente, luego de muchas audiencias en las que participaron familiares y amigos de Nancy, el tribunal encontró la evidencia que buscaba sobre las preferencias de la joven y autorizó la suspensión del soporte vital. Nancy murió 14 días después.⁹

El Tribunal Supremo de Justicia de Estados Unidos reconoció en noviembre de 1990 el derecho de los pacientes competentes a rechazar un tratamiento médico no deseado y fijó un procedimiento para la toma de decisiones por parte de los sustitutos o representantes ("Patient Self-Determination Act", Ley de Autodeterminación del Paciente [PSDA]). Desde entonces en los Estados Unidos todos los hospitales, residencias de la tercera edad, etc. tienen la obligación legal de desarrollar directrices escritas en relación con las DA y de educar a los profesionales sanitarios sobre la cuestión, así como de preguntar a los pacientes en el momento del ingreso si han redactado su DA y de informarles del derecho que tienen a hacerlo.¹⁰⁻¹²

ALGUNAS CONTROVERSIAS

En los años inmediatamente posteriores a su entrada en vigor, la PSDA pareció tener cierto efecto positivo.¹³⁻¹⁵ Sin embargo, a partir de mediados de los noventa, la cifra de pacientes estadounidenses con una directiva anticipada firmada no superaba el 15% de la población.^{16,17}

Fue en ese momento, en 1994, cuando comenzaron a salir a la luz los resultados del estudio SUPPORT.^{18,19}

El SUPPORT, *Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments*, consistía en un estudio con 9105 enfermos hospitalizados en 5 hospitales docentes de nivel terciario entre 1989 y 1994 y desarrollado en dos fases, una descriptiva y otra de intervención.

Los objetivos del estudio han sido:

- Obtener información de valor pronóstico sobre los pacientes críticos al final de la vida.
- Describir cómo se toman las decisiones terapéuticas, incluyendo la influencia de los valores y preferencias de pacientes y familiares.
- Evaluar si una mejor valoración pronóstica y los esfuerzos por integrarla y reforzar la comunicación mejora la toma de decisiones desde la perspectiva tanto del médico como del paciente.

El estudio se estructuró en dos fases (I y II). La primera, descriptiva, que se realizó entre 1989 y 1991 con 4301 pacientes, trataba de recabar datos sobre el proceso de atención de 9 categorías patológicas. La segunda fase se aplicó entre 1992 y 1994 a 4804 pacientes divididos en dos grupos: uno de control, el 45% de los pacientes, y otro de intervención, con el restante 55%. La intervención trataba de mejorar el proceso de atención analizado en la fase I mediante dos grandes estrategias: la mejora de la previsión pronóstica, de la comunicación y de la toma de decisiones con el objeto de mejorar la satisfacción y los resultados. Para esta segunda estrategia se introducía la participación de una enfermera entrenada especialmente para facilitar la interacción entre pacientes y profesionales de la salud. Una de sus tareas era impulsar la cumplimentación de directivas anticipadas por los pacientes y estimular que fueran respetadas por los profesionales.

Sin embargo, los resultados no estuvieron a la altura de las expectativas que se habían creado.

En la fase II del SUPPORT no consiguieron mejorar de modo significativo la forma en la que se tomaban decisiones al final de la vida, es decir, no aumentó significativamente el porcentaje de cumplimentación de directivas anticipadas. Y en muchas ocasiones, aunque hubieran sido cumplimentadas, a la hora de ser aplicadas los médicos no las respetaron.²⁰

Tras los resultados del SUPPORT fue madurando el concepto de que el futuro de la toma de decisiones de sustitución, sobre todo en el final de la vida, no debería descansar de manera única en el desarrollo de las directivas anticipadas, sino en una concepción más amplia e integral del proceso de toma de decisiones. Esto es lo que se ha dado en llamar "Advance Care Planning", o Planificación Anticipada de las Decisiones Sanitarias. En ello se planteaba la necesidad de reorientar toda la estrategia de implementación de las DA, dejando de estar centradas en el acto formal del documento mismo para, en su lugar, desarrollar amplios procesos de comunicación entre profesionales, pacientes y familiares que ayudaran a mejorar la calidad de las decisiones al final de la vida.²¹⁻²³

En esos procesos, las directivas anticipadas desempeñarían un papel importante, pero no serían el único objetivo sino una herramienta más a disposición de una mejor comunicación.

Según publicaciones recientes, puede observarse un cambio significativo en la aplicación de las directivas anticipadas.

En abril de 2010 se publica en *The New England Journal of Medicine* (NEJM) un estudio que analiza lo ocurrido con los pacientes mayores de 60 años fallecidos entre 2000 y 2006. El estudio refleja cómo muchos pacientes mayores requieren decisiones de sustitución al final de la vida cuando han perdido la capacidad para tomar sus propias decisiones. En ese contexto, los pacientes que han dejado sus directivas anticipadas reciben cuidados más acordes con sus preferencias que quienes no lo han hecho, y son precisamente estos resultados los que avalan seguir implementando la promoción de las DA en las instituciones de salud. Otro objetivo valioso de la implementación de las DA ha sido también el aliviar la carga emocional de los que intervienen en decisiones de tal envergadura y mejorar la sensación de confort y mutuo entendimiento entre los pacientes, sus familiares y el equipo de salud.

En este estudio queda reflejado que los adultos mayores están familiarizados con ese tipo de documentos, que les resultan accesibles y aceptables, valor compartido por familiares y médicos.²⁴

EL MARCO LEGAL EN LA ARGENTINA

Las Directivas Anticipadas encuentran fundamento jurídico suficiente en preceptos de orden constitucional como el que emerge del Art. 19 de la Constitución Nacional y otras leyes vigentes atinentes a la dignidad humana, a la autonomía personal y al derecho a la privacidad.

En el marco de la regulación específica para los profesionales de la salud, la Ley de ejercicio de la Medicina, pensada en los inicios de la revolución de la autonomía, también hace referencia a la obligación del médico de respetar la negativa de un paciente a recibir un tratamiento y pone de manifiesto la necesidad de permitir la participación del paciente en la toma de decisiones sanitarias (Ley 17.132, art. 19). Es también de destacar que a partir de entonces abunda la jurisprudencia que sostiene el deber profesional del respeto a la autonomía de las personas. En este sentido, las prácticas del consentimiento informado han sido ampliamente aceptadas y, a pesar de las necesarias mejoras en su proceso de implementación, no se conocen muchas opiniones contrarias a las razones y ventajas que ellas entrañan.²⁵

En nuestro país, hace más de 15 años que reconocemos el valor de las DA, de tal modo que estas disposiciones preventivas han ido instrumentándose de diversas maneras, tanto a través de la historia clínica como en otras formas de registros públicos, como lo hizo el Colegio Público de Escribanos de la Provincia de Buenos Aires en el denominado “Registro de Actos de Autoprotección” creado por Resolución del Consejo Directivo del Colegio de Escribanos de la Provincia de Buenos Aires, con fecha 8 de octubre de 2004, y con vigencia a partir del 01/01/2005. A ello le sucedieron otras legislaciones provinciales que muestran algunos antecedentes en la materia tanto en la Provincia de Río Negro –Ley 4263(B. O. 03/01/2008)– como en la de Neuquén, en el marco de la Ley 2611 (B. O. 24/10/2008).

Las directivas anticipadas en la Ley 26.529

En el mes de octubre de 2009 se dicta la la Ley 26.529 sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud promulgada en 2009.²⁶

En el artículo 11 del Capítulo III: “Del Consentimiento Informado”, la norma establece:

Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanasias, las que se tendrán como inexistentes.

Desde la promulgación de la ley, la discusión sobre la legalidad de estos documentos podría haberse zanjado. Pero, una vez más, las cuestiones de la autonomía presentan ciertas dificultades en su aceptación, por lo que

nuevamente se discutió en el parlamento otra ley con la renovada pretensión de dar forma a este derecho.

Fue así como en el año 2012, impulsado, impulsado por familiares de pacientes que pedían suspender las medidas de soporte vital en el caso de una menor en EVP, y ante la negativa de la institución que los asistía, se impulsó lo que se conoció a través de los medios de comunicación como “Ley de Muerte Digna”. Detrás de su título, de fuerte impacto en la opinión pública, se trató estrictamente de la modificación de algunos artículos de la ley 26.529 (Ley 26.742 y su decreto reglamentario 1089/2012). Esta vez, a pesar de reconocer el valor de las Directivas Anticipadas, se estableció la necesidad de dar intervención a escribanos o jueces de primera instancia. Estas modificaciones imponen que su formulación se efectúe fuera del ámbito de la atención sanitaria con el riesgo de desnaturalizarlas como acto médico e imponiendo requisitos que probablemente conllevarán su burocratización. En mi opinión, esta modificación resulta innecesaria y de carácter arbitrario ya que en ninguna otra circunstancia de la atención médica se habían impuesto con anterioridad intervenciones de terceros ajenos a la relación médico-paciente como resulta en este caso. Lejos de favorecer el ejercicio de la autonomía, estas reglamentaciones estarían cercenándolos.²⁷

En consecuencia, es probable que las expectativas surgidas de la discusión pública de esta ley no puedan ser cumplidas. Difícilmente una ley resuelva por sí sola la complejidad de los escenarios donde estas decisiones deben ser tomadas. El texto de esta nueva norma resulta naturalmente inconsistente para valorar el peso de la opinión familiar a la hora de tomar decisiones, no modifica la necesidad de reflexionar sobre el rol profesional al momento de proponer determinados tratamientos, ni el margen de acción de la propia familia para consentirlos o rechazarlos. Se trata de una discusión sobre la que podríamos anticipar su proceso pero difícilmente su resultado.

CONCLUSIONES

El caso Cruzan resume las preocupaciones de muchas personas y pone en evidencia una vez más las dificultades que se presentan en el complejo proceso de toma de decisiones al final de la vida. Quiénes participan en ese proceso, qué peso tienen sus opiniones, qué habilidades poseen para hacerlo no ya desde sus propios valores o intereses sino centrados en los del paciente son interrogantes con variadas respuestas.

La reconsideración de la autonomía ha derivado en la necesidad de instrumentar medidas tendientes a su protección y valoración. Así ha surgido la puesta en práctica de políticas como las del consentimiento informado con una amplia aceptación. El contexto en el que surgieron las DA quizás alimentó las expectativas de que estos instrumentos corrieran igual suerte. Sin embargo, los hechos demostraron que el énfasis puesto exclusivamente en la

complimentación de ciertas formalidades solo llevaba a que un porcentaje menor de la población confiara en que sus preferencias se respetarían si contaba con una DA. A pesar de que el valor de las DA no reside en la proporción de individuos que aceptan cumplimentarla sino en el respeto a la autonomía de quienes así deciden manifestarlo, a través de diferentes estudios se ha seguido indagando sobre mecanismos que faciliten su aceptación. Con el tiempo se observó que las DA permiten a los pacientes preservar su autonomía porque constituyen un valioso aporte a la hora de considerar sus preferencias en situaciones críticas. En el seno de la relación médico-paciente son un medio para el abordaje de estos temas que puede facilitar un diálogo llano, respetuoso y plural que permita que las preferencias

de los pacientes tengan un papel protagónico en el proceso de toma de decisiones al final de la vida. Las DA representan un medio para advertir a los profesionales sobre preferencias del paciente que este no se halla en condiciones de expresar, y la forma en que ello se implemente no debería convertirse en un obstáculo sino en un medio accesible para médicos y pacientes.

Las condiciones actuales de nuestra legislación nos enfrentan a nuevos desafíos para poder seguir ofreciendo el ámbito necesario para el adecuado proceso de toma de decisiones al final de la vida. En este contexto, contar con la expresión clara del propio paciente no solo representa un derecho sino también una herramienta que contribuye a la calidad de tales decisiones.

REFERENCIAS

1. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research . (1983). Deciding to forego life-sustaining treatment: ethical, medical, and legal issues in treatment decisions. Washington, DC: Government Printing Office; 1983.
2. Emanuel EJ, Emanuel LL. Living wills: past, present, and future. *J Clin Ethics*. 1990;1(1):9-19.
3. Singer PA. Disease-specific advance directives. *Lancet*. 1994;344(8922):594-6.
4. McCrary SV, Botkin JR. Hospital policy on advance directives. Do institutions ask patients about living wills? *JAMA*. 1989;262(17):2411-4.
5. Sugarman J, Weinberger M, Samsa G. Factors associated with veterans' decisions about living wills. *Arch Intern Med*. 1992;152(2):343-7.
6. Cohen-Mansfield J, Droge JA, Billig N. The utilization of the durable power of attorney for health care among hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(12):1174-8.
7. Roe JM, Goldstein MK, Massey K, et al. Durable power of attorney for health care. A survey of senior center participants. *Arch Intern Med*. 1992;152(2):292-6.
8. Barrio IM, Simón P, Júdez J. De las voluntades anticipadas o instrucciones previas a la planificación anticipada de las decisiones. *Nure Investigación [Internet]*. 2004 mayo [consultado 25/04/2005];5:1-9. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original5105200416587.pdf
9. Fagerlin A, Ditto PH, Hawkins NA, et al. The use of advance directives in end-of-life decision making: problems and possibilities. *Am Behav Sci*. 2002;46(2):268-83.
10. Lo B, Steinbrook R. Beyond the Cruzan case: the U.S. Supreme Court and medical practice. *Ann Intern Med*. 1991;114(10):895-901.
11. Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990. Pub. L. 101 - 508. 101st Congress. (Nov. 5, 1990).
12. La Puma J, Orentlicher D, Moss RJ. Advance directives on admission. Clinical implications and analysis of the Patient Self-Determination Act of 1990. *JAMA*. 1991;266(3):402-5.
13. Mezey M, Latimer B. The Patient Self-determination Act. An early look at implementation. *Hastings Cent Rep*. 1993;23(1):16-20.
14. Emanuel EJ, Weinberg DS, Gonin R, et al. How well is the Patient Self-Determination Act working?: an early assessment. *Am J Med*. 1993;95(6):619-28.
15. Silverman HJ, Tuma P, Schaeffer MH, et al. Implementation of the patient self-determination act in a hospital setting. An initial evaluation. *Arch Intern Med*. 1995;155(5):502-10.
16. Emanuel L. Advance directives: what have we learned so far? *J Clin Ethics*. 1993;4(1):8-16.
17. Emanuel LL. Advance directives: do they work? *J Am Coll Cardiol*. 1995;25(1):35-8.
18. Murphy P, Kreling B, Kathryn E, et al. Description of the SUPPORT intervention. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(5 Suppl):S154-61.
19. Knaus WA, Harrell FE Jr, Lynn J, et al. The SUPPORT prognostic model. Objective estimates of survival for seriously ill hospitalized adults. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. *Ann Intern Med*. 1995;122(3):191-203.
20. Lynn J, Teno JM, Phillips RS, et al. Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *Ann Intern Med*. 1997;126(2):97-106.
21. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *JAMA*. 1995;274(20):1591-8. Errata en: *JAMA* 1996;275(16):1232.
22. Pearlman RA, Starks H, Cain KC, et al. Improvements in advance care planning in the Veterans Affairs System: results of a multifaceted intervention. *Arch Intern Med*. 2005;165(6):667-74.
23. Fried TR, Redding CA, Robbins ML, et al. Stages of change for the component behaviors of advance care planning. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(12):2329-36.
24. Silveira MJ, Kim SY, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med*. 2010;362(13):1211-8.
25. Highton EI, Wierzbica SM. La relación médico-paciente: el consentimiento informado. Buenos Aires: Ad-Hoc; 1991. Cap. 13.
26. Pérez de Nucci AM. Ética y medio ambiente: el desafío de fines del siglo XX. *Revista electrónica de la Sociedad de Ética en Medicina [Internet]*. [20??] [consulta: 06/05/2013];2(artículo 9). Disponible en: <http://www.sem.intramed.net.ar/revista/009.htm>.
27. Argentina. Ley 26529 Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Sanción: 21/10/2009; Promulgación de Hecho: 19/11/2009; Boletín Oficial 20/11/2009.
28. Argentina. Ley 26742. Modificación a la Ley 26529. Publicación en el Boletín Oficial: 24/05/2012. Sanción: 09/05/2012. Decreto 1089/2012. Apruébase la reglamentación de la Ley Nº 26.529, modificada por la Ley Nº 26.742. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Buenos Aires, 05/07/2012.