

afectadas deben dar noticia a la Administración, de lo contrario ésta seguirá considerando propietarios a los titulares registrales que lo eran al tiempo de iniciarse el procedimiento y se ordena que sean cancelados los nuevos asientos, si bien se articula un mecanismo para que –finalmente– la finca resultado de la ejecución del plan sea atribuida a estos adquirentes. La autora observa aquí *una excepción a la vertiente negativa del principio de legitimación registral*, pues si bien conforme a esta vertiente negativa se presumen extinguidos los derechos cancelados en el Registro de la propiedad, no ocurre lo mismo con la citada cancelación por orden de la normativa urbanístico-registral, que tiene el carácter de cancelación meramente formal, no sustantiva.

Cuando el sistema de actuación urbanística no sea el de compensación ni el de cooperación, sino el de expropiación, la normativa es específica, si bien la legitimación registral sigue siendo el criterio principal a tener en cuenta por la Administración en sus relaciones con los particulares. Una característica exclusiva de esta normativa es la provisión de normas relativas a las fincas no inscritas. A juicio de la autora, serían trasladables a los otros sistemas de ejecución urbanística.

VIII. Por último, se analizan los procedimientos de *concentración parcelaria*. La autora destaca que el legislador ha prestado en ellos mayor atención a la legitimación posesoria que en los procedimientos administrativos analizados en los capítulos anteriores. La razón que justifica esta excepción puede consistir –explica– en que tradicionalmente se ha asociado más la figura del propietario de finca rústica a la del cultivador despreocupado de formalidades, que a la del diligente propietario que ha inscrito su título en el Registro de la Propiedad; y especialmente es así en aquellas regiones de minifundios, que a la vez son las que se prestan a la concentración parcelaria.

En la concentración parcelaria, la Administración se entenderá con los poseedores a título de dueño de la tierra, presuntos propietarios, y serán los titulares registrales los que deberán dar noticia a la Administración de que son propietarios, a fin de que se cuente con ellos en el procedimiento.

La constante de esta monografía es el estudio de las diversas normas aplicables, remontándose a los precedentes normativos de las mismas, y tratando de analizar siempre el juego de la legitimación registral y de la legitimación posesoria en cada una de ellas, así como el estudio de la jurisprudencia específica de las distintas materias en que se desglosa el estudio. La descripción del calado que la legitimación posesoria y la legitimación registral han tenido en los distintos estratos históricos y en distintas áreas del Ordenamiento es un logro meritorio de Beatriz Fernández Gregoraci. Este último capítulo es una última prueba de ello, constatación final de que no hay a lo largo del trabajo excepción al método, ni claudicación alguna, lo que sin duda lo hace digno de elogio.

Carmen JEREZ DELGADO  
Universidad Autónoma de Madrid

**LÓPEZ SÁNCHEZ, Cristina: *Testamento vital y voluntad del paciente*, ed. Dykinson, Madrid, 2003, 241 pp.**

1. Pasar por alto hoy en día cuestiones tan relevantes como la voluntad de un paciente, la plasmación de esa voluntad en un documento o la eutanasia es imposible, más aún ahora que existen más medios que alargan la vida de

forma artificial y que retrasan el momento de la muerte. ¿Se pueden tener en cuenta los deseos de un paciente que, estando plenamente capaz, los manifiesta en un documento y que consisten en la negativa a que se le apliquen ciertos tratamientos para cuando esté en un estado de incapacidad? Ésta es la pregunta a la que trata de responder la doctora en Derecho Cristina López Sánchez en esta obra, analizando la validez de estos documentos, qué requisitos deben reunir y su contenido, todo ello bajo el prisma de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, aparte de las leyes autonómicas que regulan esta materia.

El tema de la autonomía de la voluntad de un paciente es bastante complejo, pues se está disponiendo de la propia vida y de la integridad física de la persona, cuando la Constitución, en su artículo 15, los enuncia como derechos fundamentales e indisponibles. Se trata por tanto de un campo muy delicado y en el que surgen muchas posiciones doctrinales al respecto. Puede que sea ése el motivo por el cual el legislador ha tardado tanto en regularlo (la ley es de 2002) y que se haya visto obligado a hacerlo ante los numerosos casos que se han planteado en los últimos años. La necesidad de una ley de ámbito nacional que atienda a esta materia se ha hecho patente y ya existe una, aunque su proceso de elaboración fue bastante complejo por la multitud de enmiendas que se presentaron por los distintos grupos parlamentarios.

Aun así, conviene saber cómo han regulado esto los diferentes países europeos, pues no son pocas las personas que viajan al extranjero y que sufren accidentes o algún tipo de enfermedad allí. ¿El testamento vital hecho en Madrid tendrá eficacia en París o en Roma? El capítulo que dedica la autora al Derecho comparado nos aclara este problema.

2. La obra consta de tres capítulos: *Consideraciones generales* (pp. 11 a 25). *El «testamento vital» Origen de la figura y tratamiento en otros países* (pp. 27 a 48) y *Los documentos de voluntades anticipadas o instrucciones previas en España* (pp. 49 a 139).

El primero de estos capítulos contiene una serie de reflexiones iniciales y, tras una breve introducción donde se nos señala la importancia de la materia, aborda la autora tres temas: las formas de proteger una futura incapacidad, la autonomía de la voluntad de los pacientes y la conexión con la dignidad de la persona.

El segundo capítulo es una explicación del origen del testamento vital. Además, se hace aquí un análisis de Derecho comparado y así pasamos a ver cómo Estados Unidos, Gran Bretaña, Canadá, Suiza, Italia, Francia, Alemania, Holanda, Bélgica y otros sistemas jurídicos han previsto esta figura en sus ordenamientos.

El capítulo tercero constituye la parte más importante de la obra, pues ya se centra la autora en nuestro país y cómo está regulado el tema no sólo en el ámbito nacional sino también en el ámbito autonómico. Se nos explica claramente su régimen jurídico haciendo mención de la naturaleza jurídica, características, fundamento, contenido, sujetos intervinientes, aspectos formales y límites del testamento vital.

El libro contiene al final un práctico apéndice legislativo (pp. 141 a 236) con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, más las leyes de todas aquellas Comunidades Autónomas que se han pronunciado sobre esta figura, lo que nos permite hacer un análisis comparativo de cada una de ellas y apreciar las diferencias existentes.

3. Cabe entrar ahora al fondo de cada uno de los capítulos. Como ya hemos dicho antes, en el capítulo primero Cristina López nos hace una presentación del tema, haciendo hincapié en la relevancia de esta figura debido al progreso de la tecnología médica y a los avances científicos que permiten prolongar la vida y retrasar la muerte.

3.1 El debate gira en torno a la posibilidad que tiene un paciente de indicar, anticipadamente y usando su autonomía de la voluntad, las medidas y los tratamientos terapéuticos que quiere o no que se le administren para el momento en que ya no pueda decidirlo por sí mismo. Esa voluntad queda plasmada en un documento llamado «testamento vital», pero que no en todos los lugares se ha denominado así (también se han utilizado expresiones como: «testamento biológico», «testamento viviente», «voluntades anticipadas», «instrucciones previas», «declaraciones vitales anticipadas» para referirse a él). Todo ello porque si el paciente no exterioriza nada al respecto y ha perdido su capacidad de obrar, será el facultativo el que obre según su experiencia, teniendo siempre detrás el miedo a ser demandado por los familiares en casos extremos.

3.2 A continuación, la autora expone las distintas figuras que se pueden utilizar para proteger una incapacidad, pues hay incapacidades que conllevan una pérdida total de la razón y otras parcial. Tres son los instrumentos usados al efecto: la autotutela, los apoderamientos preventivos y la redacción de un testamento vital.

La autotutela consiste en la guarda de la persona y de sus bienes, conferida por mandato o comisión del sujeto antes de incurrir en incapacidad (sólo surte efectos en supuestos de pérdida total de la capacidad). Los apoderamientos preventivos suponen que una persona, previendo una futura incapacidad, ordena, mediante una declaración de voluntad unilateral y recepticia, una delegación de facultades en otra *para que ésta pueda actuar válidamente en su nombre*. La tercera figura de protección de la incapacidad es el testamento vital, por el cual una persona física con suficiente capacidad decide que no se le administren determinadas medidas o tratamientos para mantenerle con vida, incluso puede designar a una persona para que decida por él en caso de que pierda su capacidad de obrar.

3.3 Otro punto importante que aclara la autora en este capítulo introductorio es el papel que juega aquí la autonomía de la voluntad de los pacientes. Como señala Cristina López, ha sido mucho el tiempo en el que la Medicina ha entendido que el enfermo no podía adoptar una decisión sobre él mismo y que tenía que ser el médico el que actuara, pues él le procuraría el bien. La evolución social y la mejora de la asistencia sanitaria de los últimos años han influido en la relación médico-paciente, de tal manera que este último pasa a ser un *ser autónomo con capacidad de decidir* sobre las cuestiones referentes a su enfermedad y posibles intervenciones. Surgen así una serie de derechos del paciente que ya están recogidos tanto a nivel internacional (Convenio sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina, firmado en Oviedo el 4 de abril de 1997) como a nivel nacional (Ley general de sanidad de 24 de abril de 1986). Se codifican derechos de los enfermos tales como: el derecho a la información, la autodisposición sobre el propio cuerpo, el consentimiento informado (supone que una persona con capacidad recibe información comprensible y suficiente para decidir voluntariamente sobre los cuidados que va a recibir). El más relevante es el derecho a la autonomía, que en este ámbito implica la autodeterminación sobre el final de la propia vida sin la influencia

de terceras personas. De esta manera se puede decidir libremente qué tratamientos médicos se quiere recibir, siempre dentro de los límites legales.

3.4. El último punto de este capítulo se dedica a la dignidad humana, derecho que aparece reconocido en el artículo 10.1 de la Constitución y que constituye la *expresión máxima del hombre como persona*. Algunos autores lo consideran como un límite al derecho de disposición sobre la propia vida, pero la protección del derecho a la vida no significa prolongarla artificialmente cuando ya no se tenga esperanzas de recuperación. El derecho a la vida debe consistir en dejar que el proceso de la muerte transcurra según su cauce. Éste es el derecho a morir con dignidad. No existe un reconocimiento expreso del derecho a una muerte sin dolor en las declaraciones internacionales de Derechos humanos, pero se considera que es un derecho derivado del derecho a la vida y del derecho a la asistencia sanitaria entre otros.

4. El capítulo segundo se dedica a analizar el origen del «testamento vital» y su tratamiento en países europeos y en Estados Unidos o Canadá. Un análisis de Derecho comparado muy completo y puntual.

4.1 El origen más remoto de esta figura se encuentra en el nacimiento de las directrices anticipadas en Estados Unidos en 1967, cuando un abogado de Chicago ideó este documento para expresar el deseo de una persona de que no se le aplicara un tratamiento en caso de enfermedad terminal. Junto a esto se une otro antecedente: la Ley sobre la muerte natural de 1976 en California.

Una directriz anticipada es un documento que contiene la voluntad de una persona sobre los futuros cuidados médicos que quiere recibir cuando se vuelva incapaz de expresarla por sí mismo. Comprende dos tipos de documentos: el testamento vital y el poder para el cuidado de la salud. El testamento vital o voluntades anticipadas es un documento por el cual una persona con suficiente capacidad expresa sus deseos en relación al cuidado médico que quiere recibir en el futuro cuando ya no pueda expresar personalmente su voluntad (sus efectos sólo se despliegan cuando no hay esperanza de recuperación). El poder para el cuidado de la salud es un documento en el cual se nombra a alguien de confianza para que decida sobre los cuidados médicos cuando ya el paciente no pueda decidir por sí mismo (surte efectos cada vez que el otorgante esté en una situación de incapacidad, aunque sea temporal). En nuestro ordenamiento, ambas figuras están abarcadas por el mismo documento, donde se pueden expresar los deseos personales y designar a un representante a la vez.

4.2 En segundo lugar, Cristina López analiza la regulación de esta figura en varios Estados: Estados Unidos (aquí fue donde se originó este tipo de documentos, regulados por la Ley sobre libre determinación de los pacientes, en vigor desde el 1 de diciembre de 1991), Gran Bretaña (Ley de 1985: *Enduring Powers of Attorney Act*), Canadá (esta figura está muy aceptada y extendida en algunas de sus provincias). En Europa hemos tenido que esperar al Convenio del Consejo de Europa sobre Derechos Humanos y Biomedicina de 7 de abril de 1997 y al Convenio de Oviedo del mismo año, para dar efectos legales a las voluntades anticipadas. Algunos países con regulación son: Suiza, Italia, Francia, Alemania, Holanda (es el primer país que legaliza la eutanasia por la aprobación de la Ley de noviembre de 2000, en vigor desde el 26 de marzo de 2002), Bélgica. Otros ordenamientos jurídicos han recibido

la influencia de aquellos países donde los testamentos vitales se han desarrollado (Venezuela, Puerto Rico y Uruguay).

5. El último capítulo de la obra ya se centra en la regulación del testamento vital en nuestro país, a nivel nacional y a nivel autonómico, destacando posteriormente su régimen jurídico y finalizando con una mención especial a los enfermos de Alzheimer. Vamos a hacer un recorrido rápido de los primeros puntos de este capítulo para detenernos más ampliamente en la cuestión principal: el régimen jurídico.

5.1 El testamento vital se ha introducido en nuestro ordenamiento hace algunos años gracias a las asociaciones pro derecho a morir dignamente. También cabe recordar la existencia de un Borrador de Proyecto de Ley sobre tratamiento médico en determinadas circunstancias, elaborado por Rodríguez Aguilera a finales de los ochenta, donde ya se reconocía la posibilidad de redactar un testamento vital y se regulaban determinados aspectos formales. Dos fuentes de inspiración de la ley nacional han sido: la ley catalana y la normativa que regula la donación de órganos.

5.2 Antes de iniciar el recorrido por la regulación de las distintas Comunidades Autónomas, Cristina López pone en tela de juicio el hecho de que, tratándose de una materia que se refiere a un derecho fundamental, hayan proliferado tantas normas autonómicas. Y es que el artículo 81.1 CE obliga a utilizar la ley orgánica cuando se trate de legislar sobre derechos fundamentales.

Aun así, la regulación hecha por las autonomías es bastante homogénea, aunque esto no significa que no existan peculiaridades. Han regulado esta materia: Cataluña (fue la primera en regular estos documentos), Galicia, Extremadura, Cantabria, Madrid, Aragón, La Rioja, Navarra. Junto a estas Comunidades Autónomas existen otras que ya han previsto leyes sobre este ámbito, pero que todavía están en fase de elaboración (la Comunidad Valenciana, el País Vasco, las Islas Baleares, Murcia y Andalucía). Como hemos visto, casi todas las Comunidades Autónomas han previsto la figura del testamento vital en sus ordenamientos y, aunque existen leyes muy similares, pueden surgir problemas ante tal diversidad normativa, sobre todo cuando un paciente otorga testamento vital en Madrid y enferma en una Comunidad Autónoma que todavía no lo ha regulado. Para salvar estas diferencias y los posibles problemas que pudieran surgir, habría que dar validez a estos documentos en todo el país (incluso si el paciente está ingresado en un centro de una Comunidad Autónoma distinta a aquella en la que otorgó el testamento vital), algo a lo que contribuirá la entrada en vigor de la ley estatal.

5.3 En el punto 3 se estudia la Ley 41/2002. Aquí la autora desarrolla la tramitación parlamentaria de la ley nacional, exponiendo las dificultades y las enmiendas a las que se enfrentó dicho proceso legislativo. Constituye un análisis bastante útil sobre la evolución y los cambios que ha ido sufriendo el artículo dedicado a las voluntades anticipadas, aquí denominadas «instrucciones previas» (art. 11).

5.4 A continuación, Cristina López aborda el tema de la relación entre la ley estatal y las leyes autonómicas. Se plantean problemas tales como: si debería haber sido una ley orgánica por regular una materia referida a un derecho fundamental o basta con que sea una ley básica; si la ley estatal se ha excedido en su regulación invadiendo competencias autonómicas, ya que regula aspectos muy puntuales; si la ley estatal, por su contenido básico, sería

un límite a las leyes autonómicas, es decir, si se limita a aquello que sea contradictorio o si la ley autonómica previa queda derogada *ipso iure* por la estatal (la primera postura es más razonable y se apuesta por una reformulación de las leyes autonómicas).

5.5 El punto 5 es quizá el más importante, porque abarca el régimen jurídico del testamento vital, señalando caracteres tan importantes como su fundamento, su naturaleza jurídica, su contenido, su revocación... Es una parte esencial para comprender mejor esta figura.

El primer aspecto a que se hace referencia es la denominación. «Testamento vital» es el nombre que usualmente se ha dado a este tipo de documentos, a pesar de que no aparece esta denominación en ninguna de las normas españolas. El legislador español no se ha molestado en unificar la cuestión y ya desde la tramitación de la Proposición de Ley se carecía de consenso. La ley nacional los denomina «instrucciones previas» y casi todas las Comunidades Autónomas los llaman «voluntades anticipadas», excepto Madrid, que también los llama «instrucciones previas», y Andalucía, que utiliza el término «voluntades vitales anticipadas».

El siguiente aspecto es la naturaleza jurídica y las características. El documento de voluntades anticipadas se trata de un negocio jurídico, caracterizado por ser: 1. unilateral (no se necesita aceptación); 2. personalísimo (sólo puede ser elaborado por el propio interesado y no por un tercero); 3. formal (su validez, perfección y eficacia sólo se producen cuando esa voluntad se manifiesta conforme a las solemnidades previstas); 4. *inter vivos* (produce sus efectos en vida del otorgante); 5. revocable (el otorgante lo puede revocar en cualquier momento siempre que se encuentre en plena posesión de sus facultades mentales).

Sobre su fundamento, señala la autora que reside en la autonomía de la voluntad. El objetivo de estos documentos es mejorar la relación médico-paciente, para que el primero sepa qué hacer y qué tratamientos aplicar cuando el paciente ya no pueda expresarse.

El aspecto fundamental de este quinto punto es el contenido del testamento vital. ¿Qué se puede incluir en él? El enfermo puede pronunciarse sobre: a) el rechazo o la aceptación de tratamientos médicos que prolonguen su vida artificialmente; b) que se apliquen todos los medios necesarios para conservar la vida (no puede solicitar el tratamiento concreto que quiere que se le aplique, ya que son los médicos los encargados de ello); c) el nombramiento de un representante; d) puede reflejar su voluntad en relación a convertirse en donante de sus órganos cuando se constate su fallecimiento; e) el destino de su cuerpo (si desea o no ser incinerado). El otorgante debe expresar su voluntad de forma clara e inequívoca.

Siguiendo con el estudio del régimen jurídico, viene ahora el aspecto dedicado a los sujetos intervinientes. Podrán elaborar un testamento vital todas aquellas personas que tengan suficiente capacidad de obrar y que actúen de forma libre. Sus efectos empiezan a desplegarse cuando el otorgante necesite recibir cuidados médicos para tratar una enfermedad terminal o si se encuentra en un estado permanente de inconsciencia o sufre un daño cerebral irreversible que le impida tomar decisiones personales.

Aunque todas las leyes autonómicas y la nacional hacen referencia a un otorgante mayor de edad, sin embargo un menor con suficiente capacidad, sobre todo si es un menor emancipado, puede redactar estos documentos (art. 663 CC a *sensu contrario*). El artículo 9.3 de la ley nacional no exige la

mayoría de edad en relación al consentimiento informado, figura similar al testamento vital, sino que basta con tener dieciséis años o estar emancipado. Si se exigiera la mayoría de edad para redactar el testamento vital, esto sería incongruente con el fundamento del documento y con la capacidad del menor para otorgar el consentimiento informado. En conclusión, un menor con suficiente capacidad intelectual y volitiva podría redactar uno de estos documentos, pudiendo nombrar a un representante para completar su voluntad. Sin embargo, también hay que tener en cuenta el grado de madurez del menor, pues se trata de un acto personalísimo y debe comprender la naturaleza del mismo y sus consecuencias. Así, el médico deberá respetar la voluntad del otorgante menor aun cuando sea contraria a la de sus padres o representantes legales.

Un último apunte para acabar con este aspecto es que ningún centro sanitario o compañía de seguros nos puede obligar a redactar un testamento vital, ya que éste se ha de elaborar de forma libre, sin coerción, persuasión, ni manipulación. Hay que evitar los posibles vicios en la capacidad del otorgante o la influencia de terceras personas en el momento de redactar este documento.

La autora continúa ahora con los aspectos formales. Aunque la expresión de la voluntad también se puede realizar verbalmente ante el médico, amigos o familiares, esto podría dar lugar a dudas interpretativas, por lo que en nuestro sistema jurídico sólo son válidas las declaraciones que figuren redactadas en un documento. Además se han de expresar de forma concisa, clara, inequívoca, libremente y en un momento de plena capacidad, consciencia y lucidez mental.

Esos documentos pueden ser públicos o privados, pues son válidos tanto los formalizados ante Notario como los realizados ante testigos. Se suele otorgar ante Notario porque así se asegura su autenticidad (ausencia de vicios en la formación de la voluntad), y será él quien valore la capacidad del disponente y la legalidad del contenido del documento. Si se opta por utilizar un documento privado, el otorgante puede elegir entre: redactar uno particular con sus propias palabras, utilizar un formulario elaborado al efecto o bien una fórmula mixta que combina el formulario con la libre redacción de su voluntad (es la más adecuada, porque permite que el otorgante matice según sus deseos las instrucciones ya previstas en el formulario).

La regulación de los requisitos de forma se ha dejado a las leyes autonómicas, por lo que desaparece de la ley estatal la alusión al Notario y a los tres testigos.

Por otro lado, una vez redactado el documento, tiene que darse a conocer a las personas interesadas (familiares) y a todos aquellos obligados a respetarlo (el equipo médico). Para facilitar esto, el artículo 4.5 de la Ley 41/2002 ha previsto la creación de un Registro nacional de instrucciones previas, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, que permitirá a los médicos consultar estos documentos vía Internet. Esto no significa que no puedan existir otros registros específicos de cada Comunidad Autónoma, pero éstos y el Registro central han de permitir el intercambio de información (la conexión entre ellos) y la fluidez en su funcionamiento (es necesario que estén informatizados). De esta manera, y tal como dice Cristina López, *se podría identificar a los pacientes que hubieran elaborado estos documentos y saber el contenido de los mismos en cualquier momento y lugar*. En el caso de que se otorgue ante Notario, será éste el encargado de comunicar todos los datos al Registro; si se formaliza en documento privado, el otorgante debe entregar-

lo a un centro sanitario para que lo incluyan en su historia clínica y lo comuniquen al Registro.

La inscripción no es constitutiva, pues el testamento vital es eficaz independientemente de si ha sido inscrito o no. La evolución en el campo de la informática hará más fácil la inscripción y su consulta, así como su modificación o revocación.

Seguidamente se explican los límites que existen a las declaraciones de voluntad de los pacientes. Para empezar, dos límites genéricos son el Código penal y el Código deontológico de la profesión médica. Más concretamente, el artículo 11 de la Ley 41/2002 enumera tres límites: el ordenamiento jurídico, la *lex artis* y la correspondencia con el supuesto de hecho que el interesado hubiera previsto cuando elaboró el documento. Si las instrucciones previas son contrarias a estos límites, no se tendrán en cuenta y la efectividad del documento podría quedar anulada. Respecto al primer límite, para ver si hay contrariedad con el ordenamiento jurídico, verificamos si existe o no alguna declaración encubierta de eutanasia. El segundo límite evita que los médicos aleguen la objeción de conciencia. El tercer límite exige una *consideración al caso concreto*.

El siguiente aspecto del régimen jurídico del testamento vital es el que se refiere a su modificación y revocación. Otorgado ya el documento de instrucciones previas, no hace falta que sea renovado salvo que se quiera modificar algo, en cuyo caso habrá que redactar un nuevo documento. La modificación se suele hacer básicamente por dos causas: 1. por un cambio de parecer del enfermo; 2. para acomodarlo a los nuevos recursos médicos que vayan surgiendo. Sea cual sea la causa, para modificar el documento el otorgante ha de ser capaz. Se recomienda revisarlo temporalmente y actualizarlo si se modifica alguna circunstancia, para evitar efectos desfavorables a los pacientes (por ejemplo, para que un paciente se pueda beneficiar de una técnica innovadora surgida después de la redacción del testamento vital). Por otro lado, el artículo 11.4 de la Ley 41/2002 permite la revocación de las instrucciones previas de forma libre, en cualquier momento y dejando constancia de ello por escrito. Tanto si se modifica como si se revoca el documento, hay que destruir las copias antiguas y sustituirlas por las nuevas para evitar confusiones.

El último aspecto se dedica a la designación del representante. En el mismo documento en que el paciente expresa sus deseos en torno a sus cuidados médicos, puede nombrar a un representante, que va a sustituir la voluntad del otorgante en el supuesto de que no pueda expresarla por sí mismo. Además, va a intervenir no sólo en casos de enfermedad terminal, sino también cuando el otorgante no tenga capacidad suficiente para tomar decisiones sobre su salud.

La Ley nacional no ha previsto nada en torno al régimen particular de este representante, que deberá seguir los criterios e instrucciones establecidos por el otorgante en el documento y tomar decisiones sobre aquellas cuestiones no previstas en él. Ante ese silencio normativo, Cristina López entiende que el representante deberá cumplir los requisitos de capacidad establecidos en los artículos 1709 y ss. CC. El poder sólo surte efecto cuando el paciente pierde su capacidad; además, puede ser general y aplicarse a todas las decisiones médicas o incluir limitaciones. En el testamento vital se puede indicar qué ha de prevalecer en caso de contradicción entre la voluntad del otorgante y la decisión del representante.



5.6 En el penúltimo punto se hace un comentario especial sobre los enfermos de Alzheimer. La conclusión a la que se llega es que hay que respetar la voluntad de estos enfermos cuando está expresada en un testamento vital y en un momento en que todavía no eran incapaces, pues lo contrario vulneraría su derecho a la autonomía de la voluntad.

5.7 Llegamos al último punto, en el que la autora explica una serie de reflexiones sobre los aspectos positivos y negativos de estos documentos, y sobre las carencias que existen en su regulación. Tres son los inconvenientes que plantea: *a)* los deseos de los pacientes no se pueden proyectar hacia el futuro, ya que la persona no va a saber exactamente cuáles van a ser éstos si sufre una enfermedad terminal; *b)* cada tipo de enfermedad requiere un procedimiento médico, y puede ser que éste no se conozca bien por ignorancia o bien porque no se pudo prever en el momento de elaborar el documento; *c)* los médicos temen interpretar de otra forma las instrucciones del paciente y que sus familiares les demanden, por lo que es necesario nombrar a un representante. En cualquier caso, para llevar a buen puerto este tipo de documentos, se hace necesario reformar y mejorar la relación médico-paciente. Y como no todo son inconvenientes, algunas ventajas son: se respeta la autonomía de la voluntad del enfermo, se preserva la dignidad de la persona humana hasta el momento de la muerte, otorga seguridad a la hora de conocer qué es lo quiere el paciente para cuando ya no pueda decidir... Sin duda, una gran figura jurídica que aún hay que terminar de pulir.

6. Al final de la obra se incluye un apéndice legislativo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y con todas las leyes de aquellas Comunidades Autónomas que han regulado la materia (Cataluña, Galicia, Extremadura, Cantabria, Madrid, Aragón, La Rioja y Navarra), unas a texto completo y otras con los artículos más destacados. Una parte que tiene como objetivo el comparar la diversidad normativa existente en España acerca de los documentos de voluntades anticipadas y el distinto tratamiento dado a esta figura.

7. Para finalizar con esta reseña sobre los puntos fundamentales del libro, cabe recordar la necesidad de respetar la voluntad de los pacientes y la necesidad de homogeneizar cuanto antes la regulación existente para que todos tengamos los mismos derechos allá donde nos encontremos (art. 139.1 CE). Sin embargo, un tema como éste hay que tratarlo con la precisión y la delicadeza que merece todo derecho fundamental, en este caso el derecho a la vida, sin duda el más importante. Como bien comenta Cristina López, un paciente puede haber tenido un deseo en el momento en que otorgó el testamento vital, y luego otro distinto en el momento en que se le va a aplicar un determinado tratamiento, pues no es la misma la voluntad de un paciente que todavía no está sufriendo ningún dolor o riesgo que la de ese mismo paciente en una situación grave, pero que podría tener cura. ¿Respetamos la voluntad del paciente expresada en su testamento vital o le aplicamos el tratamiento que sabemos que le va a curar porque él mismo lo pide en un momento angustioso de su enfermedad? Muchos matices y muchas cuestiones que deben ser todavía abordados por el legislador. Mientras tanto, Cristina López Sánchez nos va aclarando algunos puntos con este libro, exponiendo con precisión, claridad y rigor el régimen de tan novedosa figura. *Testamento vital y voluntad del paciente*, una obra valiosa que hace al lector reflexionar y participar en su debate jurídico.