



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL  
CAMPO DE CONOCIMIENTO: SALUD**

**LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA EN EL DISTRITO FEDERAL,  
¿LA SOCIEDAD ESTÁ PREPARADA?**

**TESIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL**

**PRESENTA:  
MYRIAM GUADALUPE CASTRO YÁÑEZ**

**TUTORA: MTRA. EN CIENCIAS ADRIANA OCHOA MORALES  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

Ciudad Universitaria, octubre de 2018.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*“No se espera de los médicos que dispongan de remedios contra la muerte,  
sino que tengan el saber necesario para aliviar los sufrimientos,  
y que sepan aplicarlo cuando ya no haya esperanza”*

*Karl Marx*

Realicé esta tesis de 2010 a 2017, En los meses de febrero a noviembre de 2010, llevé a cabo el trabajo de campo en diferentes instituciones de salud pública y en centros de atención clínicos privados del Distrito Federal.

Asimismo, desde el inicio de mis estudios de la maestría hasta la conclusión de esta tesis conté con la asesoría de la Maestra en Ciencias Adriana Ochoa Morales.

De 2008 a 2009, fui beneficiaria de la beca otorgada por la Coordinación de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Myriam Guadalupe Castro Yáñez

---

## AGRADECIMIENTOS



A la **Universidad Nacional Autónoma de México** y a la **Coordinación de Estudios de Posgrado**, por todo el apoyo brindado para la realización de esta investigación.

A la **Mtra. Adriana Ochoa Morales**, por su apoyo, paciencia y guía para realizar este trabajo, por compartir sus conocimientos, su pasión por la Bioética y ser una persona excepcional.

A la **Dra. María Lucinda Aguirre Cruz**, por sus valiosas recomendaciones.

Al **Mtro. Alejandro Chirino Sierra**, por su apoyo incondicional a lo largo de estos años y por compartir con alegría su experiencia y logros.

A la **Mtra. María Concepción Reyes Álvarez** y al **Dr. Omar Fernando Ramírez de la Roche**, por su compromiso y aportaciones para enriquecer este trabajo.

A todos los participantes en la presente investigación.

---

## DEDICATORIAS

A mis padres, Neke y Enrique, por ser artífices de mi existencia, quienes me dieron cimientos e inculcaron valores que me han permitido caminar en esta aventura maravillosa, llamada vida.

A mi hermano Quique, por estar ahí, por toda la historia compartida, las risas y las aventuras a las que logramos sobrevivir.

A Paskinel, por ser mi motor principal, no sólo para terminar este proyecto, sino para construir nuevos proyectos de vida, por la felicidad, el amor, la motivación, la comprensión, por todo tu apoyo, por ser como eres y estar aquí, *por siempre y para siempre*. Gracias por iluminar el cielo e invitarme a soñar despierta.

A Yuri, por cada plática, cada tarde de café, cada risa y cada lágrima, por estar en las buenas, las malas y las peores, por ser una persona maravillosa a quien admiro y agradezco conocer desde siempre, aunque no tengas hígado, pero si un gran corazón.

A Poumián<sup>†</sup> por ser mi amigo y cómplice, por permitirme ver la realidad de una manera diferente y enseñarme que siempre es bueno preguntar ¿por qué no? Te extraño.

A mis amigos *Cuasis*, Juan Carlos, por las pláticas, las anécdotas divertidas, las cosas inverosímiles que junto a Rox nos ha tocado compartir, por contagiar la pasión en cada cosa que haces, por estar siempre y buscar que lo adverso sea llevadero con tus bromas y tus canciones; Roxana, por ser mi compañera de vida, por la confianza, la fortaleza, el cariño y tu sonrisa que siempre ilumina el camino; Héctor por las charlas interesantes y llenas de tu peculiar humor, por compartir tus saberes y siempre tener una palabra alegre y una buena taza de café; Marthita, por tu cariño,



---

por tu corazón noble, las risas y tu apoyo siempre incondicional; y Lupita por tu presión-apoyo, por la alegría compartida y las carcajadas que se quedan en el alma.

A Maira, Krystal y Paty, gracias por tanto compartido, por abrir la puerta de sus hogares y las de su corazón, porque cada una me ha enseñado lo valioso que es la amistad, que la distancia y el tiempo no tienen ningún efecto cuando un sentimiento es verdadero, con quienes he podido compartir pensamientos, poesía, lágrimas, momentos hermosos y otros que nos han hecho ser fuertes, por todo lo que podemos recordar de nuestro pasado y seguir compartiendo en el presente, por ayudarme a no enfermar de realidad, cuando estuvo a nada de pasar.

A Chio, Esme, Anna, Katzen, Mera, Cris, Checharin, Diego, por ser colegas, amigos y compartir la vida. Cada uno ahora en su faceta, ¡qué bien nos va haber crecido! Aunque los viernes compartidos, las clases en las aulas que guardan ecos de risas, de charlas, de reflexiones, algunas veces llenas de sobriedad y otras sólo para romper la monotonía, están en el alma como uno de los recuerdos que más aquilato, los quiero y los admiro, por su forma de ser auténtica y por luchar de manera ardua por cada uno de sus sueños.

Abelito, Cuqui y May, gracias por todas las ocurrencias y risas, por el cariño y por crecer juntos y hacer del día a día una serie de risas que a la distancia alivian lo pesado que pudo haber estado todo.

A mi tía bonita, que a cada instante me enseña que al compartir desde el corazón la vida multiplica todo, también por darme la oportunidad de crecer con mis primos, con quienes he reído, llorado, aprendido, jugado, orado, nos hemos caído y nos hemos levantado; gracias por ser mi familia Cristo, Luperta, Lulusa, Van y Paquechi†.

A Montserrat González Montaña, por su apoyo incondicional, por los recuerdos bellos que tengo de las tardes de lluvia, los recorridos en Parres, por compartir una parte de su vida y mucho de su conocimiento, por su amistad y cariño.



---

A Hipólito Flores García por su amistad, compañía y por creer en mi.

A Cecilia Zaragoza Pérez, por ser una mujer llena de alegría, tenacidad y tesón, por abrir nuevos caminos para el quehacer profesional, pero sobre todo por su amistad.

A Fernando Perea, admiro tu fortaleza y ese amor a la vida, gracias por ser un gran ejemplo y un gran amigo.

A Raúl Carabantes<sup>†</sup> por ser una de las personas más maravillosas que he conocido y dejar una huella imborrable en mi vida.

A Christopher, por las tardes de charlas en Coyoacán, compartiendo nuestras vidas con la persona detrás de la puerta, ¡me da gusto verte tan feliz amigo!

A Luis Eduardo, por la amistad, cariño y confianza, que siguen intactos a través del tiempo, te admiro amigo.

A Alfredo, que hoy se ve bien... contento y que siempre ha sido así, gracias por tantas risas y por ese cariño tan sincero amigo. Algún día compartiremos pabellón en el Fray.

A la vida que sin duda día a día me sorprende y me permite caminar en ella como una bella aventura que se construye de momentos breves que se quedan en el alma, llena de retos, de música, de poesía, de lágrimas y enseñanzas. A ella, que tiene toques de amor e ilusión, que me ha dado hermanos y amigos y la maravillosa oportunidad de ser feliz.



## ÍNDICE

LISTA DE TABLAS.	x
LISTA DE FIGURAS.	xi
RESUMEN.	xii
ABSTRACT.	xiii
I. INTRODUCCIÓN.	1
ANTECEDENTES.	7
<b>1. Las culturas de la antigüedad.</b>	8
<b>2. Antecedentes relevantes en el siglo XX.</b>	12
<b>A. Estados Unidos, una experiencia.</b>	17
<b>B. Europa: tres décadas de reflexión.</b>	23
<b>C. América Latina.</b>	31
<b>4. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.</b>	48
<b>A. Dictamen.</b>	48
<b>B. De la Ley y su Reglamento.</b>	53
II. OBJETIVOS.	72
<b>1. Objetivo General.</b>	72
<b>2. Objetivos Específicos.</b>	73
III. HIPÓTESIS.	72
IV. MATERIAL Y MÉTODOS.	73
<b>1. Planteamiento del problema.</b>	77
<b>2. Muestra.</b>	79
<b>3. Universo espacial y temporal.</b>	79
<b>4. Criterios de inclusión y exclusión.</b>	80
<b>5. Aspectos Éticos.</b>	81
<b>6. Instrumento.</b>	81
<b>7. Variables de estudio.</b>	81
<b>A. Datos sociodemográficos.</b>	81
<b>B. Concepciones sobre la vida, la muerte y la muerte digna.</b>	82
<b>C. Antecedentes de familiares con enfermedades terminales.</b>	82
<b>D. Cuidados paliativos y los derechos del paciente.</b>	82
<b>E. Voluntades Anticipadas.</b>	83

---

<b>F. Conocimiento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.</b>	83
<b>8. Fases metodológicas de la investigación.</b>	83
<b>9. Procedimiento de recolección de datos.</b>	84
V. RESULTADOS.	86
<b>1. Vida, muerte, muerte digna y enfermedad.</b>	88
<b>2. Derecho a la información y a decidir.</b>	90
<b>3. Cuidados Paliativos.</b>	92
<b>4. La Voluntad Anticipada.</b>	94
VI. DISCUSIÓN.	101
VII. REFERENCIAS.	118
ANEXOS.	119
<b>ANEXO 1.</b>	
Instrumento para la recolección de información.	119
<b>ANEXO 2.</b>	
Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.	119
<b>ANEXO 3.</b>	
Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.	119
<b>ANEXO 4.</b>	
Formato De Voluntad Anticipada Para El Enfermo En Etapa Terminal.	119
<b>ANEXO 5.</b>	
Formato de Voluntad Anticipada para el suscriptor y representante del enfermo en etapa Terminal.	119
<b>ANEXO 6.</b>	
Solicitud de documento de voluntad anticipada.	119

---

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Formas de suscripción de la Voluntad Anticipada.	57
<b>Tabla 2.</b> Instituciones en donde se aplicó el instrumento.	80
<b>Tabla 3.</b> Información sociodemográfica de la población estudiada.	86
<b>Tabla 4.</b> Frecuencia de las respuestas a la interrogante ¿Qué es la vida?	88
<b>Tabla 5.</b> ¿Qué es la muerte digna? Distribución por sexo.	89
<b>Tabla 6.</b> Derecho a la información.	90
<b>Tabla 7.</b> Derecho del paciente a decidir.	91
<b>Tabla 8.</b> Importancia del respeto a las decisiones del paciente.	91
<b>Tabla 9.</b> Decisión del paciente sobre el final de su vida.	92
<b>Tabla 10.</b> Recibir cuidados paliativos.	93
<b>Tabla 11.</b> Fungir como representante.	93
<b>Tabla 12.</b> Regulación sobre el final de la vida.	94
<b>Tabla 13.</b> Concepto de Voluntad Anticipada.	95
<b>Tabla 14.</b> Regulación de las Voluntades Anticipadas en México.	95
<b>Tabla 15.</b> Leyes aprobadas.	96
<b>Tabla 16.</b> Conocimiento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.	96
<b>Tabla 17.</b> Suscripción de la Voluntad Anticipada.	97
<b>Tabla 18.</b> Nivel de Estudios y la suscripción de un formato o documento de Voluntad Anticipada.	98
<b>Tabla 19.</b> Importancia de la religión y suscripción de documento o formato de Voluntad Anticipada.	98
<b>Tabla 20.</b> Ingresos y la suscripción de un formato o documento de Voluntad Anticipada.	98
<b>Tabla 21.</b> Suscripción de la Voluntad Anticipada y Edad.	99
<b>Tabla 22.</b> Instituciones médicas en que se han firmado formatos de Voluntad Anticipada.	108



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> La muerte de Sócrates de Jacques Louis David.	9
<b>Figura 2.</b> Procedimiento para documentos y formatos de Voluntad Anticipada.	58
<b>Figura 3.</b> Pirámide de población, 1995-2051.	78
<b>Figura 4.</b> Desarrollo Humano en el Distrito Federal.	107

---

## RESUMEN

La generación de leyes que buscan regular aspectos relacionados con las ciencias de la vida y la salud que vinculan la autonomía del individuo, parecen haber cobrado gran relevancia ante los diferentes avances científicos y tecnológicos.

La muerte como un suceso inherente a la vida cobra especial sentido en este contexto, debido a que a través del tiempo las condiciones en que tiene lugar este evento han variado, confiriendo un papel específico al individuo quien en la cultura griega podía decidir respecto a la forma y el momento de morir, hasta la restricción del abordaje de dicho tema en determinados espacios y momentos.

En la actualidad se cuenta con una variedad de Leyes que abordan el tema de diferentes decisiones médicas al final de la vida; en 2008 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó la Ley de Voluntad Anticipada para esta entidad, misma que en la que plantean quienes resultan beneficiarios, las condiciones que deben existir para que el documento o formato puedan firmarse y tengan validez, las instituciones encargadas de hacer cumplir lo que se ha establecido y las figuras que se han creado para salvaguardar los derechos del paciente que ha manifestado su voluntad de manera previa.

Lo anterior implica un reto no sólo en el campo de la medicina, sino en el ámbito de lo social, al considerar las características de la población, sus creencias, la manera en que se asume la libertad de elegir y el derecho a la información; factores que juegan un papel fundamental al decidir sobre las condiciones en que tendrá lugar su muerte.

La presente investigación busca identificar si la sociedad residente en la ahora Ciudad de México está preparada para adoptar la figura legal de las Voluntades Anticipadas, mediante el conocimiento de los factores sociales, culturales y económicos que ostenta, es de ahí que surge la pregunta ¿la sociedad está preparada?

---

## ABSTRACT

The generation of laws that seek to regulate aspects related to the life and health sciences that link the autonomy of the individual, seem to have gained great relevance in the face of different scientific and technological advances.

Death as an inherent event in life takes on special meaning in this context, because over time the conditions in which this event takes place have varied, conferring a specific role to the individual who in Greek culture could decide regarding the form and the moment of dying, until the restriction of the approach of this subject in certain spaces and moments.

Currently, there is a variety of laws that address the issue of different medical decisions at the end of life; in 2008, the Legislative Assembly of the Federal District approved the Law of Advance Will for this entity, same as in the ones that are the beneficiaries, the conditions that must exist for the document or format to be signed and have validity, the institutions in charge of making comply with what has been established and the figures that have been created to safeguard the rights of the patient who has expressed his will in advance.

This implies a challenge not only in the field of medicine, but also in the social sphere, when considering the characteristics of the population, their beliefs, the way in which freedom of choice is assumed and the right to information; factors that play a fundamental role in deciding on the conditions in which his death will take place.

The present investigation seeks to identify if the society resident in the now Mexico City is preparing to adopt the legal figure of the Advance Directives, through the knowledge of the social, cultural and economic factors that it holds, that is why the question arises, Society is ready?

---

## **I. INTRODUCCIÓN.**

---

---

---

*“Desde que el individuo nace, está listo para morir, está acabado en cada instante,  
porque no hay una condición ideal que se deba alcanzar.*

*No hay un momento adecuado ni una circunstancia idónea para morir”*

Deborah Dudda.



Las diversas transformaciones sociales y los avances en las ciencias de la vida y la salud, durante la segunda mitad del siglo XX, permitieron el surgimiento de diversos documentos, instituciones y disciplinas orientados a salvaguardar la dignidad de los seres humanos; ejemplo de ello es la Bioética surgida en 1970 y definida en 1978 en la Enciclopedia of Bioethics como: “el estudio sistemático de las dimensiones morales –incluyendo visión moral, decisiones, conductas y políticas- de las ciencias de la vida y de la atención de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario” (Reich)

En cuanto a los documentos que resultaron y se vincularon a esta disciplina se menciona, en primer lugar, la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, firmada en 1964 y ratificada en nueve ocasiones en diversas Asambleas médicas (la última en 2013 en Fortaleza, Brasil); en la que se abordan diferentes aspectos referentes a la forma en que los médicos deben actuar al realizar investigación médica con humanos; la forma en que se establecen los protocolos de investigación, los objetivos que estos deben perseguir, el derecho del paciente a proporcionar o negar su consentimiento informado; al tiempo que insta a los médicos y diferentes participantes en la investigación realizada con seres humanos a vigilar y cumplir determinados principios, etcétera. Resulta importante señalar que también se alude a la investigación realizada con animales y las condiciones en que ésta deberá tener lugar. (Declaración de Helsinki, 2008)



Otro documento es el Informe Belmont firmado en 1978, en el que se enuncian tres principios que deben regir la práctica médica: *respeto a las personas, beneficencia y equidad*, los cuales prevalecen actualmente en algunos de los códigos éticos de profesionales de la salud. (Informe Belmont, Comité de Bioética Cataluña, 2012)

En el 2005, surgió la “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos” de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Cultura (UNESCO), que habrá de servir de guía a los Estados, individuos, comunidades e instituciones en el ámbito de la medicina, de las ciencias de la vida y de las nuevas tecnologías, asimismo confirmar la importancia de la Bioética y ofrecer una contribución específica desde la perspectiva de los derechos humanos.

Diversos tratados y documentos en materia de Bioética, han sido firmados y ratificados por México, por lo que en la Ley General de Salud, se estableció la conformación de un Comité de Bioética, gracias a lo cual se instituyó en el año 2000 la **Comisión Nacional de Bioética**, que es un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud, encargado de emitir comunicados y recomendaciones sobre los diversos aspectos relacionados a problemas de carácter bioético que surgen en la sociedad. Asimismo existen *comités de bioética estatales, integrados por grupos multidisciplinarios, cuya* finalidad es unificar los criterios bajo los que se rigen las decisiones en torno a los dilemas éticos y bioéticos que surgen en el ámbito de la salud. También se fundaron la Academia Nacional Mexicana de Bioética en 1995, y el Colegio de Bioética fundado hace más de una década; éstos últimos funcionan como asociaciones civiles.

La legislación existente en el país y la necesidad de regular diversos actos médicos, han orientado los trabajos de las comisiones de **Derechos Humanos, Administración y Procuración de Justicia y de Salud de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal**, a la propuesta, discusión y aprobación de leyes, la primera en este sentido, estipula la despenalización del aborto cuando se realiza dentro de las primeras doce semanas de gestación y bajo el argumento de doce

---

causales que justifiquen la solicitud del acto. La segunda es la aprobación de la ley de voluntad anticipada, tema central de este trabajo, ambas son de aplicación local.

La Ley de Voluntad Anticipada (LVA) para el Distrito Federal está conformada por 47 artículos, en los que se establecen y regulan normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida; cuando, a pesar de los tratamientos médicos utilizados, es imposible lograr la recuperación de la salud, protegiendo en todo momento su dignidad, respetando sus decisiones y brindando el mayor confort posible.

Asimismo en la Ley se señala que deberá aplicarse la Voluntad Anticipada de un paciente, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural; es decir, cuando una situación imprevisible e inevitable, dentro de los cálculos ordinarios, como pueden ser los accidentes o enfermedades terminales, no tengan opción de tratamiento curativo disponible.

En la Ley de Voluntad Anticipada, también se estipulan las atribuciones y funciones de la Coordinación Especializada en Voluntad Anticipada, que es la unidad administrativa adscrita a la Secretaría de Salud local, encargada de velar el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley y en los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada, enuncia también sus atribuciones, que van desde recibir, archivar y guardar los documentos de Voluntad Anticipada, hasta la supervisión del cumplimiento de la Voluntad que se encuentra en los documentos, también se le adjudican otras funciones como son fomentar, promover y difundir la cultura de Donación de Órganos y Tejidos.

Considerando que la Ley de Voluntad Anticipada se publicó el 7 de enero de 2008 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y el 4 de abril del mismo año, el Reglamento, es necesario plantearse algunos cuestionamientos en torno a los beneficiarios de

---

esta ley tales como: ¿la gente conoce que existe la ley de voluntad anticipada?, ¿sabe en qué consiste?, ¿cuáles son los requisitos y en qué condiciones se elabora el documento?, ¿qué instancia es la encargada de cumplir con la voluntad plasmada en el documento?, ¿la voluntad anticipada es concebida como un derecho o atenta contra los principios y valores que poseen los individuos?, ¿qué es la muerte digna?, ¿esta idea es aceptada por todos los sectores de la población? De no ser así, ¿qué características culturales, sociales y económicas poseen quienes pertenecen al sector que sí la acepta?

Teniendo como punto de partida los cuestionamientos anteriores, el presente documento busca, desde la perspectiva social, realizar un estudio exploratorio para conocer la aceptación que posee la Ley entre la población beneficiaria. Para cumplir con dicho objetivo se abordan diversos temas a través del presente documento.

Al inicio se revisa cómo a través del tiempo las diferentes culturas han establecido reglas respecto al final de la vida, en algunos casos por aspectos de índole económico, en otros por intereses individuales o colectivos o bien por las tradiciones que habían sido dictadas bajo parámetros utilitaristas en los que quienes no aportaban nada a la sociedad por su edad o discapacidad física eran excluidos de ésta, mediante la terminación de su vida.

A lo largo de este recorrido histórico se llega a la experiencia que se dio en el siglo XX, en los Países Bajos, en donde la eutanasia fue aprobada después de tres décadas de análisis y reflexión, retomando la experiencia estadounidense en donde sólo se ha legalizado el suicidio médicamente asistido y existe un *Advance Care Planning*, hasta llegar a México en donde durante la década pasada se aprobaron, en algunos Estados, una serie de leyes que establecen lineamientos para el otorgamiento de cuidados paliativos ante enfermedades terminales, sin que se haya establecido un consenso nacional en la materia.

---

Después de esta revisión histórica, se da paso a la revisión de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y su reglamento, aprobados en 2008, la finalidad principal es que el lector tenga conocimiento del documento; la revisión se realiza mediante la separación de la Ley por capítulos y la descripción breve de los mismos, al tiempo que se entrelaza el Reglamento, para explicitar su aplicación y forma de operar.

Si bien es cierto que los esfuerzos hasta ahora pueden resultar incipientes, también es indudable que el primer paso en México ha sido dado. Retomando algunos elementos de diversas leyes de voluntad anticipada a nivel mundial, en la de México se establece un contraste entre los contextos que tienen España y Argentina y las leyes vigentes en estos, con este estudio se podrán identificar elementos convergentes y divergentes.

Para dar respuesta a los cuestionamientos que son el origen de la investigación, fue elaborado un instrumento *ad hoc* con la finalidad de conocer la opinión de los beneficiarios de esta ley, es decir, los residentes del Distrito Federal mayores de 18 años.

---

**ANTECEDENTES.**

---

---

---

*"Nada mejor puede el hombre pedir en suerte a los dioses, que una buena muerte"*

*Poseidippos (poeta griego)*



## **1. Las culturas de la antigüedad.**

Hablar de voluntad anticipada, requiere de un análisis retrospectivo, en el que se parte de la concepción sobre la muerte que resultaba digna, acorde a principios, costumbres, creencias y valores que poseían las culturas existentes en la antigüedad, aunque en muchas ocasiones dicha muerte responde al concepto que se tiene en la actualidad de homicidio, ya que se realizaban contra la voluntad del sujeto; sin embargo, dichas prácticas eran admitidas por una buena parte de la sociedad que poseía una mentalidad permisiva ante ellas; también mediante esas prácticas, se buscaba terminar con quienes no tenían utilidad ni proporcionaban beneficio alguno a la sociedad, ya que representaban una carga para ella; entre las personas a las que se les aplicaban dichas prácticas se encontraban: ancianos, discapacitados y enfermos en etapa terminal. (Fletcher, 1970)

De acuerdo con lo expuesto por Juanatey (2003), en la Grecia clásica no estaba penada la muerte voluntaria, siempre que hubiera una autorización por parte de un órgano estatal, aunque también señala que diversos autores no están de acuerdo con esta tesis, ya que mencionan que no existía una regulación jurídica del suicidio general válida para toda la Grecia antigua.

Dando un ejemplo de la concepción sobre la eutanasia que se tenía por parte de los griegos, retoma que en la obra de Platón, Fedón, en la cual se describe el comportamiento de Sócrates en sus últimos días, cuando había sido condenado a muerte, decidió acatar la ley, pasar el tiempo final con sus amigos y seguidores, bañarse para evitar el que tuvieran que lavar su cadáver. Una vez limpio, tomó la cicuta y se recostó sobre sus espaldas. (Dorado, 2003)



Figura 1. La muerte de Sócrates de Jacques Louis David

Asimismo señala la autora que en el Derecho Romano, no existía ninguna penalización referente al suicidio o muerte voluntaria en las XII Tablas, no obstante, cuando existía un proceso penal hacia quien decidía terminar su vida, no aplicaba la extinción del delito por muerte. (Dorado, 2003)

Griegos y romanos, compartieron la concepción de eutanasia, que no correspondía a la **ayuda para morir**, sino que se vinculaba con la manera honrada y feliz de hacerlo. (Álvarez del Río, 2006)

Las diversas culturas que se desarrollaron en Europa, forjaron una idea sobre la muerte que resultaba digna: los guerreros en Dinamarca, consideraban indigno morir en la cama o a causa de alguna enfermedad, para evitarlo se suicidaban. Los visigodos lanzaban a los ancianos que estaban cansados de vivir desde *la roca de los abuelos*, que se localizaba en las afueras de las ciudades. Por su parte los Ceos al llegar a cierta edad, realizaban un festín en donde todos bebían la cicuta para morir; los Tracios y Heráculos tenían costumbres muy semejantes, consideraban esta práctica como un homicidio colectivo. (Juanatey, 2004)

En la antigua India, existía el deseo de proporcionar a la almas una mejor vida, por lo que, los enfermos que no tenían remedio eran conducidos a orillas del río Ganges

---

en donde eran ahogados mediante la introducción de barro en nariz y boca. (Juanatey, 2004)

Con el cristianismo, durante la edad media, se produjeron cambios frente al tema de la muerte, ya que la eutanasia, el suicidio y el aborto fueron considerados “pecado”, bajo el argumento de que el ser humano no puede disponer libremente sobre su vida, ya que le fue dada por Dios; con esto el hombre desarrolló una nueva postura frente a la muerte. (Romero, 1979)

Tomás Moro, en 1516 escribió el libro *Utopía*, en el que presentó una sociedad en la cual los habitantes de un país inexistente justificaban el suicidio y la eutanasia activa, sin usar este nombre. (Romero, 1979)

El término eutanasia tiene su raíz etimológica en los vocablos griegos, “eu” que puede traducirse como bien y “thanatos” que significa muerte, por lo que se define como una buena muerte, ello implicaba la nula existencia de dolor y angustia; manera en que se entendió y empleo esta expresión, desde su surgimiento y hasta el siglo XVII. Séneca fue quien la propugnó en la *Carta 77 a Lucilio*; fundándose en que la ley eterna propuso un solo modo de iniciar la vida, pero varios para salir de ella. Corresponde al hombre decidir libremente sobre el sentido y su capacidad de soportar su existencia en el cuerpo” (Alarcón)

De acuerdo con Alarcón (s.f.), en 1605 Francis Bacon retoma el antiguo nombre de eutanasia, definiéndola como “*la acción del médico sobre el enfermo incluyendo la posibilidad de apresurar la muerte*”; asimismo la clasificó en dos tipos: la "eutanasia exterior" como término directo de la vida y la "eutanasia interior" como preparación espiritual para la muerte. Refiriéndose con esto, a la tradición del “arte de morir” como parte del “arte de vivir”, predominante en la Edad Media, agregando a esta tradición algo que para la Edad Media era una posibilidad inimaginable: la muerte de un enfermo ayudado por el médico. (Romero, 1979)



---

Un antecedente importante en torno al documento de voluntad anticipada, tuvo lugar en Europa durante el siglo XVIII, época en la que la muerte sólo concernía a quien se veía amenazado por ella, le correspondía expresar por sí mismo sus ideas, sentimientos y voluntades; el testamento era el medio que cada hombre tenía para afirmar sus pensamientos y convicciones, era más que un acto de derecho privado, ya que el objetivo de sus cláusulas era comprometer y obligar de manera pública al ejecutor del testamento, a la administración local y al cura de la parroquia o los monjes del convento a respetar las voluntades del difunto. (Ariès, 2000)

Es importante señalar que el testamento, presentaba, bajo esta forma, desconfianza respecto de los herederos, parientes cercanos e incluso del clero, debido a que el testador temía no haber sido escuchado. Este acto se realizaba frente a un notario y, la mayoría de las veces, era firmado por testigos. En ocasiones también se grababa en la iglesia, sobre piedra o metal, el extracto de su testamento en el que se hacía referencia a los servicios religiosos y los legados, lo que se hacía contra el olvido o la negligencia de los beneficiarios. (Ariès, 2000)

Durante la segunda mitad del siglo XVIII, se experimentó un cambio drástico en la redacción de los testamentos quedando reducidos a un acto legal de distribución de la fortuna, desaparecieron las cláusulas piadosas, la elección de la sepultura, las fundaciones de servicios religiosos y limosnas. (Ariès, 2000)

Los ejemplos mencionados aunque forman parte de la historia antigua de la humanidad, no distan de los planteamientos que se realizaron a inicios del siglo pasado, con respecto a la búsqueda de una muerte en la que no hubiera dolor.

---

## 2. Antecedentes relevantes en el siglo XX.

La llegada de la modernidad rompió con el pensamiento medieval, la perspectiva cristiana dejó de ser la única, se conocieron y discutieron las ideas de la Antigüedad clásica. La salud podía ser alcanzada, en muchas ocasiones, con el apoyo de la tecnología y el avance que tuvo la medicina.

El darwinismo social y la eugenesia son temas que también comenzaron a debatirse. En numerosos países europeos se fundaron, a comienzos del siglo XX, sociedades para promover la eutanasia y se promulgaron informes para la legalización de la misma. En las discusiones tomaron parte médicos, abogados, filósofos y teólogos.

El Código de Noruega de 1902 en su artículo 902 establecía que la pena de homicidio podría ser cambiada por una menor, cuando el culpable hubiera realizado este acto por piedad a un enfermo en estado terminal sin opción de sobrevivir. Asimismo el Código Penal de Rusia, contemplaba una pena de tres años, al homicidio denominado por piedad, sin embargo, hasta 1922 se declaró inimputabilidad este tipo de homicidio en el artículo 143 del Código Penal, al considerar que el homicidio se cometía por compasión y a solicitud de quien resultaba muerto. (Jiménez, 1984)

En 1909 se propuso en Alemania que toda persona afectada por alguna enfermedad incurable tenía derecho a la eutanasia, para lo cual solo era necesario dirigir una petición al Tribunal competente, sin embargo, esta propuesta nunca procedió debido a la complicación que representaba el definir la incurabilidad de la enfermedad. Para 1933 un ministro de Justicia elaboró un proyecto de Código Penal, en el que se planteaba la existencia de una autorización para poner fin al sufrimiento de los enfermos sin alternativa de curación, bajo su petición o bien la de su familia, lo cual nunca logró adquirir valor legislativo. (Jiménez, 1984)

En España, el Código Penal de 1928, condenaba el suicidio y el homicidio concertado, sin embargo contenía un ordenamiento, en el que se podía leer: *“Los Tribunales apreciando las condiciones personales del culpable, los móviles de su conducta y las circunstancias del hecho, podrán a su prudente arbitrio, imponer una pena inferior a la señalada para el delito”*. (Kevorkian, 1991)

En esa misma década, en Alemania, el jurista Kart Bindin y el médico psiquiatra Alfred Hoche acuñaron la idea del derecho de matar a aquellos, cuya vida carecía de valor<sup>1</sup>. (Hoche, 1920) En 1930 el Código Penal danés, señalaba que cuando un homicidio se hubiera efectuado de manera piadosa existía el perdón, la pena que existía para dicho acto consistía en una multa o en una detención simple; (Dworkin, 2000) mientras que en 1931 el Dr. Killik Maillard argumentó ante la Society of Officers of Health la necesidad de otorgar al ser humano aquejado por alguna enfermedad incurable, el derecho a morir sin tener que seguir sufriendo, concibiendo a la eutanasia como un acto racional, valiente y altruista. (Juanatey, 2004)

El concepto de “homicidio piadoso” comenzó a transformarse y a ser penado en Europa, ya que en el artículo 434 del Código de Letonia en 1933 se señalaba que

---

<sup>1</sup> En el libro "La legislación de la destrucción de la vida indigna de ser vivida" (Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens) publicado en Leipzig en 1920, los autores hablan de aquellos que están por debajo del nivel de las bestias y que no tienen "ni la voluntad de vivir ni de morir". Evocan a aquellos que están "mentalmente muertos" y que forman "un cuerpo ajeno a la sociedad de los hombres". Hablan también de "muertos en espíritu" (Geisting Tote) o "existencias cargantes" (Ballast Existenzen). Los autores insisten especialmente sobre el factor económico, el " despilfarro" de dinero y trabajo en la asistencia médica a los retrasados. Reclaman una "actitud heroica" supuestamente perdida.

---

quien cometiera o intentara cometer un homicidio a petición insistente de otra persona (quien resultaba muerta), era castigado con prisión. (Jiménez, 1984)

Ahora bien, en América Latina, Perú fue el primer país que consideró la ayuda a otra persona a morir como un acto de piedad, siempre y cuando fuera comprobable que no existiera un móvil egoísta al realizarlo. (Sotelo, 2004)

En el Código Uruguayo de 1933 se explicitaba: "Los jueces tienen la facultad de excluir de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio efectuado por piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima"; (Sotelo, 2004) tres años más tarde, en Colombia el Código Penal contenía en el artículo 364 el concepto de homicidio por piedad con la finalidad de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves padecimientos o lesiones corporales, atenuando la pena de prisión y la posibilidad de perdón judicial. (Sotelo, 2004)

En ese mismo año, 1936, en el Código de Defensa Social de Cuba se señalaba lo siguiente: "Se impondrá prisión de uno a seis años... a quien lo cometiere movido por un sentimiento de piedad ante el dolor físico de la víctima, si fuera intolerable y las circunstancias evidenciaron la inutilidad del auxilio para salvar la vida del sufriente", Brasil y Costa Rica atenuaron también la condena correspondiente por ejecutar eutanasia por piedad. (Sotelo, 2004)

Durante la Segunda Guerra Mundial (SGM), la eutanasia fue utilizada para terminar con los "degenerados", clasificación en la que se tenía a judíos, gitanos y homosexuales, además de personas con enfermedades mentales y hereditarias; dicho acto se definió en 1948 como genocidio por la Asamblea General de Naciones Unidas. El conocimiento de esta exterminación, tuvo efecto internacional, ya que dio paso a una nueva concepción del ser humano, como poseedor de derechos y la obligación por parte de los Estados a respetarlos y salvaguardarlos, asimismo la eutanasia adquirió una connotación diferente quedando prohibida su aplicación, siendo vistos por la sociedad como criminales a quienes la aplicaban y la defendían,

---

se perdió la idea de “homicidio piadoso” que ya había adquirido aceptación entre varios países.

Ejemplo de lo anterior se vio reflejado en la reunión de la Asociación Médica Mundial, realizada en Copenhague en 1950, en donde se expuso que la práctica de la eutanasia es contraria a los principios éticos y a los derechos naturales, condenando su práctica bajo cualquier circunstancia. (Pérez, 2003)

En la década de los años setentas, Joseph Fletcher, catedrático de ética Médica y doctor en teología en la Universidad de Virginia practicó a su esposa la eutanasia, al considerar que es más cristiano que una persona deje de sufrir a que se le deje vivir sufriendo; convirtiéndose en un líder defensor de esa práctica. (Fletcher, 1970)

Una década más tarde, en 1987 Jack Kevorkian<sup>2</sup> médico patólogo, conocido como “doctor muerte”; se anunció como “orientador a la muerte” en diversos diarios de Detroit, sin embargo, su licencia médica fue revocada por las autoridades de Michigan en 1991, después de haber construido la “máquina del suicidio” en 1989 y difundir el hecho de haber ayudado a morir con este invento, a Janet Adkins de 54 años, quien padecía Alzheimer. (Kraus & Pérez Tamayo, 2007)

En 1995 Kevorkian abrió una clínica para suicidios en Springfield Township, Michigan, la cual fue clausurada, después de asistir a la primera persona, suceso que no impidió a Kevorkian ayudar a más personas, siendo enjuiciado por ello en diversas ocasiones sin que le fuera impuesta una condena. (Kraus & Pérez Tamayo, 2007)

---

<sup>2</sup> En 1956 publicó el artículo *The Fundis Oculi and the Determination of Death*; en el cual describía las técnicas que empleaba para fotografiar los ojos de las personas que estaban a punto de morir. Desde ese momento se adjudicó el título de “Doctor Death”.

Durante el juicio que se realizó en 1999, Kevorkian dijo haber asistido aproximadamente a 130 personas, un año después de que en el programa *60 minutos* de la cadena CBS, se proyectará un video en el que se le veía suministrando una inyección letal a Thomas Youk de 52 años que padecía esclerosis lateral amiotrófica; fue acusado por asesinato en segundo grado, fue <sup>3</sup>condenado a pasar entre 10 y 25 años en prisión, también se le condenó a pasar entre 3 y 7 años encarcelado por el uso de sustancias controladas. (Kraus & Pérez Tamayo, 2007)

Tras el encarcelamiento del “doctor muerte”, la opinión pública quedó dividida, ya que algunos lo consideraban como un enfermo mental obsesivo, mientras que para otros se trataba de un prisionero de conciencia, que defendía una causa justa. Kevorkian cumplió su condena en la prisión *Thumb Correctional Facility*, ubicada en Leeper, Michigan, fue liberado en junio de 2007, ocho años después de haber sido sentenciado, se le concedió libertad condicional al prometer que no intervendría en más suicidios asistidos, además de que su salud se encontraba deteriorada debido a la hepatitis tipo C que padece.

En enero de 2008 Kevorkian dio un discurso en la Universidad de Florida en el que expresó que su objetivo era “evitar el sufrimiento” a los pacientes y “no matarlos”; en marzo del mismo año anunció su postulación al Congreso como candidato independiente.

Actualmente la eutanasia es legal en Holanda y Bélgica, en tanto que el suicidio asistido<sup>4</sup> lo es en Oregon y Washington. Ha adquirido fuerza la generación de leyes

---

<sup>4</sup> Es necesario plantear aquí la diferencia entre eutanasia y suicidio asistido. La eutanasia es el acto o método que se aplica para producir la muerte sin dolor y finalizar con el sufrimiento en pacientes terminales y sin esperanza. Existen dos tipos de eutanasia, la

que buscan conocer y respetar la voluntad de los pacientes, con una expectativa de vida no mayor a seis meses, para recibir o no tratamientos cuando padezcan una enfermedad terminal, o bien a causa de un accidente con consecuencias irreversibles.

La aceptación de este tipo de leyes por parte de la sociedad representa un reto, en cuanto al cambio de valores, creencias y costumbres; su correcta aplicación forma parte de un dilema bioético, al modificar la relación pasiva que el paciente tenía, por una activa, en la que su autonomía y libertad, no deben interferir con los valores y principios éticos que posee el médico.

Diversos son los casos y las experiencias que se tienen como antecedentes para que la “Ley de Voluntad Anticipada” se aprobara en el Distrito Federal; casos que se analizarán a continuación de manera breve hasta llegar a la legislación mexicana.

#### **A. Estados Unidos, una experiencia.**

La experiencia de Estados Unidos, inició en la década de los sesentas, con la creación de un documento de manifestación anticipada denominado *living will* o testamento vital, el cual tuvo su origen en 1967 durante una reunión de la *Euthanasia Society of America*, en la que se planteó la idea de que existiera un documento en el cual el paciente pudiera expresar la manera en que deseaba ser tratado médicamente cuando ya no tuviera capacidad para decidir (Emanuel EJ, 1990), sin embargo fue hasta 1969 cuando el abogado L. Kutner propuso un modelo

---

activa, que implica la finalización deliberada de la vida por medio de una terapia encaminada a procurar la muerte; mientras que la eutanasia pasiva puede originarse de dos formas: la abstención terapéutica en donde no se inicia el tratamiento y la suspensión terapéutica, no se abandona al paciente se continúan los cuidados paliativos que no prolongan la vida, solo controlan el sufrimiento. El suicidio asistido supone la acción de una tercera persona, usualmente un médico, provee los medios o auxilia a quien quiere finalizar su vida.

al que también denominó testamento vital.<sup>5</sup> La promoción de este documento y la educación de la población estadounidense en temas relacionados con la muerte quedaron en manos de la *Euthanasia Educational Council*,<sup>6</sup> a pesar del esfuerzo realizado por esta organización, la legalidad de este documento fue dudosa ante la población.

Pocos años después, en 1975, se presentó el caso de Karen Ann Quinlan, una joven de 21 años de edad, quién había iniciado una estricta dieta para poder usar un vestido que había comprado para una fiesta. El 15 de abril, no habiendo comido nada, excepto unas rebanadas de pan en un período de 48 horas, asistió a una fiesta, durante la misma, consumió una sobredosis de alcohol y diazepam, se sintió mareada y fue a recostarse. Más tarde fue encontrada, inconsciente y sin respirar. Fue llevada a un hospital, donde se le diagnosticó anoxia, fue conectada a un respirador artificial. Debido al daño cerebral ocasionado por la falta de oxigenación cerebral, quedó en estado vegetativo persistente.

Tres meses después, los padres de Karen solicitaron que se retirara el respirador, con la finalidad de permitirle morir, sin embargo los médicos calificaron este acto como homicidio por lo que se rehusaron a hacerlo.

---

<sup>5</sup> Ingrid Brena Sesma, menciona que este término ha sido criticado, ya que no es precisamente un testamento debido a que no surte efecto a la muerte del testador, sin embargo esta denominación suele ser utilizada para las manifestaciones anticipadas o previstas. Las peticiones de un testamento vital son usualmente una petición de que, llegado el momento, no se prolongue la vida de un enfermo cuando no exista una perspectiva de salvar la vida o las condiciones de ésta sean muy precarias. En todo caso, las peticiones no interfieren con el principio de atención médica ni viola derechos reconocidos de los pacientes.

<sup>6</sup> Organización creada en 1967 por la *Euthanasia Society of America* con fines educativos y de difusión del documento.



Sus padres, basados en el argumento de que “es diferente retirar el apoyo y dejar que alguien muera que actuar deliberadamente para acelerar la muerte” y en el hecho de que Karen había dicho a su madre y hermana que si por alguna enfermedad o algún accidente quedaba en estado de coma, no quería someterse a procedimientos que la mantuvieran viva artificialmente, acudieron a varias Cortes del Condado, sin obtener una respuesta favorable a la petición de retirarle el apoyo; finalmente lo solicitaron a la Suprema Corte de New Jersey, la cual falló a su favor, después de haber sido desconectada, Karen siguió respirando sin ayuda nueve años más, murió por neumonía en julio de 1985, jamás recobró la conciencia. (Kraus & Pérez Tamayo, 2007)

Este caso sirvió para la generación de la Ley de Muerte Natural (Natural Death Act) en California, que dio paso al surgimiento de una figura denominada *Advance Directives*, que son las instrucciones orales y/o escritas en las cuales una persona con capacidad para tomar decisiones y de manera libre, expresa su voluntad acerca de los futuros cuidados médicos que acepta le sean proporcionados, en caso de que se encuentre en una situación en la que ya no tenga capacidad para opinar al respecto. Las directivas orales tienen sustento en las conversaciones sostenidas por el paciente con familiares o amigos, sobre los cuidados médicos que acepta le sean aplicados o no en situaciones futuras. Las directivas orales operan a través de *living will* o *care proxy*. (Brena Sesma, 2007)

Nancy Cruzan fue otro caso que forma parte de la experiencia norteamericana en la emisión de leyes en este sentido, ya que después de haber sufrido un accidente automovilístico en 1983, el diagnóstico médico fue estado vegetativo persistente; sus padres consideraron que no tenía sentido mantener a su hija con vida por lo que solicitaron que se le retirara el apoyo alimenticio. Los médicos aconsejaron que la decisión fuera tomada dentro del marco legal, sin embargo, no acataron la orden de los jueces de las cortes locales del Estado de Missouri, razón por la cual este caso se turnó a la Suprema Corte del mismo Estado la cual rechazó la decisión de las cortes locales y planteó que las acciones familiares, en relación a pacientes

---

incompetentes, quedaban restringidas a un marco de discusión legal, argumentaron que se requería de pruebas claras sobre los deseos de los pacientes no competentes de recibir o no tratamientos hacia el final de la vida. (Kraus & Pérez Tamayo, 2007)

La reiteración del deseo de los padres, hizo posible que el caso se turnara a la Suprema Corte de los Estados Unidos en 1990, la cual apoyó la decisión de la Corte de Missouri al carecerse de un testamento vital, además afirmó que el Estado tenía la obligación de proteger a los enfermos incompetentes, mediante el establecimiento de los lineamientos que debían seguirse en estas situaciones. La familia tuvo que proporcionar evidencias adicionales para que fuera concedida la petición, finalmente el 15 de diciembre del mismo año, fue suspendida la alimentación, murió 11 días más tarde.

Este suceso trajo consigo dos avances importantes, en primera instancia reforzó la noción para que un apoderado legal pudiera decidir qué hacer cuando las condiciones de la persona interesada le impidan expresar sus deseos y también se dijo que “una persona competente tiene el derecho constitucional de rechazar la alimentación y la hidratación que prolonguen su vida”. (Kraus & Pérez Tamayo, Diccionario incompleto de bioética, 2007)

Para ese entonces existían un avance legislativo amplio y una serie de documentos como los poderes de representación o “power of attorney”, los cuales dieron origen a un documento más específico, denominado “Durable Power of Attorney for Health Care o Health Care Powers of Attorney” en los que se designa a una o varias personas como sustitutos<sup>7</sup> para que actúen de acuerdo a los deseos que haya

---

<sup>7</sup> Ingrid Brena Sesma, en el libro *Eutanasia: hacia una muerte digna*, plantea la diferencia entre sustitutos y representantes. Los primeros toman las decisiones médicas en torno a la vida de quien le ha nombrado como tal, en un documento legal, esta acción la realiza acorde a sus creencia, valores o principios; en tanto que un representante también es nombrado

---

expresado quien otorga el poder, con respecto a las decisiones hacia el final de la vida.

El reto que siguió fue unir el testamento vital y los poderes de representación, para formar un documento que respondiera a las necesidades específicas de los pacientes tanto en aspectos médicos como legales, con lo que se originaron los documentos mixtos, los cuales son hasta hoy los más utilizados en Estados Unidos. (Emanuel EJ, 1990)

En 1989, antes de que el caso Cruzan tuviera una resolución, fue propuesta por los senadores John C. Danforth (republicano, por Missouri) y Daniel Patrick Moynihan (demócrata por Nueva York) una ley federal denominada *Patient Self Determination Act*, cuya finalidad era incrementar la participación de los ciudadanos en las decisiones de sus cuidados médicos hacia el final de su vida, ya que a pesar de la existencia de leyes en pro de los documentos de voluntad anticipada, poderes de representación o documentos mixtos menos del 15% de la población contaba con un documento firmado; (Johnston SC, 1995) la sentencia de la Suprema Corte de los Estados Unidos, se realizó de manera casi unánime después de la resolución del caso Cruzan, fue firmada por George Bush, entró en vigor el 1º de Diciembre de 1991. Aunque la existencia de esta ley tuvo efectos positivos, a mediados de los años noventa la población nuevamente perdió interés en elaborar un documento de voluntad anticipada. (Van McCrary S, 1989)

Al tiempo que la ley fue propuesta, surgieron cuestionamientos en torno al uso que se hacía con las voluntades anticipadas dentro de las instituciones de salud, situación que condujo a la realización de un estudio denominado SUPPORT (*Study*

---

de manera legal, tomas las decisiones médicas, sin embargo lo hace defendiendo los intereses de quien representa.

---

*to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments*)<sup>8</sup>  
el cual tuvo tres objetivos:

1. Obtención de información sobre el pronóstico de los pacientes críticos al final de la vida,
2. Describir cómo se tomaban las decisiones de tratamiento, incluyendo la influencia de valores, preferencias de los pacientes y familiares y
3. Evaluar la correlación existente entre una mejor información pronóstica, mediante una buena comunicación, se contribuye a una mejor toma de decisiones desde las perspectivas del médico y del paciente. (Murphy, 1990)

Los resultados no fueron los esperados, ya que en ocasiones se observó que los médicos no respetaban las voluntades anticipadas que los pacientes habían elaborado (Moskowitz, 1995), lo cual propició la reflexión de varios bioeticistas sobre las causas de estos resultados, pero sobre todo forjó conciencia para el futuro sobre la toma de decisiones de sustitución al final de la vida (Murphy, 1990), consideraron que no debían estar sustentadas sólo en las voluntades anticipadas, sino que debía existir una figura con una concepción más amplia e integral de este proceso por lo que en 1994 apareció la Planificación Anticipada de decisiones o *Advance Care Planning*. (Moskowitz, 1995)

La necesidad de reorientar la estrategia que se tenía para la implementación y cumplimiento de las voluntades anticipadas el *Advance Care Planning*, reunió a un grupo de investigadores, con el objetivo de dejar de verlas como simples

---

<sup>8</sup> El estudio SUPPORT se realizó de 1989 a 1994 en dos fases, la primera descriptiva de 1989 a 1991, la segunda mediante evaluación experimental de 1992 solo un mes después de que entrara en vigor la ley federal, Patient Self Determination Act y hasta 1994 cuando se presentaron los resultados obtenidos. Durante la segunda fase se buscó dar promoción a la elaboración de documentos de voluntad anticipada.

documentos y asumirlas como una herramienta de trabajo, que formaban parte de todo un proceso, en el que se involucraba la relación médico paciente y un desarrollo amplio de comunicación que debía coadyuvar a la mejora en la calidad de la toma de decisiones al final de la vida. Mediante análisis cualitativo se analizaron el contexto histórico, psicológico, cultural, familiar y comunitario en el que se tomaba la decisión, dicho reporte se elaboró en el Hastings Center (Moskowitz, 1995). La metodología fue insuficiente por la importancia que dicho documento encierra, por lo que a partir del surgimiento de éste en Estados Unidos, se han producido avances en el tema de decisiones al final de la vida con aportaciones de bioeticistas, como Peter Singer y Douglas K. Martin. (Teno JM, 1994)

### **B. Europa: tres décadas de reflexión.**

Para el estudio de este caso, es necesario retomar un dato que puede resultar determinante frente a los alcances que existen en materia de voluntad anticipada y eutanasia dentro de Holanda y Bélgica.

En la Segunda Guerra Mundial los nazis al invadir Francia y los Países Bajos (Holanda) pretendían continuar con la aplicación de la eutanasia involuntaria en judíos y enfermos mentales, sin embargo, esta era una tarea que resultó difícil de lograr, debido a los valores éticos que los médicos poseían en este país; por lo que en 1941 el Comisario Arthur Seyss-Inquart<sup>9</sup> dictó una orden que decía que el deber del médico era mejorar y restablecer la vitalidad de la persona que le fuera confiada para cuidar, esto por medio de consejos y esfuerzos honestos. (Churchill, 1959) Lo que representaba una trampa, ya que en realidad lo que buscaba era continuar con

---

<sup>9</sup> Comandante de las fuerzas del Tercer Reich en la Holanda ocupada.

---

el exterminio de judíos, pues este personaje se caracterizó por ser antisemita y realizar un gran envío de mano de obra a Alemania.

Por lo que al ser una orden dictada por un miembro de las fuerzas del Tercer Reich en Holanda, fue recibida por los médicos holandeses como el inicio de la ayuda a los nazis, por esta causa se negaron de manera unánime a cumplirla, en respuesta, el comandante amenazó a todos ellos con retirarles las licencias médicas; al menos un centenar de médicos fueron arrestados y enviados a campos de concentración; sin embargo algunos entregaron sus licencias, borraron sus nombres de las placas y continuaron asistiendo enfermos. Gracias a la defensa de la identidad ética que los médicos realizaron, en Holanda no se practicaron ni la eutanasia involuntaria ni la esterilización no terapéutica durante los años de invasión. (Churchill, 1959)

Tres décadas después de este hecho, se abrió el debate sobre la eutanasia, cuando la doctora Geertrudía Postma ayudó a morir a su madre, que se encontraba internada en una clínica geriátrica, inmovilizada, sorda y un lenguaje casi incomprensible, además de tener neumonía, lo anterior por las secuelas que le dejó una hemorragia cerebral. La mujer había pedido de manera repetida a su hija que le ayudara a morir. Un día que la visitó, la encontró en una silla de ruedas con los brazos atados, no resistió verla en esas condiciones por lo que le inyectó una dosis letal de morfina. (Kraus & Ruy, 2007)

En 1973 se realizó el juicio a la Dra. Postma por homicidio piadoso en la Corte Regional de Leeuwarden, se le declaró culpable, imponiéndole como condena una semana condicional de cárcel, siendo este un castigo simbólico debido a que sus acciones respondieron a la solicitud de una enferma para quien la muerte ante sus afecciones era el único alivio. (Kraus & Pérez Tamayo, Diccionario incompleto de bioética, 2007) Este hecho estableció un precedente, las cortes dictaron algunas pautas que permitían a los médicos ayudar a un paciente a cometer suicidio, insistiendo que el paciente debe estar padeciendo una enfermedad terminal, y que solo él debe solicitarlo.

---

Paralelamente a este suceso, residentes del pueblo en que habitaba la doctora Postma, fundaron la Asociación pro Eutanasia Voluntaria, que en pocos años se convirtió en la más importante del mundo en su tipo. Adrienne Van Hill y un grupo de académicos crearon en La Haya la Fundación pro Eutanasia Voluntaria, con el fin de estudiar el tema a profundidad, seis años más tarde ya operaban tres grupos pro eutanasia en Holanda. (Behar, 2007)

En 1975 el gobierno permitió a la Asociación pro Eutanasia Voluntaria prestar un servicio de tipo asistencial a sus miembros, los objetivos de dicho servicio se orientaron a brindar información sobre la eutanasia a los socios, aun cuando no la tuvieran contemplada para el futuro, asimismo se ofrecía ayuda a quienes la solicitaban a causa de sufrimientos físicos o psíquicos, producidos por enfermedades incurables o por debilidad, ya sea con carácter urgente o en caso de deterioro progresivo. (Behar, 2007)

El servicio funcionaba mediante una llamada telefónica a la asociación, se solicitaba la visita de un voluntario, las restricciones existentes se vinculaban directamente con la prohibición de facilitar píldoras letales o proporcionar cualquier ayuda para que el socio muriera; esto debido al rechazo de las peticiones de eutanasia por parte de los médicos, por lo que la función de los voluntarios consistía en mediar entre el médico y el paciente. La asociación se dedicaba a entregar la “Declaración de Eutanasia” o el “Testamento Vital” para que fuera firmado, así como las instrucciones para los médicos. La experiencia de este servicio resultó muy útil para la asociación holandesa, con el tiempo los voluntarios se especializaron en mitigar la angustia, la tristeza y la rabia de los solicitantes, antes de tomar una decisión frente al final de su vida. (Behar, 2007)

La Asociación redactó un comunicado en el que se indicaba el procedimiento para acelerar la muerte, atendiendo a que muchos pacientes al enfrentar una agonía

lenta, buscaban la forma de aplicarse por sí mismos la eutanasia, mediante la sobredosis de barbitúricos; esta información solo se les proporcionaba cuando el estado de la enfermedad era irreversible. (Behar, 2007)

En 1980 la Asociación publicó un folleto titulado “la eutanasia justificada”, en el que informaba a los médicos los medicamentos apropiados para practicarla y la forma de utilizarlos, el folleto fue distribuido entre médicos y más de diez mil personas lo compraron. (Behar, 2007)

Un año más tarde, A. G. Bosch jefe de la oficina del Ministerio de Justicia holandés consideró la posibilidad de acusar a Klazien Sybrandy por proporcionar información a una pareja para adquirir medicamentos letales, sin embargo no fue procesada, ya que según lo establecido en el Código Penal se requiere más que del acto de informar, para considerarlo como delito. A pesar de este suceso, cuatro años más tarde el número de enfermos visitados por los voluntarios de la Asociación ascendió a mil por año.

La Corte Suprema de los Países Bajos declaró en 1984 diez condiciones claramente definidas bajo las cuales la eutanasia queda justificada:

- En caso de sufrimientos físicos y psíquicos insoportables para el paciente;
- El sufrimiento y el deseo de morir deben ser constantes (es decir, no pasajeros)
- La decisión de morir debe corresponder a la decisión voluntaria de un paciente bien informado.
- La persona en cuestión debe tener un concepto claro y preciso de su condición, así como de otras posibilidades (es decir, debe conocer los resultados de diferentes tratamientos, o de la ausencia de los mismos), y debe ser capaz de evaluar estas alternativas.
- Cuando no exista otra solución razonable (aceptada por el paciente) para mejorar su situación.



- El momento y la forma de morir no deberán causar perjuicio innecesario a terceros (si es posible, el pariente más próximo deberá ser informado de antemano).
- La decisión de ayudar a morir no debe recaer en una sola persona. Es obligatorio consultar con otro profesional (médico, psicólogo o asistente social, de acuerdo con las circunstancias del caso).
- En la decisión debe intervenir un médico para recetar los medicamentos adecuados.
- La decisión y la ayuda deben llevarse a cabo con la máxima precaución.
- No es necesario que el enfermo esté muriendo para recibir ayuda. Los parapléjicos pueden solicitar y obtener ayuda para morir. (Behar, 2007)

Entre 1990 y 1995, el debate que se sostenía sobre la eutanasia voluntaria activa vinculó estudios a nivel nacional, los cuales proporcionaron datos en frecuencia y características de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido y otros actos médicos orientados a acelerar la muerte. Estos estudios han probado la importancia de la toma de decisiones al final de la vida y la práctica médica con respecto a ello; teniendo repercusión en la formulación nacional de normas que establecieron los estándares de cuidado hacia el final de la vida. (Heide, Wolf, & al., 2007)

Una década más tarde, el 28 de noviembre de 2000 el parlamento holandés votó a favor de legalizar la eutanasia activa voluntaria, al existir como antecedente la revisión de los reportes médicos de enfermos en los cuales no se detectaron violaciones serias en la práctica de cuidados hacia el final de la vida. (Heide, Wolf, & al., 2007)

Bélgica tomó el ejemplo de Holanda y en septiembre de 2002 aprobó la ley a favor de la eutanasia en la cual incluyen no sólo a enfermos terminales, sino también quienes padecen una enfermedad incurable ya sea psíquica o física.

---

En ambos países las personas consideradas sanas pueden anticiparse y evitar a su familia el dolor de tener que tomar esa decisión, suscribiendo un testamento vital, en el que hacen constar que cuando no haya remedio alguno, le sea aplicada la eutanasia, dicho documento debe renovarse cada cinco años. (Behar, 2007)

En España el debate de la muerte digna se hizo público con el caso de Ramón Sampedro quien nació en 1946 y a la edad de 22 años sufrió un accidente en una embarcación noruega en la cual laboraba como mecánico; la marea había bajado y al arrojarle al agua, su cabeza chocó contra la arena, produciéndole una fractura en la séptima vértebra cervical, lo que derivó en paraplejia con la cual vivió durante treinta años “soñando con la libertad a través de la muerte”. (Sampedro, 1996)

Sampedro fue el primer ciudadano español que pidió la eutanasia activa, sin encontrar atención en su país, por lo que su demanda jurídica en la que pedía el derecho a morir de manera digna, fue llevada hasta el Tribunal de Derechos Humanos de Estrasburgo sin que obtuviera una respuesta favorable, razón por la cual en 1998, en secreto y asistido por una amiga, consiguió su propósito.<sup>10</sup>

Un año antes de que Sampedro muriera fue celebrado el 4 de abril en Oviedo un Convenio, en el que se protegen los derechos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina; dicho instrumento trajo consigo la incorporación normativa con carácter nacional de los testamentos vitales en España, y abrió las puertas a los testamentos en el Consejo de Europa. El Convenio de Oviedo fue ratificado por España el 23 de junio de 1999. (Requero, 2010)

---

<sup>10</sup> Sampedro murió en su casa del envenenamiento con cianuro, se consideró que fue auxiliado a morir, debido a su condición y aunque la Corte buscó culpables, no logró más que recibir más de 1000 cartas en las que varios españoles se adjudicaban el acto, con lo que quedó corroborada la necesidad de legislar en la materia.

La Ley General de Sanidad 14/86, no contempla información ni regulación alguna con respecto al consentimiento informado, por lo que las Comunidades Autónomas son quienes se han dado a la tarea de regular por la vía legal este tipo de documentos, la Ley 21/2000, pionera en esta área, surgió en Cataluña en el año 2000, en ella se planteaban derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente y a la documentación clínica, posteriormente publicaron la Ley 12/2001, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, a ella siguió la Ley gallega 3/2001, en la que se regularon el consentimiento informado y la historia clínica de los pacientes, posteriormente se generaron leyes en Extremadura (Ley de Salud 10/2001), Aragón (Ley de la Salud 6/2002), en la Comunidad Autónoma de la Rioja (Ley de Salud 2/2002), en 2002 se generó la Ley Foral Navarra, sobre los derechos del paciente a la voluntad anticipada, a la información y a la documentación clínica. (Requero, 2010)

A pesar de la generación de leyes, la población presenta cierta reticencia al uso de estos documentos, ya que al parecer cuando son dictadas estas normas, la atención se centra en la necesidad de que los pacientes firmen un documento, sin velar en realidad por su autonomía y libertad.

En 2006 Jorge León Escudero quien estaba parapléjico, fue encontrado muerto en su casa de Valladolid, había solicitado en diversas ocasiones, incluso a una organización pro Eutanasia, que le desconectaran del tubo que le mantenía con vida. Este hecho reabrió el debate sobre la legalización de la eutanasia en España, ocho años después de la muerte de Ramón Sampedro, sin embargo, la ministra de Sanidad, Elena Salgado, descartó la posibilidad de legislar en la materia al señalar que no le correspondía al gobierno, en ese momento, abrir un debate sobre la eutanasia y que era necesario ofrecer toda la ayuda posible a las personas que sufren problemas de salud. (Ruiz-Calderón, 2007)

Sin embargo, un año después, el gobierno de Andalucía concedió a Inmaculada Echeverría autorización para que le retiraran el ventilador mecánico que la mantenía con vida. Inmaculada padecía desde los 11 años distrofia muscular, enfermedad crónica, progresiva e incapacitante, experimentaba inmovilidad total desde los treinta; no realizaba ninguna actividad, por sí misma, a los 21 años fue conectada a un respirador en un Hospital de Granada, era lo único que la mantenía con vida. A su condición, ya de por sí precaria, se agregaron osteoporosis, deformación de las extremidades, fractura de huesos provocada por los cambios de posición, dolor y dificultad para hablar. (Inmaculada Echeverría, una vida en una cama, 2007) En octubre de 2006 hizo público su deseo de morir, pues consideraba que su vida era inútil y sin sentido, sin embargo, fue en noviembre que en pleno uso de sus facultades mentales, hizo la petición formal al gobierno local, para morir dignamente.

En marzo de 2007, las autoridades de Andalucía cumplieron con la última voluntad de Inmaculada, confirmaron que sería desconectada del ventilador mecánico que la mantenía con vida. Según el gobierno local, la Ley española de autonomía del paciente, aprobada el 14 de noviembre de 2002, avalaba en el párrafo 4 del artículo 11 (Estado, 2015) dicha petición y la consideró dentro de derecho. Inmaculada Echeverría tuvo que ser trasladada a un hospital público para que su voluntad fuera cumplida, debido a que en el centro en el que se encontraba pertenecía a la orden religiosa de San Juan de Dios, causa por la que se negaron a “terminar con su vida”. (Dictamen Consejo consultivo de Andalucía)

La lucha que sostuvo Inmaculada Echeverría convenció a la Junta de Andalucía de la necesidad de elaborar leyes que incluyeran el tema de muerte digna. Dicha iniciativa se presentó en julio de 2007 y se sustentó en un llamado “barómetro sanitario” en el que 93% de la población de Andalucía externó que “todo mundo tiene derecho a morir dignamente”, el 78% prefería tener una calidad de vida en la que pudiera disfrutar y no prolongarla cuando no hubiera irreversibilidad ante una enfermedad o accidente y el 87% prefiere recibir cuidados paliativos ante la posibilidad de una prolongación innecesaria de la vida.

---

La iniciativa recibió respaldo del gobierno central y del Partido Socialista Obrero Español e incluyó 10 enmiendas sobre el derecho a una muerte digna. Asimismo se generó la propuesta de una ley en 2012 que previniera la obstinación terapéutica, imponiendo una multa de hasta un millón de euros a los médicos que, aun en contra de la voluntad de los pacientes, siguieran proporcionando tratamiento que sólo prolongue la agonía.

### **C. América Latina.**

El tema de las voluntades anticipadas en América Latina se confunde en ocasiones con el de la eutanasia, sin embargo, diversos factores, como son las marcadas desigualdades sociales y las creencias religiosas fuertemente arraigadas, impiden que el tema sea abordado de forma abierta por los actores involucrados en él, es decir, médicos, legisladores y la ciudadanía en general.

Si bien es cierto que existe un adelanto en países como Argentina, Chile, México, Bolivia, Colombia y Uruguay, al aceptar leyes que se orientan a la redacción de documentos de voluntad anticipada o bien de prohibición o prevención de la “obstinación terapéutica”, resulta necesario conocer los procesos que se han seguido para lograrlo.

Se retomaran dos casos, primero el colombiano, debido a que presenta grandes avances en la temática al haber aprobado la eutanasia de manera constitucional, en segunda instancia se reseñará de forma breve el caso uruguayo, debido a que la Ley y el proceso tiene semejanza con el resto de los procesos que han tenido lugar en América Latina.

## Colombia.

Dentro de la experiencia de Colombia, el antecedente principal se remonta a la Ley 23<sup>11</sup> aprobada en 1981, en la cual no se abordaba el tema de manera directa, aunque si se dictaban normas de ética médica bajo una nueva concepción del paciente, al considerar aspectos biológicos, psíquicos y sociales que lo integran, dando pie a una nueva forma de ejercer la medicina, vinculada al humanismo.

Los documentos de voluntad anticipada son llamados "*Esta es mi voluntad*", la vinculación existente con la ley mencionada y éstos, se orienta directamente a la exigencia que se hace al médico, quien debe poseer la humildad suficiente para renunciar a su situación privilegiada frente al enfermo y sujetarse a lo que éste decida, aun cuando al profesional le parezca inadecuado o en contra de sus conceptos sobre "santidad de la vida" y otras posturas religiosas. (Régimen Legal de Bogotá, 1982)

Sin embargo, no sólo existen los documentos de voluntad anticipada, ya que en 1997 en la plenaria de la Corte Constitucional, se sometió a consideración una demanda contra una norma del Código Penal, Artículo 326, referente al homicidio por piedad, dando inicio al debate sobre la eutanasia en Colombia.

Dentro del debate, hubo diversas posturas al respecto, algunas estaban de acuerdo con que el médico que acabara con la vida de un paciente que padeciera sufrimientos intensos no fuera a prisión como la de Carlos Gaviria (Polo Democrático), sin embargo José Hernández, Hernando Herrera y Vladimiro Naranjo (tres magistrados) se manifestaron en contra, bajo el argumento de que el derecho a la vida es fundamental e inviolable.

---

<sup>11</sup> La ley 23 se aprobó el 18 de febrero de 1981 y fue publicada en el Diario Oficial No. 35.711, del 27 de febrero de 1981 en Colombia.

El magistrado Jorge Arango, afirmó que el derecho más importante es el de la libertad y que la vida sin libertad no tiene sentido, en la réplica Eduardo Cifuentes, dijo que la libertad no está por encima de la vida, pero tampoco la vida prevalece sobre la libertad, por lo que se manifestó de acuerdo y dijo que la Corte debía indicar en qué casos era válida la intervención de un tercero para terminar con la vida del paciente. Según él, el fallo se aplicaría sólo cuando se tratara de un enfermo terminal, y cuando él ya tuviera toda la información respecto a su condición de salud.

En la votación sólo tres de los nueve magistrados se abstuvieron, sin embargo Colombia se convirtió en uno de los primeros países en aceptar la eutanasia. El 29 de mayo del mismo año los seis magistrados, que dieron su voto a favor, se reunieron para revisar el texto final del fallo. Sin embargo quedaba pendiente la reglamentación sobre la aplicación de la misma.

Después de varios intentos por establecer las reglas, once años más tarde, en septiembre de 2008 la iniciativa presentada por el senador Armando Benedetti fue debatida y aprobada por los congresistas con una votación de once a favor y tres en contra. En el debate se consideraron aspectos de índole religioso que se generan en torno a la eutanasia.

Los parámetros y reglas que se establecieron en el Congreso son:

- Reglamenta la práctica de la Eutanasia que fue aprobada por la Corte Constitucional desde 1997.
- En el nuevo proyecto el enfermo es el único que puede decidir si se aplica o no eutanasia. Los familiares ya no podrán tomar esta decisión.

Se incluyen cuidados paliativos para aquellas personas que no quieran terminar su vida mediante eutanasia activa. Ello implica que el Gobierno debe reglamentar sobre la materia. Según la Organización Mundial de la Salud los cuidados paliativos son *“un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan una enfermedad como de sus*

---

*familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales, mismos que deberán ser incorporados al Programa Obligatorio de Salud”.*

Se controla el turismo eutanásico. Significa que sólo colombianos o extranjeros residentes por más de un año pueden solicitar su aplicación.

Se imponen labores de monitoreo y vigilancia al Ministerio de Protección sobre la eutanasia. (Sección política, 2008)

### **Uruguay.**

En Uruguay, a finales de 2006, fue votada en la Cámara de Representantes la iniciativa de ley de voluntades anticipadas, redactada por José Luis Gallo y Washington Abdala (ambos miembros de esta Cámara), en ella se señala que toda persona mayor de edad y “psíquicamente apta” tiene derecho a decidir si desea o no recibir tratamiento o procedimientos médicos que ante una enfermedad terminal, prolonguen su vida, generando angustia, dolor o daño. (Gallo, 2006)

Durante la presentación de la iniciativa antes mencionada, se destacó que los aspectos esenciales de este proyecto se engloban en tres conceptos: la dignidad de la persona, el respeto al ejercicio de su autonomía, de su voluntad y la salvaguarda de la responsabilidad de las partes, elementos contenidos en los artículos 1° y 8°; el primero defiende la autonomía del paciente frente a la decisión de recibir o no los tratamientos médicos en conciencia del daño o beneficio que puedan tener. El segundo establece que en caso de no poseer capacidad para manifestar su voluntad, la suspensión de los tratamientos o procedimientos queda en manos del médico tratante y deberá ser avalada por el cónyuge, concubino o familiar en primer grado. (Gallo, 2006)



---

La Comisión de Bioética del Sindicato Médico de Uruguay fue citada para que emitiera su opinión sobre la iniciativa, Teresa Rotondo, presidenta de la comisión mencionó que el proyecto es bueno, ya que implica el respeto a la autonomía de las personas en decisiones delicadas, como la muerte, tema que no había sido abordado anteriormente, agregó que la ley busca terminar con el paternalismo y expuso que se debía avanzar aún más y permitir a los enfermos no terminales que padezcan enfermedades incurables interrumpir su tratamiento, si así lo desean.

La ley fue aprobada por la Cámara de Representantes sin embargo fue necesario realizar algunas mejoras las cuales no alteraron la iniciativa, sino que reafirmaron la filosofía de no extender el sufrimiento ni la agonía. (Villant, 2008)

Algunas condiciones indicadas en la ley, refieren la necesidad de contar con un consentimiento previo por escrito en el cual debe encontrarse la firma o huella dactilar de la persona y de dos testigos mayores de edad, no pueden fungir como tales: familiares, esposas y concubinos o quienes vayan a recibir herencia, ni el médico tratante o funcionarios de la salud; se señala también, que el documento puede redactarse ante notario público y que en cualquier momento, la voluntad puede ser revocada, asimismo se marca la necesidad de incluir a un representante, previendo que el titular quede sin capacidad para tomar decisiones.

Las modificaciones realizadas al proyecto, se hicieron en los artículos 1°, 2°, 4° y 8°, entre dichas modificaciones se encuentra una en la que se especificó que la objeción de conciencia no tiene lugar, es decir, que el derecho del paciente no debe chocar con la responsabilidad del médico. Además se estableció en esta iniciativa, que así como el paciente puede solicitar no recibir tratamiento, también puede pedirlo, aunque esté desahuciado.

El senador Isaac Alfile expresó estar de acuerdo con que una persona deje por escrito que no quiere sufrir y manifestó que la propuesta que la ley hace, se lleva a cabo en Uruguay con o sin autorización legal.

---

Después de las modificaciones realizadas y tras la discusión en el Senado, la ley fue aprobada el 6 de mayo de 2008.

En los casos enunciados anteriormente se da cuenta del proceso legal enfrentado para la aprobación de las leyes, el cual no tiene grandes diferencias en el resto de los países latinoamericanos, esto es por el tipo de gobierno que tiene la mayoría.

La apertura al debate tuvo un origen distinto en cada país; en Chile el caso de Terri Schiavo<sup>12</sup>, a pesar de que no sucedió en este país, sentó el precedente para iniciar la discusión sobre el tema de la eutanasia y la muerte digna. En este debate se involucraron personalidades del ámbito político, religioso y social. Sin que se obtuviera una respuesta favorable bajo el argumento de que el tema no se encontraba en la agenda política.

---

<sup>12</sup> En 2005 la Sra. Schiavo tenía 41 años de edad y llevaba 25 en estado vegetativo persistente. A la edad de 26 años, tras la ingestión de medicamentos para disminuir peso sufrió hipokalemia (disminución de potasio en la sangre) y alteraciones cardiacas que ocasionaron la disminución del flujo sanguíneo al cerebro, por lo que sobrevino anoxia y estado vegetativo persistente. Dicha condición se documentó repetidamente a lo largo de los años por diversos médicos.

Tras múltiples intentos, por parte de su marido por retirar la sonda de alimentación que la mantenía con vida y ante la negativa de los padres, de algunos políticos entre los que se debe incluir a George W. Bush, y de autoridades religiosas, Schiavo falleció días después de que la corte aprobara que se le retirara el apoyo de alimentación en marzo de 2005.

Este caso confrontó la opinión de librepensadores que bregaban por que se le permitiera morir; contra las ideas de religiosos y políticos que sugerían que debería continuar alimentándose por tiempo indefinido.

En algunos otros países, el episodio vivido en Holanda con respecto a las decisiones médicas al final de la vida, llevó a la necesidad de dar apertura a los temas que buscan salvaguardar la dignidad humana frente a los avances científicos y su aplicación en la medicina.

En Argentina la ley de voluntad anticipada fue aprobada en junio de 2007 y al igual que en México se trató de una ley local en la comunidad de Río Negro con miras a extenderla a todo el país.

### **México, una ley local.**

En un contexto jurídico con profundas modificaciones, orientadas a la adecuación de las leyes para el contexto actual, surgió la “Ley de Voluntad Anticipada” como resultado de la suma de esfuerzos legislativos, del análisis de diversas discusiones originadas en el extranjero que preveían la modificación de los hábitos y necesidades de la población, así como de la obligación del Estado de reconocer la autonomía de los ciudadanos.

El primer intento para abordar el tema de la muerte digna en el Distrito Federal, tuvo lugar en 2006 cuando el diputado priista Tonatiuh González presentó la primera iniciativa sobre eutanasia, posteriormente la diputada panista Paula Soto presentó en mayo de 2007 una iniciativa de ley de voluntad anticipada, la cual permaneció por un lapso corto en la Comisión de Gobierno, la causa de ello, según la versión oficial, respondió a la realización de mejoras, sin embargo se especuló que en realidad se trató de fracturas internas en la bancada de este partido. (Eutanasia, Cámara de diputados, Centro de estudios Sociales y de Opinión Pública, 2008)

No obstante, en junio de 2007 fue presentada durante una conferencia de prensa la iniciativa de “Ley de Voluntad Anticipada” por los diputados Enrique Pérez Correa (de la coalición socialdemócrata), Juan Carlos Beltrán, Isaías Villa, Víctor Hugo Círiga (del Partido de la Revolución Democrática) y Sergio Cedillo (de la Asamblea

---

Legislativa del Distrito Federal ALDF), los legisladores refirieron que dicha iniciativa se orientaba a la aplicación de la eutanasia pasiva u ortotanasia<sup>13</sup> (ortotanasia son los cuidados paliativos, no es lo mismo que eutanasia pasiva)

El 4 de diciembre del mismo año, en sesión especial y por mayoría, 56 legisladores de los 66 presentes en el salón de plenos votaron en favor del dictamen presentado por las comisiones de Salud y Procuración de Justicia de la ALDF aprobaron por unanimidad el dictamen que creó la Ley de Voluntad Anticipada para la Ciudad de México.

La nueva ley sienta las bases para que cualquier persona residente de la ciudad pueda plasmar a través un documento y ante notario público la decisión de que en un momento dado se suspenda su tratamiento médico en caso de un padecimiento terminal, evitando que prolonguen su vida de manera innecesaria.

La propuesta realizada por el diputado perredista Tomás Pliego, en la cual planteaba que no sólo los notarios públicos sino que también los jueces cívicos pudieran suscribir el documento de voluntad anticipada, fue desechada.

Ante la aprobación de la ley mencionada, que en realidad resulta una ley orientada a prevenir la obstinación terapéutica, se requiere reformar la Ley de Salud y el Código Penal del Distrito Federal vigentes, con la finalidad de exonerar de responsabilidad penal o administrativa al personal de salud que actúe en la aplicación de la misma.

---

<sup>13</sup>La **ortotanasia** es la defensa del derecho a morir dignamente, sin el empleo de medios extraordinarios para el mantenimiento de la vida, se brindan tratamientos paliativos con la finalidad de evitar sufrimientos, la diferencia con la eutanasia, radica en que la ortotanasia no pretende de manera deliberada la muerte del paciente.

---

La ley y las reformas fueron enviadas al jefe de Gobierno en turno para su publicación, la cual se realizó el 7 de enero de 2008 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

En noviembre de 2007, el senador Federico Döring propuso a la Cámara Alta, la creación de **una ley similar que se aplicara en todo el país**, dicha propuesta fue debatida por Congreso Federal durante un año, hasta que el 25 de noviembre de 2008 se aprobó la denominada ley de “muerte digna”, que al igual que la ley de voluntad anticipada local, prevé modificaciones a la ley de Salud que actualmente opera en el país.

El 18 de noviembre de 2009 Israel Betanzos miembro de la fracción priísta en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, propuso regular la eutanasia activa a fin de que los enfermos terminales pudieran terminar con su vida cuando no hubiera posibilidad alguna de salvarla. Uno de los principales argumentos está vinculado al deterioro inherente a la calidad de vida de un paciente ocasionado los daños irreversibles que genera un padecimiento crónico o terminal.

Lo que se busca con la reforma propuesta a la ley es que un paciente exprese el deseo de no prolongar su existencia más allá del curso natural de la enfermedad, para ello se refirió a que la Voluntad Anticipada plantea que los pacientes reciban cuidados paliativos o bien tengan acceso a la eutanasia activa, asimismo indicó que las reformas no se contraponen con la voluntad de familiares de los pacientes, debido a que son estos los más afectados al recaer sobre ellos la responsabilidad, el dolor y la afectación económica; con base en ello sostuvo que la ley resulta una opción para permitir la práctica de la eutanasia activa.

Sobre algunos lineamientos con respecto al procedimiento burocrático que habría de seguirse en caso de ser aceptada, señaló que se crearía un Comité de Ética dependiente de la Secretaría de Salud, quien tendría la responsabilidad de autorizar o negar la eutanasia cuando se hubieran cumplido determinados lineamientos. Para

---

su funcionamiento sería necesaria la participación de abogados, médicos, psicólogos y miembros de instituciones religiosas ya que se buscaba integrar un órgano multidisciplinario.

La definición de eutanasia que fue utilizada en el momento de exponer dicha propuesta fue la siguiente: “derecho que tiene un paciente a decidir la forma y el momento de su muerte, con el objeto de evitar sufrimientos y agonía dolorosa como consecuencia de una enfermedad grave e incurable. Para ello, se debió agotar todas las opciones que permitan diagnosticar la irreversibilidad de la enfermedad y por tanto la muerte inevitable”. (Cruz, 2009)

La iniciativa de Ley presentada en la Asamblea Legislativa no era nueva, ya que en mayo de 2005 en la Cámara de Diputados se presentó una iniciativa de reforma a los códigos Penal y Civil federales para permitir la muerte asistida. De igual modo, en octubre de 2005 se presentaron reformas a la Ley de Salud y al Código Penal del Distrito Federal para permitir la muerte asistida, mientras que en Nuevo León también se presentó una iniciativa para permitir la eutanasia.

Varias Asambleas locales se dan a la tarea de debatir el tema actualmente en México, los avances alcanzados en el tema pueden considerarse buenos, aun cuando se debe generar conciencia entre la población sobre la utilización de estos documentos.

### 3. Legislaciones en materia.

Como se mencionó anteriormente, diversos países han legislado en materia de Voluntad Anticipada, en algunos casos con gran aceptación por parte de la población y en otros con cierta reticencia, sin embargo, es un hecho que hoy en día el salvaguardar la autonomía del paciente, su derecho a la información y elección con respecto a las condiciones de su muerte son objetivos que persiguen las leyes generadas.

A continuación se abordarán la legislación argentina y la española, la selección de dichos países se debió a que ambas naciones son de habla hispana, así como el que la mayoría de la población profesa la religión católica; además, con respecto a Argentina, al estar en el continente americano pueden encontrarse situaciones contextuales semejantes a las que vive México.

#### **Ley Argentina.**

La Ley de Declaración de Voluntad de pacientes Terminales o de muerte inminente, se integra por 23 artículos contenidos en 7 capítulos, el objeto de la ley es el que una persona pueda manifestar libremente, a través de una declaración unilateral de voluntad, la no aplicación de determinados tratamientos médicos, en el supuesto momento en que ya no goce de capacidad para consentir o disentir por sí misma, a consecuencia de una enfermedad o condición médica terminal.

La declaración unilateral tiene como fin ayudar a profesionales y familiares en la toma de decisiones clínicas e impedir la prolongación del sufrimiento. Aquí queda claro que se salvaguardan los derechos del paciente y al mismo tiempo la búsqueda del respeto a su autonomía, se evita que los familiares tengan que tomar decisiones que pueden resultar complicadas y derivar en dilemas y conflictos, al igual que en

---

la legislación mexicana, se exime al personal de salud de cualquier responsabilidad con respecto a la interrupción de tratamientos.

En la Ley se regulan aspectos referentes al diagnóstico del paciente, considerándolo terminal cuando la expectativa de vida es menor a un año (PROYECTO DE LEY DECLARACION VITAL DE VOLUNTAD DE PACIENTES TERMINALES O DE MUERTE INMINENTE, 2006), asimismo al existir estado vegetativo permanente a causa de una lesión traumática y se permanezca por más de seis meses en estado inconsciente o sin que exista posibilidad de recuperación y el estado persista por más de doce meses. (PROYECTO DE LEY DECLARACION VITAL DE VOLUNTAD DE PACIENTES TERMINALES O DE MUERTE INMINENTE, 2006)

En el segundo capítulo se designan los órganos de aplicación de la Ley, en el artículo 5º se promulga la creación de un Registro de Voluntades Anticipadas dependiente del Ministerio de Salud, en el que se podrán inscribir, sustituir y revocar los documentos registrados. Este órgano dispondrá de una página de Internet, en la que se brinde información detallada sobre el documento. En tanto que las declaraciones elaboradas, solo podrán ser consultadas por el suscriptor y los centros de salud. Cabe señalar que por esta vía no pueden realizarse modificaciones a los documentos. (PROYECTO DE LEY DECLARACION VITAL DE VOLUNTAD DE PACIENTES TERMINALES O DE MUERTE INMINENTE, 2006)

En el artículo 7º se plantea que una de las funciones del órgano es la implementación de un programa que contribuya a la educación y divulgación en la materia que brinde orientación a la población en general y a los equipos de salud.

Denominado Manifestaciones de Voluntad Anticipada, el capítulo tercero, establece de manera clara que es sujeto de derecho para esta Ley, *toda persona mayor de edad y en pleno goce de sus facultades mentales, tiene derecho a manifestar sus objetivos vitales y valores personales, así como las instrucciones de ser sometida o no a determinado tratamiento médico, ante un diagnóstico de enfermedad terminal*



---

*o estado vegetativo permanente, según los términos enunciados en los artículos 2º y 3º de la presente ley.*

Asimismo se establece en el artículo 9º que toda persona que goce de sus capacidades, está facultada para expresar su voluntad mediante un documento inscrito ante la instancia correspondiente, se dispone que tanto el médico como el equipo sanitario, deben respetar la voluntad plasmada en el documento de voluntades anticipadas.

En cuanto a las instrucciones que deberá contener el documento, éstas se deben orientar a la abstención por parte de los médicos o la institución de salud, de someterlo a cualquier tratamiento médico que sólo prolongue de forma artificial la vida y atrase el proceso de muerte. (PROYECTO DE LEY DECLARACION VITAL DE VOLUNTAD DE PACIENTES TERMINALES O DE MUERTE INMINENTE, 2006)

El capítulo cuarto aborda los aspectos concernientes a la revocación de la Voluntad Anticipada registrada, la cual puede ser modificada y/o revocada en cualquier momento por el suscriptor, estableciéndose que debe contar con la capacidad necesaria, acorde a lo estipulado en la Ley.

La forma de revocación puede hacerse ante el Registro de Voluntades Anticipadas por escrito o de forma verbal, aunque en este último caso un escribano deberá asentar en un documento la solicitud expresa. Al igual que en la legislación del Distrito Federal, en caso de modificación del documento, se tomará en cuenta el último que haya sido elaborado.

Las excepciones que la Ley marca para el cumplimiento de la voluntad de un paciente, se originan cuando las instrucciones sean contrarias a los ordenamientos jurídicos vigentes. (PROYECTO DE LEY DECLARACION VITAL DE VOLUNTAD DE PACIENTES TERMINALES O DE MUERTE INMINENTE, 2006)

La notificación al centro sanitario o profesional de salud puede realizarla el suscriptor o su representante, con respecto a esta figura, se considera que puede fungir como tal, toda persona que cumpla lo establecido por el artículo 8 de la Ley. (PROYECTO DE LEY DECLARACION VITAL DE VOLUNTAD DE PACIENTES TERMINALES O DE MUERTE INMINENTE, 2006)

Las disposiciones generales comprenden los casos de violación de la declaración de voluntad, ante el incumplimiento médico o instituciones de servicios salud, se debe indemnizar por daños y perjuicios a los afectados y se explicita la no responsabilidad civil o criminal al cumplir con lo dispuesto en esta Ley. (PROYECTO DE LEY DECLARACION VITAL DE VOLUNTAD DE PACIENTES TERMINALES O DE MUERTE INMINENTE, 2006)

Es importante indicar que en Argentina la Ley 17.132, sobre el ejercicio de la medicina, en su art. 19 enumera las obligaciones de los médicos, en el inciso 3° dice: *“Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alineación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos... En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz”*.

Mientras que en México a nivel Federal, se modificó la Ley General de Salud, para crear la figura de objeción de conciencia, permitiendo que los médicos se rehúsen a realizar diversos actos médicos cuando estos se contravengan con sus principios, creencias o valores. Lo cual puede resultar contraproducente, pues se legisla con miras a salvaguardar la autonomía del paciente y de alguna forma se pone como barrera la autonomía del médico, para cumplir con la voluntad del primero.

En el artículo 18 se establece que las controversias que lleguen a suscitarse se resolverán ante los Tribunales competentes, al igual que en el Distrito Federal, se suspende la aplicación de la voluntad hasta que exista resolución.

---

Se dicta de forma clara que la Ley no autoriza la práctica de la eutanasia ni la muerte por piedad. (PROYECTO DE LEY DECLARACION VITAL DE VOLUNTAD DE PACIENTES TERMINALES O DE MUERTE INMINENTE, 2006)

En el capítulo séptimo, artículos 20, 21, 22 y 23, se enlistan disposiciones transitorias, todas estas contemplan la necesidad de generar las condiciones adecuadas para la implementación de la Ley y su eficaz funcionamiento.

### **La legislación Española.**

Teniendo como marco jurídico la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Carta Social Europea, el Pacto Internacional de derechos civiles y políticos, el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales, el Convenio para la protección de las personas con respecto al tratamiento automatizado de datos de carácter personal y la Convención sobre los Derechos del niño, el 4 de abril de 1997 la Comunidad Europea, aprobó el Convenio de Oviedo, mismo que se convirtió en el primer instrumento jurídico en materia de bioética, con carácter vinculante e internacional para los países que lo suscriben.

En este documento se buscó otorgar y fortalecer la autonomía del paciente, a través de 34 artículos que abordan diversos temas, entre los que se encuentran: las obligaciones profesionales y normas de conducta, investigación científica, intervención genómica, situaciones de urgencia y las instrucciones anticipadas, lo cual se plasma en el artículo nueve del convenio, mismo que a continuación se enuncia: *“Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad”* (Europa, 1997)

---

Después de que España suscribió este convenio, de manera paulatina diversas leyes en materia de derechos de los pacientes, (en los que se contemplaron las directivas o voluntades anticipadas) se dictaron.

En diciembre de 2000 en la Comunidad Autónoma de Cataluña gracias a la expedición de la Ley N. 21 sobre “los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica” el testamento vital adquirió un estatus legal en la región. Asimismo, Andalucía se sumó a la generación de las leyes y en 2003 fue aprobada la ley de “Declaraciones Anticipadas”, la cual en su artículo segundo, da relevancia a toda manifestación escrita para que se incorpore al expediente del paciente, en ese documento expresa libre y conscientemente las opciones e instrucciones que deberán seguirse cuando ocurran situaciones clínicas en las que no pueda dar a conocer su voluntad personalmente.

A este esfuerzo y reconocimiento de la autonomía de los pacientes se unieron más Comunidades como Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Baleares, Castilla La Mancha, **Cataluña, la Comunidad Valenciana, Extremadura, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y el País Vasco.**

Si bien lo anterior resulta un esfuerzo local, a nivel nacional en noviembre de 2002 España expidió la “Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica” en la que se da reconocimiento al testamento vital, mismo que debe ser presentado por escrito, su revocación se realizará de manera libre en cualquier momento que el paciente lo desee.

La ley está conformada por seis capítulos y veintitrés artículos, en los cuales se aborda el derecho a la información sanitaria y a la intimidad, el respeto a la autonomía del paciente, historia clínica, informe de alta y emisión de certificados médicos.

---

Cabe hacer mención especial del capítulo cuatro, en el cual se plantean aspectos concernientes al consentimiento informado, teniendo como ejes rectores al paciente y sus derechos, indica también que este consentimiento deberá ser por escrito en casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y en aquellos procedimientos que suponen riesgos sobre la salud del paciente; al mismo tiempo enfatiza sobre la revocación libre de dicho escrito en cualquier momento.

Respecto a las instrucciones previas indica en su artículo once: que es el “documento por medio del cual, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo”.

En dicho artículo se expresa que cada otorgante designará a un representante que sirva como interlocutor para el cumplimiento de sus instrucciones. Asimismo confiere autonomía a las instancias de servicios de salud para regular el procedimiento adecuado para garantizar el cumplimiento de las voluntades suscritas. También establece el procedimiento de revocación.

Para dar eficacia al cumplimiento a nivel nacional de las disposiciones respecto a las instrucciones previas prevé la creación del Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro Nacional de Instrucciones Previas.

#### **4. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.**

Después de conocer los antecedentes históricos de las Leyes de Voluntad Anticipada existentes en el mundo; en el presente capítulo se analizarán tres documentos relativos a la Ley objeto de estudio. En primer término, el dictamen que agrupa las propuestas que dieron origen a la Ley en el Distrito Federal, posteriormente la Ley y su reglamento, por último se expondrán la legislación española y argentina en materia a fin de encontrar elementos que pueden brindar un panorama sobre cómo se han dictado las leyes en otras naciones y se ha logrado tener avance respecto a las Voluntades Anticipadas.

##### **A. Dictamen.**

El 26 de noviembre de 2007, las comisiones unidas de Administración y Procuración de Justicia; y de Salud y Asistencia Social, de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, emitieron un dictamen conjunto, el cual después de ser votado el 4 de diciembre del mismo año devino en la aprobación de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal; en dicho documento se plantean las modificaciones realizadas a las tres iniciativas presentadas a lo largo de un año, todas ellas coincidían en el tema del reconocimiento del derecho del paciente que padece una enfermedad terminal a rechazar medios, tratamientos y procedimientos médicos que tuvieran como objetivo prolongar de manera innecesaria su vida.

En primera instancia el dictamen, se refiere a la “Iniciativa de decreto que reforma y adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal, el Código Penal y el Código Civil, ambos para el Distrito Federal” con oficio No. MDPPPA/1124/2006, presentada el 23 de noviembre de 2006 por el diputado Armando Tonatiuh González Case, del

---

grupo parlamentario del Partido Revolucionario Institucional. (Dictamen, Comisiones Unidas de Administración y procuración de Justicia; y de Salud y Asistencia Social., 2007)

Con respecto a la iniciativa del diputado González Case, diversas propuestas, resultaron poco viables, los siguientes argumentos dan cuenta de ello:

La instauración del *testamento de vida y de la petición de misericordia*, las observaciones realizadas, dilucidan lo inconveniente que resultaría utilizar este término, ya que la figura jurídica del testamento existe, su objetivo principal es la transmisión de bienes, derechos y obligaciones y surte efecto después de la muerte del testador. (Dictamen, Comisiones Unidas de Administración y procuración de Justicia; y de Salud y Asistencia Social., 2007) En tanto que con el *testamento en vida* o *testamento vital* se busca respetar la petición de un paciente, cuando llegado el momento y no exista una perspectiva de salvar la vida o las condiciones de ésta sean muy precarias, no se prolongue innecesariamente. Por lo que se realiza cuando quien lo suscribe se encuentra aún vivo. (Brena, 2007)

Las precisiones realizadas ante la propuesta exponen los argumentos para no atender las reformas sugeridas al Código Civil para el Distrito Federal mediante ésta, la cual contemplaba la adición de un capítulo sobre *testamento en vida*.

Ante la propuesta de crear una Comisión de Ética, la cual se encargaría de autorizar o no el cumplimiento de los *testamentos de vida* y de las *peticiones de misericordia*, además de estar integrada por diversos funcionarios, entre ellos el Secretario de Salud de la entidad, se argumenta que en la actualidad existen comités de bioética en los hospitales formadas por médicos especialistas, encargados de la toma de decisiones. Aunque en realidad no sólo hay médicos, ya que las comisiones son multidisciplinarias.

Asimismo al delegar al Comité de Ética la responsabilidad de autorizar o no los *testamentos de vida*, se vulnera el principio de autonomía, pues dichos documentos tienen como finalidad, respetar los deseos de los pacientes al final de sus vidas.

La “Iniciativa de decreto por el cual se derogan diversas disposiciones del Código Penal y el Código Civil para el Distrito Federal” presentada por los diputados Jorge Carlos Díaz Cuervo y Enrique Pérez Correa, integrantes de la coalición parlamentaria Socialdemócrata, el día 6 de marzo de 2007 con oficio No. ALDFIV/CG/0183/2007, es la segunda propuesta que se retoma en el dictamen.

La propuesta esencial es la creación de una Ley de Voluntad Anticipada. En la iniciativa se busca la instauración de un *documento de voluntad anticipada* mediante el cual se regule el derecho de una persona que padece una enfermedad en fase terminal a rechazar tratamientos médicos, sin llegar a la eutanasia activa o pasiva, sino a la ortotanasia<sup>14</sup>, salvaguardando la dignidad como persona y velando por el derecho a recibir *cuidados paliativos y medidas mínimas ordinarias* o de soporte básico.

En el dictamen se define a los ***cuidados paliativos*** como las atenciones activas y totales de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo e

---

<sup>14</sup>Cabe en este momento plantear la diferencia entre eutanasia, eutanasia pasiva y ortotanasia. En primera instancia, la **eutanasia activa** es el acto o procedimiento, por parte de un médico, para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición expresa de éste. La **eutanasia pasiva** se lleva a cabo mediante la omisión o suspensión de acciones médicas con el objetivo de lograr la muerte del paciente. Un ejemplo de eutanasia pasiva es el retiro de un respirador u otro equipo que mantenga artificialmente la vida de un paciente sin posibilidades de alivio alguno, es decir, de un enfermo terminal o en agonía. Por último la **ortotanasia** es la defensa del derecho a morir dignamente, sin el empleo de medios desproporcionados y extraordinarios para el mantenimiento de la vida. Consiste en dejar que la muerte llegue en enfermedades incurables y terminales, brindándoles cuidados paliativos para evitar sufrimientos innecesarios. A diferencia de la eutanasia la ortotanasia no pretende deliberadamente la muerte del paciente. Esta actitud es aceptada por la mayoría de las religiones.



---

incluyen el control del dolor y otros síntomas, así como la atención psicológica del paciente; en tanto que la hidratación, higiene, oxigenación y/o nutrición que le sean brindados se consideran **medidas mínimas ordinarias**. (Dictamen, Comisiones Unidas de Administración y procuración de Justicia; y de Salud y Asistencia Social., 2007)

Las adiciones propuestas al Código Penal y la Ley de Salud para el Distrito Federal, establecían, en primera instancia, supuestos en los cuales se excluye de responsabilidad penal tanto al personal de salud, como a quien firme el documento de voluntad anticipada, y a su representante legal y/o a los familiares.

Asimismo se contempla la adición de una fracción al artículo 16 Bis 3 de la Ley de Salud para el Distrito Federal, en la cual se garantice el cumplimiento de la Ley de Voluntad Anticipada por parte del gobierno cuando los requisitos y formalidades estipulados en ésta sean cubiertos.

El último documento que se elaboró es la “Iniciativa con proyecto de decreto de Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, y de reformas y adiciones al Código Penal para el Distrito Federal y a la Ley de Salud para el Distrito Federal” presentada el 19 de junio de 2007 por varios diputados del grupo parlamentario del Partido de la Revolución Democrática y de la coalición parlamentaria Socialdemócrata, con oficio No. ALDFIV/CG/0370/2007 cuyo antecedente fue “la iniciativa de Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, y de reformas y adiciones a la Ley de Salud y al Código Penal, ambos para el Distrito Federal” presentada el 7 de mayo de 2007 por la diputada Paula Adriana Soto Maldonado, del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, la cual fue retirada para ser retomada y enriquecida.

En el dictamen se precisó que el proyecto de Ley fue resultado de un trabajo consensual, en el que intervinieron diferentes actores de la vida política, académica, médica y en general de la sociedad civil; quienes realizaron aportaciones que fueron tomadas en cuenta para el beneficio colectivo.

Se dilucida que **la voluntad anticipada tendrá como objetivo la ortotanasia o cuidados paliativos**, sin realizar acciones que devengan en la terminación intencional de la vida.

Se modificaron los términos de *encarnizamiento terapéutico* y *ensañamiento terapéutico* por el de *obstinación terapéutica* al considerarlos vocablos ásperos y altisonantes.

Con la finalidad de evitar confusiones e incertidumbre entre beneficiarios y quienes apliquen la Ley, se eliminan los términos: *autotanasia*<sup>15</sup>, *distanasia*<sup>16</sup>, *adistanasia*<sup>17</sup> y *mistanasia*<sup>18</sup>.

Los requisitos para formalizar el documento de voluntad anticipada se ajustaron y se indicó explícitamente quienes pueden suscribirlo, así como quiénes pueden fungir como testigos.

Cabe señalar que el dictamen no admite el término de muerte digna, considerándolo como una expresión inexacta y equívoca, aduciendo que la muerte *sólo es*, en tanto que, la dignidad es una cualidad de la persona, intrínseca a su naturaleza humana,

---

<sup>15</sup> **Autotanasia:** cuando un enfermo se deja morir, dejando de comer o de tomar las medicinas que el médico ha recetado.

<sup>16</sup> **Distanasia:** consiste en tratar de prolongar la vida por cualquier método posible, incluida la reanimación, sin importar las condiciones de dolor o dignidad del enfermo, de tratamientos inútiles desproporcionalmente molestos.

<sup>17</sup> **Adistanasia:** contrario a la Distanasia, es no tratar de prolongar la vida por cualquier método posible, incluida la reanimación, evitando las condiciones de dolor y procurando respeto a la dignidad de la persona, sin tratamientos inútiles, desproporcionalmente molestos.

<sup>18</sup> **Mistanasia:** es la muerte por abandono social, médico y espiritual.

---

por lo que se traslada esa cualidad al enfermo en etapa terminal y no a la forma en que su muerte ocurre.

## **B. De la Ley y su Reglamento.**

El 7 de enero de 2008 fue publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, en tanto que el reglamento correspondiente a ésta, se publicó el 4 de abril del mismo año.

La Ley, está conformada por cuarenta y siete artículos, agrupados en cinco capítulos, en los cuales se establecen las disposiciones preliminares, los requisitos para firmar un documento de voluntad anticipada así como las condiciones de nulidad y revocación de éste; también se estipulan los procedimientos para su cumplimiento y se dispone la creación de una Coordinación especializada en materia de voluntad anticipada.

En el presente apartado, se enlistan y analizan de manera breve los artículos de la Ley de Voluntad Anticipada (Consultar Anexo 2).

### **Capítulo primero: Disposiciones preliminares.**

Integrado por seis artículos, proporciona a los beneficiarios una definición de la Ley, estipula las disposiciones relativas a la Voluntad Anticipada en materia de ortotanasia, realiza precisiones en torno a los términos que se utilizan y la manera en que deben entenderse y exime de responsabilidad al personal de salud que actúe en concordancia con lo establecido por la presente ley.

En el artículo 1° se expresa que la ley tiene por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos

y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, “protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural”. (Artículo 1, 2008)

Sin embargo hay dos cosas que debatir, la primera de ellas es que se lee, **cualquier persona en capacidad de ejercicio**, en tanto que el artículo 47 de la misma ley, solo hace referencia a los enfermos terminales, el segundo punto, como lo señala la Dra. Brena, es que se perdió la oportunidad de permitir a las personas que puedan decidir no solo sobre qué tratamientos o procedimientos no quieren que le sean aplicados, sino también cuáles sí acepta cuando dado el caso, no esté en condiciones de manifestar su voluntad, ya sea en forma transitoria, por efectos de tratamientos, trastornos de salud o por efectos de una enfermedad permanente. (Brena, 2007)

La **ortotanasia** (del griego “orthos”, recto, justo que observa el derecho conforme a la razón, que obra con juicio) se utiliza para designar la actuación correcta por parte de quienes atienden a un enfermo terminal ante la cercanía de su muerte. (Amenós Vidal) Por tanto, la práctica de la ortotanasia dista mucho de la eutanasia.

El término ortotanasia, es utilizado principalmente en la literatura católica, y refleja la oposición que el Vaticano ha manifestado hacia la eutanasia tanto activa como pasiva, este vocablo, hace referencia al valor sagrado de la vida humana y la dignidad de la persona frente a la muerte, asimismo busca que se respeten los derechos de las personas moribundas y se proteja la voluntad del enfermo y el derecho del médico a la objeción de conciencia, la obligación del médico y su deber de preservar la vida, por lo tanto la paliación es el recurso que debe ser utilizado a fin de no adelantar la muerte. (Apuntes del curso de ética “Muerte Voluntaria: Suicidio, Suicidio médicamente asistido y eutanasia”, 2009)

En el artículo 3°, se estipulan de manera concreta los conceptos que deberán ser asumidos para la ejecución de la ley, lo cual tiene como fin, que exista un mejor funcionamiento de ésta. Sin embargo, existen dos consideraciones en torno a la definición de cuidados paliativos y medidas mínimas ordinarias, acciones vinculadas con la ortotanasia y en la ley se conciben como dos términos diferentes, sin serlo en realidad.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un documento publicado en 1990 que versa sobre cuidados paliativos se plantea que dichos cuidados no sólo proporcionan alivio del dolor y otros síntomas, sino que afirman la vida y consideran a la muerte como un proceso normal, sin adelantar, ni retrasar la muerte. Integran aspectos espirituales y psicológicos en el cuidado del paciente, ofreciendo un sistema de soporte para ayudarlos a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, salvaguardando su dignidad y autonomía. (Estrategía Nacional de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007., 2007)

Los cuidados paliativos también ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y el duelo, también buscan mejorar la calidad de vida (de los familiares) teniendo una influencia positiva en el transcurso de la enfermedad. Además su aplicación puede realizarse de manera conjunta con otros tratamientos médicos.

Por lo antes dicho, los cuidados paliativos incluyen aquellas acciones que la ley concibe como medidas mínimas ordinarias. En este momento valdría la pena preguntar ¿de qué forma logrará satisfacer el sistema de salud la demanda de dichos servicios en caso de que la población opte por firmar un documento de voluntad anticipada solicitando cuidados paliativos contemplando todos los aspectos que involucran?

Los artículos 4°, 5° y 6° se refieren a disposiciones de índole puramente legal, planteando que puede aplicarse siempre y cuando no contravenga otras disposiciones vigentes, en el territorio que tiene efecto lo decretado y el último exime de responsabilidad a quienes actúen acorde a lo establecido en la ley.

### **Capítulo segundo: De los requisitos del Documento de Voluntad Anticipada.**

En el segundo capítulo de esta ley se establecen de manera general los requisitos para la suscripción del Documento de Voluntad Anticipada, y de manera específica se estipula quienes pueden firmarlo, el procedimiento que debe seguirse, quienes no pueden fungir como testigos o representantes y las funciones que deben desarrollar, así como los que sí pueden llevar a cabo esta función.

Con respecto a este artículo debe señalarse que se ve vulnerado el principio de autonomía del paciente, al permitir que la voluntad anticipada sea suscrita por familiares o personas señaladas en los términos y supuestos de la Ley (en el artículo 8° se aborda el tema de representantes). Lo mismo sucede cuando se trata de enfermos terminales menores de edad, por no ser considerados como sujetos de derecho.

Existe una contraposición entre el artículo anterior y el presente, debido a que en este se establece que uno de los requisitos del documento de Voluntad Anticipada es que sea suscrito por el solicitante, dejando a un lado los casos a los que hace referencia el artículo 7.

En el último párrafo de este artículo se aborda el tema de la donación de órganos, aspecto que no se encontraba regulado en el Distrito Federal cuando la ley se aprobó, sólo a nivel federal se abordaba el tema en la Ley General de Salud en su título XIV, capítulo del 1 al 3, artículos 313 al 342. (2002)

La Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó en agosto de 2008 la creación del Consejo y Centro de Trasplantes, el 22 de octubre del mismo año, se publicaron en la Gaceta Oficial del Distrito Federal las modificaciones a la Ley de Salud para el Distrito Federal sobre la creación y funciones de dicho consejo. (Campaña de Donación de Órganos, Tejidos y Células)

En los artículos 9, 10 y 11 se exponen dos modalidades para firmar el documento, la primera de ellas, se realiza ante Notario y cuando hay imposibilidad de acudir ante éste, surge la segunda opción la cual se lleva a cabo ante personal de salud correspondiente y dos testigos. Las especificidades de cada modalidad se explican de manera breve en la tabla 1.

La observación que se hace con respecto a los artículos es que no se señala a quienes de los integrantes del personal de salud definidos en el artículo tercero de la ley, corresponde cumplir esta función cuando sea el caso.

**Tabla 1. Formas de suscripción de la Voluntad Anticipada** (Voluntad anticipada, 2009)

	<b>Formato</b>	<b>Documento</b>
<b>Autoridad responsable</b>	Personal de la Secretaria de Salud del Distrito Federal.	Notario Público.
<b>Sitios</b>	SSDF y privada unidades médicas.	Cualquier Notaría.
<b>Requisitos del suscriptor</b>	Paciente con diagnóstico en etapa terminal.	Cualquier persona con capacidad de ejercicio.
	Avalado por el Comité de Ética.	
<b>Representante</b>	Si	Si
<b>Testigos</b>	Si	Si
<b>Costo</b>	No	Si

Se prevé la creación de una Coordinación Especializada en materia de Voluntad Anticipada, aspecto que se desarrolla en el último capítulo, sin embargo desde este momento se establecen algunas de sus funciones; la recepción de los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada y la notificación al Ministerio Público y al personal de salud para la integración del documento al expediente clínico. Con información de la Coordinación Especializada en materia de Voluntad Anticipada, el procedimiento a seguir para ambas modalidades se presenta en la siguiente figura.



**Figura 2. Procedimiento para documentos y formatos de Voluntad Anticipada** (Voluntad anticipada, 2009)



En el artículo 12 se estipula en forma negativa, quienes pueden fungir como testigos, ya que se lee en este “No podrán ser testigos...” y posteriormente enlista cinco causas por las cuales una persona no puede desempeñar dicho papel, lo cual permite que se interprete que quienes estén excluidos de dichas condiciones puede ser testigos. Asimismo llama la atención que los menores de edad, mayores de 16 años puedan ser considerados como testigos, ya que la ley no los concibe sujetos de derecho según lo establecido en el artículo 7° considerando que el ejercicio de los derechos se adquiere con la ciudadanía a los 18 años de edad.

Los artículos 13, 14, 15, 16, 17 y 18 de la Ley hacen referencia a los representantes, quienes llegado el momento vigilarán el cumplimiento de la voluntad suscrita. Valdría la pena no sólo contemplar la figura de los representantes, sino también la de sustitutos; que en ausencia del representante podrían vigilar el cumplimiento de los deseos del paciente.

En los artículos 19, 20, 21 y 22, se establecen las condiciones que regulan los supuestos por el artículo séptimo de la ley. De nueva cuenta se considera que los menores de edad con 17 años cumplidos, pueden suscribir la voluntad anticipada en caso de no contarse con las personas facultadas para dicho fin en los supuestos establecidos por los artículos 19 y 20.

Con respecto a los artículos 22 y 25, se hace referencia a la obligación del Notario o bien del personal de salud a dar lectura en voz alta una vez suscrito el documento o formato de Voluntad Anticipada.

En el artículo 23, resulta un tanto subjetivo el determinar si se está libre de coacción, por lo que habría que establecer los mecanismos o acciones que permitan objetivar dicho juicio.

---

El documento no debe presentar hojas en blanco o abreviaturas, de ser así, existe una multa de quinientos salarios mínimos que tendrá que ser cubierta por el Notario o quien haya redactado el documento. (Artículo 26, 2008)

Una vez que el suscriptor está de acuerdo con lo que se ha plasmado en el documento de Voluntad Anticipada, procederán a firmarlo, el solicitante, el Notario, los testigos y en caso de haber requerido de un intérprete por no entender el idioma, también éste firmará el documento. Además quedará asentado quien fungirá como representante.

En caso de que el solicitante no pueda comprobar su identidad, deberán acudir dos testigos para corroborarla. Asimismo en los casos en que el suscriptor no sepa firmar, estampará su huella, en tanto que uno de los testigos firmará a petición del solicitante. (Artículo 29, 2008)

Debido a que la ley se expide para habitantes del Distrito Federal y su población está conformada también por residentes extranjeros, el artículo 33, regula los casos que puedan suscitarse con respecto a extranjeros que no entiendan el español, quienes no pierden el derecho a firmar un documento de Voluntad Anticipada, sino que manifestarán su voluntad en su idioma natal, para que esta posteriormente sea traducida al español por el intérprete mencionado en el artículo 22.

En caso de que el extranjero no sepa escribir, dictará en su idioma la voluntad y se procederá acorde a lo dispuesto en el presente artículo. El documento original y la traducción serán firmados por el suscriptor, el intérprete y el notario, para conformar un solo documento.

En el artículo 34 se expresa que las formalidades del capítulo se realizarán en un solo acto, que comenzará con la lectura del Documento de Voluntad Anticipada o el Formato correspondiente ante el Notario o persona facultada para los efectos, quien dará fe de haber cumplido con ellas.

Hay una laguna entre el artículo 11 y 35, puesto que en el 11 se indica que la Coordinación dará conocimiento al Ministerio Público, resguardará y archivará los Documentos, sin embargo, en el 35, se estipula que el solicitante deberá entregar el Documento al personal encargado para, la integración al expediente clínico e implementar el tratamiento del enfermo. Sin embargo no se explica si se genera una copia del documento o de qué manera es que el solicitante llevará a cabo esta acción.

### **Capítulo tercero: De la nulidad y revocación de la Voluntad Anticipada**

El tercer capítulo de la Ley de Voluntad Anticipada, integrado por 4 artículos, aborda aspectos relativos a la nulidad y revocación del documento.

En dichos artículos se plantea que carece de validez todo documento realizado de manera diferente a la establecida por esta ley, así como el que se firme bajo influencia de amenazas contra el solicitante, sus bienes o sus familiares. Tampoco será válido cuanto el signatario no exprese clara e inequívocamente su voluntad, sino sólo por señales o monosílabos en respuesta a las preguntas que se hagan. Asimismo cuando existan vicios en la voluntad que se dicta. (Artículo 36, 2008)

El artículo 37 enuncia que en cualquiera de los casos anteriores, el signatario podrá revalidar su Documento o Formato de Voluntad Anticipada con las solemnidades correspondientes.

El único autorizado para revocar el Documento o Formato es el signatario, asimismo en el artículo 38 se indica que no proceden disposiciones testamentarias, legatarios o donatarias de bienes, derechos u obligaciones ajenos a la Voluntad Anticipada.

---

El último documento de Voluntad Anticipada que se firme se considera como válido ante la probabilidad de que haya diversos documentos elaborados en distintas fechas.

#### **Capítulo cuarto: Del cumplimiento de la Voluntad Anticipada.**

Cuatro artículos integran este capítulo en el que se dicta la forma en que ha de cumplirse la voluntad anticipada.

En el artículo 42, se aborda el tema de la objeción de conciencia, el cual merece atención especial debido a que según lo plasmado en el artículo 2° de la presente ley, el cumplimiento de la voluntad de los pacientes, no contraviene leyes ni códigos éticos de la medicina, al sólo tratarse de ortotanasia y no de terminar de manera intencional con la vida, lo cual se ratifica en el artículo 43.

Al respecto caben dos preguntas, la primera es: ¿qué ocurre si alguien que no está en etapa terminal no desea recibir tratamiento desde el momento en que conoce su diagnóstico padeciendo una enfermedad crónico-degenerativa? y ¿por qué entonces toda persona en capacidad de ejercicio puede suscribir la ley, si hay artículos que sólo hacen referencia a los enfermos terminales?

#### **Capítulo quinto: De la Coordinación Especializada en materia de Voluntad Anticipada.**

En lo que concierne a las funciones y competencias de la Coordinación Especializada, los artículos 45 y 46 conforman este capítulo, las observaciones que se hacen al respecto es que nunca se indica en qué momento el documento es incorporado al expediente clínico, ya que sólo se menciona que recibirá, archivará y resguardará.

Asimismo no se menciona la labor de difusión de la ley o bien sobre la utilidad que posee el Documento de Voluntades Anticipadas, o el procedimiento que debe

---

seguirse, con la finalidad de educar a la población y al personal de la salud en la materia, sino que se aborda, de nueva cuenta, el tema de la donación de órganos.

### **Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada.**

El Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal (Consultar anexo 3) entró en vigor el día 5 de abril de 2008, según lo estipulado en ésta. Se encuentra integrado por 40 artículos, en los cuales se establecen mecanismos para el funcionamiento y aplicación de la Ley.

#### **Primer Capítulo: Disposiciones Generales.**

El primer capítulo del Reglamento está formado por once artículos en los que se hace referencia a las disposiciones que regulan la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal en Instituciones de Salud, públicas y privadas. (Artículo 1, 2008)

En el segundo artículo se realizan varias definiciones, entre las que se encuentra la del Documento de Voluntad Anticipada, el cual es un Documento Público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la obstinación terapéutica, también aquí se especifica la diferencia entre el documento y el formato de Voluntad Anticipada.

En el inciso VIII de este artículo se define a la obstinación terapéutica como la utilización innecesaria de medios, instrumentos y métodos médicos, para mantener vivo a un enfermo en etapa terminal, sin considerar a aquellos pacientes que ya sea por accidente o diversas causas quedan sin oportunidad de recuperación.

Se precisan además términos como Comité Hospitalario de Ética Médica, diagnóstico médico del enfermo en etapa terminal, representante y suscriptor, entre otros.

Uno de los conceptos que se tiene en cuenta es el de **Información al Enfermo** el cual debe cumplir determinadas características como lo son la veracidad y claridad además de ser completa y brindar al paciente o al suscriptor del documento (con base en las fracciones III y VI del artículo 7 de la Ley) pronóstico y plan de manejo.

En el artículo 3 se especifica que cualquier persona puede suscribir un documento de Voluntad Anticipada, ante Notario Público o bien ante el personal de salud correspondiente cuando quien lo firme sea un enfermo terminal y se trate del Formato emitido por la Secretaría de Salud.

Retomando lo estipulado en los artículos 2 y 3 de la Ley, el artículo 4 del Reglamento, hace énfasis en las consecuencias que tiene la expresión, **Voluntad Anticipada**, entre las cuales se encuentran: la **no obstinación terapéutica**, la **aplicación de cuidados paliativos** y en su caso la **sedación controlada**, además de la **asistencia psicológica o tanatológica al paciente y sus familiares**.

El artículo 5 establece los beneficios que se otorgarán a quienes sean diagnosticados en la Red Hospitalaria<sup>19</sup> para el cumplimiento de su Voluntad Anticipada, el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a quienes residen en el Distrito Federal y que carecen de Seguridad Social Laboral, también indica que la suscripción será gratuita al realizarse dentro de una institución de salud, en tanto que el costo del tratamiento y los medios de atención médica quedan sujetos a lo establecido en la Institución de Salud correspondiente, sin que quede

---

<sup>19</sup> Conjunto de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, que proporcionan servicios de atención médica, quirúrgica y hospitalaria.

---

claro si aplica también la gratuidad o el paciente debe realizar los pagos correspondientes.

Quien sea diagnosticado en Unidades Médicas Hospitalarias distintas a las de la Secretaría de Salud, podrán ingresar a la Red Hospitalaria, a través de un proceso que permita corroborar el diagnóstico médico de enfermo en etapa terminal. (Artículo 6, 2008)

Para el cumplimiento de lo establecido en el artículo 9 de la Ley, los artículos 7 y 8 indican forma y tiempo en que debe realizarse la notificación de un Documento o un Formato de Voluntad Anticipada ante la Coordinación Especializada. Se estipulan algunos datos que debe contener el aviso que sea entregado (nombre, fecha y nombre de los padres de la persona a quien se aplicará la ortotanasia) y la documentación que debe anexarse.

El artículo 9 precisa que, en caso de que el enfermo en etapa terminal manifieste el deseo de donar sus órganos y tejidos, debe suscribir el formato emitido por el Centro Nacional o Local de Trasplantes.

“Los Documentos e información que se generen en función de la Voluntad Anticipada, se sujetarán a lo dispuesto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal.” (Artículo 10, 2008), el artículo 10 no indica de manera concreta la forma en que queda sujeta esta información, ya que puede proceder en dos sentidos, para revocación del Documento o para el manejo que se dé a esta información en las instituciones en que tenga lugar el cumplimiento de la Voluntad Anticipada.

No obstante, el artículo 11 estipula que el personal de salud y administrativo de las Unidades Médicas pertenecientes a la Red Hospitalaria o bien de índole Privado, deberán guardar confidencialidad y reserva con respecto a la información que se genere en torno a la Voluntad Anticipada.

---

## **Segundo Capítulo: Requisitos del Documento y Formato de Voluntad Anticipada.**

El segundo capítulo del reglamento está integrado por dieciocho artículos, del 12 hasta el 29, dentro de los cuales se detallan los requisitos que deben cumplirse al firmar un Documento o Formato de Voluntad Anticipada.

El artículo 12 establece que, “el Documento de Voluntad Anticipada suscrito ante Notario, deberá contener las formalidades y requisitos que señala el Código Civil vigente para el Distrito Federal, la Ley del Notariado, la Ley, su Reglamento y la demás disposiciones aplicables” (Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal., 2008)

Las instituciones Privadas en el Distrito Federal, deberán usar el Formato de Voluntad Anticipada emitido por la Secretaría de Salud. (Artículo 13, 2008)

En cada Unidad Médica Hospitalaria y en las Instituciones Privadas, los directivos designarán a un responsable que se encargará de recabar los documentos y datos del enfermo en etapa terminal o en su caso del suscriptor para llenar el Formato de Voluntad Anticipada (Artículo 14, 2008); los documentos que deben anexarse según lo estipulado en el artículo 18 del Reglamento, son: “ copia de identificación oficial de los participantes; copia de su resumen clínico (Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal., 2008); copia con firma autógrafa del diagnóstico médico del enfermo en etapa terminal y copia del formato emitido por el Centro Nacional de Trasplantes o Centro Local, cuando la voluntad del enfermo en etapa terminal o suscriptor sea la de donar órganos...”. (Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal., 2008)



Las formalidades que debe cumplir el responsable de recabar los datos y llenar el Formato el cual debe expedirse por triplicado<sup>20</sup>, son: requisitar en un sólo acto el Formato de Voluntad Anticipada; verificar la identidad del enfermo en etapa terminal o suscriptor y demás participantes; solicitar al enfermo en etapa terminal o suscriptor de la Voluntad Anticipada, que exprese de modo claro su voluntad; dar lectura en voz alta al contenido del Formato, con la finalidad de que el enfermo en etapa terminal o suscriptor confirme que su voluntad se encuentra en los términos y condiciones manifestadas; no deberá utilizar abreviaturas, ni contener tachaduras o enmendaduras; y recabar las firmas de los participantes. (Artículo 15, 2008)

En el artículo 16 se detallan los elementos que debe contener el Documento de Voluntad Anticipada, en tanto que el artículo 17 precisa las disposiciones que deben encontrarse en el Formato para que tenga validez. Como fue mencionado anteriormente, el artículo 18 indica los documentos que deberán anexarse al Formato. (Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal., 2008)

### **Tercer Capítulo: De la Nulidad y Revocación de la Voluntad Anticipada.**

Conformado por los artículos 30, 31 y 32, este capítulo retoma aspectos ya estipulados en la Ley, con respecto a la nulidad de la Voluntad Anticipada y la revocación de ésta, definiendo las funciones del personal y las instancias responsables.

En el artículo 30 se establece que el personal de salud responsable de recabar información, deberá suspender el llenado del Formato de Voluntad Anticipada y

---

<sup>20</sup> Una ejemplar se entregará a la Coordinación Especializada, otro a la Unidad Médica Hospitalaria y el restante es para el enfermo terminal o en su caso el suscriptor o representante.

---

notificar el hecho a la Coordinación Especializada dentro de los siguientes dos días hábiles, cuando al suscribir dicho Formato existan amenazas contra el enfermo o representante, o bien que se busque obtener algún beneficio del paciente, también cuando el enfermo no exprese claramente su voluntad. Así como en los casos en que no se entienda el español y no haya un traductor presente.

Lo anterior resulta complicado, si se considera que los servicios de salud están saturados y por ende el personal de salud, no puede estar al tanto de todo lo que ocurre con un paciente y la relación que guarda con la familia o conocidos, por lo que algunos documentos pueden ser firmados existiendo determinada presión sin que esto pueda ser detectado.

El artículo 31, aborda el tema de la revocación del Documento o Formato de Voluntad Anticipada, ante la existencia de dos o más documentos firmados en diferentes fechas, y establece que la actuación de la Coordinación Especializada se llevará a cabo a fin de dar validez al último documento registrado y hará la notificación correspondiente a la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud, en un lapso no mayor a cuarenta y ocho horas. (Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal., 2008)

El último artículo que integra este capítulo, considera el supuesto de controversia u objeción por parte de la institución, el médico o la familia con respecto a la validez y/o contenido de la Voluntad Anticipada, para lo cual dispone la participación de un Juez a fin de dar resolución a la situación, en tanto esto se logra, el cumplimiento del documento queda suspendido.

#### **Cuarto Capítulo: Del Cumplimiento de la Voluntad Anticipada.**

Las funciones del personal de salud, las Unidades Médicas Hospitalarias e Instituciones Privadas de Salud y el Comité Hospitalario de Ética, para el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de

---

Voluntad Anticipada, se estipulan en el artículo 33 del presente reglamento, estas son diversas e inician con la emisión y confirmación del diagnóstico del enfermo terminal; la suscripción del documento y la notificación correspondiente ante la Coordinación Especializada y la implementación del tratamiento multidisciplinario del enfermo en etapa terminal.

Al llevar a cabo el tratamiento, se solicita brindar apoyo a las Instituciones Privadas de Salud para otorgar cuidados y medidas necesarias para cumplir la Voluntad Anticipada del paciente, en tanto que las Unidades Médicas Hospitalarias son directamente responsables de llevar a cabo dicha tarea, (Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal., 2008) asimismo de conformidad con la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, proporcionarán los medicamentos y material de curación que el enfermo en etapa terminal requiera. (Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal., 2008)

El Médico tratante, con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, se vuelve responsable de los registros en el expediente clínico del enfermo en etapa terminal, del plan de manejo de acuerdo con la evolución, las actualizaciones del cuadro clínico, los resultados de estudios, indicaciones médicas y acciones realizadas en cumplimiento del Formato o Documento de Voluntad Anticipada. (Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal., 2008)

Además del cumplimiento de una Norma Oficial Mexicana, lo que se establece aquí no es algo que resulte nuevo, pero si necesario, ya que al llevar una bitácora en la que se dé cuenta de todo aquello que se hizo por el respeto a la voluntad expresa del paciente.

En el Artículo 36 se determina que, de existir la voluntad para donar órganos y tejidos, la Coordinación Especializada, informará a los Centros Nacional o Local de Trasplantes.

Con respecto a la atención médica domiciliaria, el artículo 37, dicta las disposiciones a las que se sujeta su otorgamiento, entre las que se determina que sólo se otorgarán dentro del territorio que comprende el Distrito Federal cuando esta sea indicada por el médico tratante y programada por la Unidad Médica Hospitalaria, a solicitud del enfermo en etapa terminal, representante y/o familiares a través del área de trabajo social.

Con respecto al personal de salud que brinde atención médica a domicilio, este debe proporcionar cuidados paliativos y atención psicológica o tanatológica al enfermo y sus familiares, además de incorporar la información al expediente clínico y capacitar a la familia o cuidador primario para proporcionar los cuidados paliativos necesarios. En caso de defunción, compete al personal de salud expedir el certificado correspondiente.

### **Quinto Capítulo: De la Coordinación Especializada en Materia de Voluntad Anticipada.**

En este último capítulo se hace referencia a la Coordinación Especializada, que contará con presupuesto, áreas administrativas que permitan su adecuado funcionamiento, el Secretario de Salud designará a un titular a quien corresponden las funciones de resguardo, organización y actualización de la base de datos de los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada. Además se establecen los mecanismos para la vigilancia del cumplimiento de las voluntades anticipadas por parte de las Unidades Médicas Hospitalarias e Instituciones Privadas de Salud, la notificación al Ministerio Público e instancias competentes la suscripción de Documentos o Formatos y las irregularidades que tengan lugar.

---

Asimismo se explica la manera en que se realizarán las campañas de fomento y difusión de la cultura de donación de órganos y tejidos, y los lineamientos para fungir como vínculo entre el Centro Nacional y/o Local de Trasplantes.

Si bien es cierto que resulta necesario estar al tanto de lo que ocurre con la donación de órganos, considero que existe un problema al combinar dos aspectos, que si bien están concatenados, requieren de atención particular, ya que dentro de las funciones del titular de la coordinación, nunca se estipula la difusión de información que motive la firma de Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada entre la población beneficiaria.

---

## **II. OBJETIVOS.**

---

---

## **1. Objetivo General.**

Conocer la influencia de factores sociales, ideológicos y culturales para la aceptación o rechazo de la suscripción de documentos de voluntad anticipada entre la población usuaria de servicios de salud públicos y privados, residente en el Distrito Federal mayor de 18 años, beneficiaria de la Ley de Voluntad Anticipada.

## **2. Objetivos Específicos.**

Identificar el conocimiento que posee la población beneficiaria de la ley de voluntad anticipada sobre la misma, es decir, si saben a qué se refiere y cómo funciona la Ley.

Mostrar la relación existente entre la edad, la religión, el nivel de estudios e ingresos y la suscripción de voluntades anticipadas.

Describir la concepción que tiene la población respecto al tema de la muerte digna, la vida, la suscripción de documentos de voluntad anticipada y la toma de decisiones en situaciones médicas que ponen en riesgo la vida.

Proponer acciones desde Trabajo Social que favorezcan al ejercicio de la autonomía del paciente considerando el marco legal que establece la Ley materia de estudio.

---

### **III. HIPÓTESIS.**

---

---



**Hipótesis.**

H<sub>1</sub> La aceptación de la Ley de Voluntad Anticipada entre los usuarios de servicios de salud públicos y privados, residentes en el Distrito Federal, se encuentra determinada por la edad, la religión que profesan, el nivel de ingresos y de estudios, haber tenido pacientes con enfermedades terminales y la manera en que perciben la libertad para tomar decisiones como pacientes.

H<sub>0</sub> La aceptación de la Ley de Voluntad Anticipada entre los usuarios de servicios de salud públicos y privados, residente en el Distrito Federal, no se encuentra determinada por la edad, la religión que profesan, el nivel de ingresos y de estudios, haber tenido pacientes con enfermedades terminales y la manera en que perciben la libertad para tomar decisiones como pacientes.

---

## **IV. MATERIAL Y MÉTODOS.**

---

---

## 1. Planteamiento del problema.

El avance científico y tecnológico tiene gran impacto en la sociedad, en la cultura, en las conductas y actitudes e incluso en la intimidad personal, dicho impacto se da, ya sea por la influencia que ejercen los medios de comunicación en una sociedad o porque su aplicación tiene efecto directo sobre una persona o comunidad. Debido a ello, resulta importante observar los cambios que ocurren en la sociedad, ver la aceptación y función que cumplen las nuevas tecnologías y cómo las ciencias de la salud se valen de ellas para brindar mejor calidad de vida a los individuos y para los fines de esta investigación, también una calidad al final de la vida.

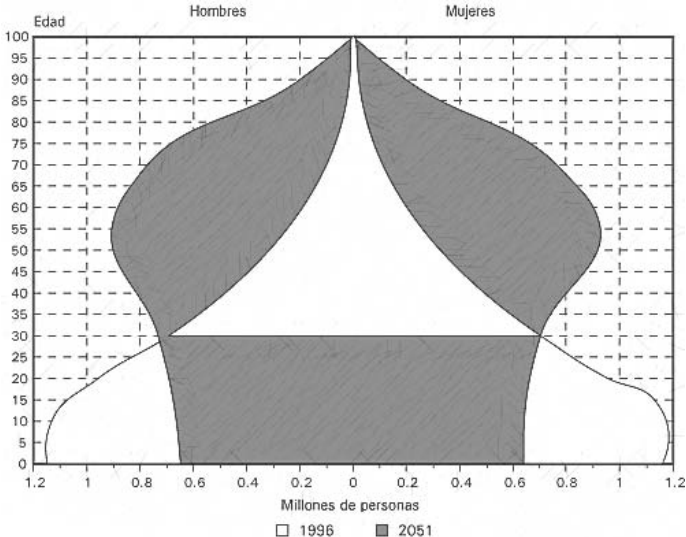
Dichos avances han puesto en disputa diversos aspectos éticos, al evidenciar el carácter problemático que algunas alternativas médicas representan moral, social y culturalmente hablando, como lo son la obstinación terapéutica, el suicidio médicamente asistido, la eutanasia y la ortotanasia o cuidados paliativos.

En el Distrito Federal la aprobación de la LVA, significa un avance que busca salvaguardar los derechos de los individuos hasta el fin de su vida y las decisiones que pueden ser tomadas para su atención en búsqueda de una muerte digna, esto debido a que las principales causas de muerte son enfermedades crónico-degenerativas que, generalmente, tienen una larga agonía, incluyendo, en muchas ocasiones dolor, principalmente causado por padecimientos oncológicos, sin embargo esta Ley pudiera aparecer como algo para lo que la sociedad mexicana no está del todo lista, considerando a la religión, la forma en que se asume el rol de paciente y perspectiva que se tienen respecto a la autonomía, entre otros factores.

No obstante la relevancia de este documento radica en la proyección poblacional de ancianos en México hacia 2020, misma que habrá aumentado en un 240% con respecto a 1980 (Ortiz, 2008), además el Consejo Nacional de Población (CONAPO), realizó estimaciones y proyecciones poblacionales de 1995 a 2051, como se muestra en la figura 1; por lo que uno de los retos que se enfrentan en este

siglo, es establecer la vinculación entre ciencia y humanidad, con la finalidad de que la prestación de servicios de salud se realice atendiendo a los principios bioéticos de: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia; con un enfoque laico que permita la adopción de nuevos derechos como la voluntad anticipada o la limitación de esfuerzos terapéuticos.

**Pirámide de población, 1995-2051**



**Figura 3. Fuente: Estimaciones y Proyecciones del CONAPO bajo la hipótesis programática.**

Debido a lo mencionado con antelación, resulta necesario identificar si la población beneficiaria de dicha ley, posee conocimiento de la misma, así como las perspectivas y necesidades que tiene frente a la ley aprobada y la idea de muerte digna que podría conllevar ésta.

Al poder identificar el grado de conocimiento que existe entre la población respecto a la ley, su funcionamiento, las condiciones en las que se elabora el documento, las instituciones responsables de resguardar y dar cumplimiento a la voluntad de los pacientes que la suscriben, así como de los derechos que asisten a los pacientes respecto al final de la vida y cómo es que factores tales como el nivel socioeconómico, la religión o la edad influyen al tomar una decisión de esta índole.

---

Al conocer el papel que los elementos que se han mencionado juegan, podrá realizarse desde la perspectiva de Trabajo Social una propuesta que propenda al ejercicio de la autonomía del paciente y a la sensibilización del personal del área de la salud, favoreciendo la difusión de la ley y las implicaciones que tiene la suscripción de un formato o un documento de voluntad anticipada.

## **2. Muestra.**

La construcción de la muestra se realizó con base en los datos proporcionados por el Censo del INEGI, que para 2010, reportaba un total de 8,851.080 habitantes en la ahora Ciudad de México, de los cuales el 73.6% (6,514.394) correspondía a residentes mayores de 18 años, quienes se consideraron para realizar la presente investigación, ya que la edad es un requisito explícito en la Ley promulgada. Para poder realizar el cálculo de la muestra se empleó el programa Stats, con un nivel de confianza del 95% y un intervalo de confianza de 5%. La fijación se considera simple, ya que a cada estrato le corresponde igual número de elementos muestrales. Por lo antes expuesto se trata de un muestreo estadístico aleatorio simple.

## **3. Universo espacial y temporal.**

Para realizar la recopilación de la información, se requirió la realización de trabajo de campo durante 2010 con 384 usuarios de servicios de salud pública y privada en el Distrito Federal, considerando 24 residentes por cada una de las delegaciones políticas de dicha entidad. A continuación, se incluye la tabla de las instituciones de salud a las que se acudió para aplicar el instrumento de estudio.

**Tabla 2. Instituciones en donde se aplicó el instrumento.**

Institución de salud	Delegación	Sector
Hospital General Dr. Enrique Cabrera	Álvaro Obregón	Público
Hospital de la Divina Providencia	Azcapotzalco	Privado
Hospital General Xoco	Benito Juárez	Público
Centro Veracruzano de Prevención del Cáncer en la Mujer, A.C	Benito Juárez	Privado
Hospital Materno de Cuajimalpa	Cuajimalpa de Morelos	Público
Hospital General Gregorio Salas	Cuauhtémoc	Público
Instituto Nacional de Pediatría	Coyoacán	Público
Hospital General La Villa	Gustavo A. Madero	Público
Hospital General Iztapalapa	Iztapalapa	Público
Hospital Pediátrico Iztacalco	Iztacalco	Público
Sanatorio María de Lourdes	Magdalena Contreras	Privado
Hospital Ángeles México	Miguel Hidalgo	Privado
ISSSTE Clínica de Medicina Familiar Milpa Alta	Milpa Alta	Público
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez	Tláhuac	Público
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	Tlalpan	Público
Hospital General Balbuena	Venustiano Carranza	Público
Hospital Materno Infantil Xochimilco	Xochimilco	Público

#### 4. Criterios de inclusión y exclusión.

Para la realización de la presente investigación fueron considerados los usuarios de servicios de salud públicos y privados, residentes en el Distrito Federal, mayores de 18 años, al ser beneficiarios de la Ley objeto de estudio.

---

Fueron excluidos del estudio aquellos usuarios de los servicios de salud residentes en otro estado de la República o menores de edad.

## **5. Aspectos Éticos.**

Al iniciar la entrevista con cada uno de los participantes fue mencionado el objetivo de la investigación, asimismo no fueron solicitados datos de índole personal como nombre, domicilio o número telefónico, garantizando la confidencialidad de la información.

## **6. Instrumento.**

Al definir las unidades de análisis se dio inicio al diseño de un instrumento en el que se recopiló la opinión de los sujetos involucrados en la problemática planteada, esto con carácter cualitativo, al recopilar información que corresponde a las percepciones de los participantes. Mismo que quedó integrado por 24 preguntas vinculadas a la concepción de la vida, de la muerte, de la persona, desde diferentes perspectivas, que incluyen la filosófica, biológica, teológica y social. Se consideran cuestiones relativas al proceso que enfrentan los pacientes y sus familiares ante una enfermedad terminal y finalmente se profundizó sobre el conocimiento de la Ley de Voluntad Anticipada. El Instrumento para la recolección de información puede consultarse en el anexo 1.

## **7. Variables de estudio.**

Para la integración del instrumento fueron consideradas las siguientes variables:

**A. Datos sociodemográficos.** Con la finalidad de conocer el lugar de residencia de los participantes, edad, estado civil, sexo, grado de estudios, ocupación, religión y la relevancia de la misma para ellos. Se incluyó el nivel de ingresos mensuales en promedio, se retomó la tabulación de salarios vigente establecida por el SAT en el 2010 para la región A, considerando de 5 rangos

---

para poder describir este aspecto, obteniéndose lo siguiente: de \$0.00 a \$2,699.00, de \$2,700.00 a \$6,799.00, de \$6,800.00 a \$11,599.00, de \$11,600.00 a \$34,999.00, de \$35,000.00 a \$84,999.00

Lo anterior en atención a la hipótesis planteada en la que se menciona la influencia de estos en la firma de una voluntad anticipada.

**B. Concepciones sobre la vida, la muerte y la muerte digna.** En este rubro fue consultada la perspectiva desde la que ellos abordan dichos temas, para ello se eligieron términos biológicos, filosóficos, teológicos y sociales para cada uno de estos.

**C. Antecedentes de familiares con enfermedades terminales.** Se profundizó en cuestiones como el costo que implicó la atención médica, la modificación que tuvo la dinámica familiar, las relaciones con vecinos y amigos a partir de la enfermedad; la pérdida del empleo al convertirse en cuidador primario, así como la opinión y relevancia que tiene el ejercicio de la autonomía por parte de una persona que padece una enfermedad no curable y pueda decidir sobre recibir o no un tratamiento médico.

**D. Cuidados paliativos y los derechos del paciente.** Después de definir los cuidados paliativos como: ***“la atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de un paciente con una enfermedad potencialmente mortal, a fin de tratar síntomas y efectos secundarios del tratamiento de una enfermedad, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con esta”***. Se investigó sobre la aplicación de cuidados paliativos para el paciente, el derecho a la información o a no saber sobre la enfermedad que se padece, así como el derecho que tiene el paciente a que su decisión sea respetada. En este mismo rubro se consultó sobre el convertirse en representante de un paciente que ha firmado una Voluntad Anticipada, sin



---

expresarlo de esta manera aún, pero si exponiendo las funciones y obligaciones que esto implica, es decir, *para respaldar la decisión sobre no recibir determinado tratamiento, aunque ello implique que su expectativa de vida se reduzca, en comparación con lo que podría vivir si lo tomara.*

**E. Voluntades Anticipadas.** A fin de conocer qué es entendido por los participantes se elaboró una pregunta abierta, dando la libertad de exponer en sus propios términos la conceptualización de este término. Asimismo se consultó sobre la necesidad de legalizar estos documentos en México y la razón para hacerlo, de acuerdo con la opinión de cada uno de los participantes.

**F. Conocimiento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.** Se enlistaron diferentes leyes aprobadas desde 2003 hasta 2008 para dicha entidad, tales como: La Ley de Sociedades de Convivencia, Ley de Manejo de Residuos Sólidos, Ley de Voluntad Anticipada y Ley de Interrupción Legal del Embarazo. Se preguntó de manera directa si habían escuchado hablar de la Ley de Voluntad Anticipada y a qué se refiere la misma para finalmente preguntar si suscribiría un documento de Voluntad Anticipada y cuál sería la razón de su decisión.

## 8. Fases metodológicas de la investigación

Se definió que una investigación de corte cuantitativo, transversal y descriptivo; en aras de recabar información para conocer las relaciones y aspectos del objeto de estudio, para tener un panorama más preciso, jerarquizar los elementos vinculados y señalar los lineamientos para la prueba de la hipótesis. A continuación se exponen de manera breve las fases metodológicas:

**Primera fase:** Se realizó la revisión de literatura correspondiente a los antecedentes de las voluntades anticipadas en diferentes países, así como documentos que han

---

permitido a los pacientes ejercer su autonomía y decidir respecto al final de su vida. Para ello se utilizaron fuentes bibliográficas, mesográficas y hemerográficas.

**Segunda fase:** El análisis de la Ley y su reglamento resultó fundamental, asimismo el establecer comunicación con la Coordinación de Voluntad Anticipada, misma que únicamente otorgó una presentación con el procedimiento para suscribir un documento y un formato de voluntad anticipada.

**Tercera fase:** Construcción del instrumento a partir de la hipótesis establecida, definición de la muestra y aplicación de los cuestionarios mediante entrevista personal con usuarios de servicios de salud públicos y privados, residentes en el Distrito Federal.

**Cuarta fase:** Se enfocó a la captura de la información recabada y análisis de la misma, empleando el programa estadístico SPSS para el análisis de la información recaba con estadística descriptiva para aceptar o rechazar la hipótesis que dio origen a la presente investigación. Asimismo se buscó establecer algunas correlaciones empleando prueba de Chi-Cuadrado con la intención de verificar si existe relación entre la suscripción de un documento de voluntad anticipada y el nivel de estudios, la importancia de la religión, los ingresos y la edad.

## 9. Procedimiento de recolección de datos

El trabajo de campo se realizó durante los meses de febrero a noviembre de 2010, acudiendo de manera directa a las instituciones de salud que se han mencionado en el apartado de universo temporal y espacial.

Se aplicó el instrumento a 384 usuarios de servicios de salud pública y privada, mediante una entrevista personal, explicando primeramente el objetivo de la investigación y preguntando el lugar de residencia considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos.

---

## **V. RESULTADOS.**

---

---

*“Así, frente a la muerte hay dos actitudes: una, hacia adelante, que la concibe como creación; otra, de regreso, que se expresa como fascinación ante la nada o como nostalgia del limbo. Una civilización que niega a la muerte, acaba por negar la vida”.*  
Octavio Paz

En el presente capítulo serán presentados los datos obtenidos al aplicar los cuestionarios con los 384 participantes en la investigación.

Los datos sociodemográficos que permiten conocer las características de la población participante se presentan a continuación:

**Tabla 3. Información sociodemográfica de la población estudiada.**

<b>Información sociodemográfica</b>					
<b>Dato</b>	Características		(%)	Desviación Estándar	Total
<b>Sexo</b>	Hombres	174	45.3		384
	Mujeres	210	54.7		
<b>Edad por decenios</b>	18-27 años	52	13.5	Desviación Estándar 13.894	384
	28-37 años	94	24.5		
	38-47 años	100	26.0		
	48-57 años	98	25.5	Rango 69	
	58-67 años	31	8.1		
	68-77 años	5	1.3		
	78-87 años	4	1.0	Media 43.06	
<b>Estado Civil</b>	Soltero	103	26.8		384
	Casado	162	42.2		
	Unión libre	67	17.4		
	Divorciado	24	6.3		
	Viudo	21	5.5		
	Sin especificar	7	1.8		
	Sin instrucción	10	2.6		384

<b>Último grado de estudios</b>	Primaria	19	4.9		
	Secundaria	65	16.9		
	Educación Media Superior	117	30.5		
	Licenciatura	129	33.6		
	Posgrado	19	4.9		
	Sabe leer y escribir	25	6.5		
<b>Ocupación</b>	Empleada doméstica	10	2.6		384
	Obrero no calificado	75	19.5		
	Ejerce un oficio (albañil, carpintero, mecánico, artesano)	97	25.3		
	Empleado calificado	87	22.7		
	Profesionista	68	17.7		
	Jubilado, pensionado	21	5.5		
	Desempleado, hogar	26	6.8		
<b>Ingreso promedio mensual</b>	\$ 0.00 a \$2,699.00	53	13.8	Desviación Estándar 2.68  Rango 5  Media 2.68	384
	\$2,700.00 a \$6,799.00	114	29.7		
	\$6,800.00 a \$11,599.00	133	34.6		
	\$11,600.00 a \$34,999.00	73	19.0		
	\$35,000.00 a \$84,999.00	10	2.6		
	\$85,000.00 en adelante	1	.3		
<b>Religión</b>	Católica	192	50		384
	Protestante	117	30.5		
	Testigos de Jehová	52	13.5		
	Judía	6	1.6		
	Otra	17	4.4		

## 1. Vida, muerte, muerte digna y enfermedad.

Como se mencionó anteriormente la construcción de las respuestas para conocer los aspectos vinculados a la vida, la muerte y la muerte digna, se retomaron cuatro tipos de respuesta, en el caso de la pregunta **¿Qué es la vida?**, la primera que representa el 21% de lo mencionado, se lee, el existir, el llegar a ser de un individuo; el 37% refirió que es la característica que distingue a los seres humanos de los demás seres existentes en el planeta; 20% dijo que es la unión de cuerpo y alma y el 22% se inclinó por la perspectiva médico biológica; nacer, crecer, reproducirse y morir.

**Tabla 4. Frecuencia de las respuestas a la interrogante ¿Qué es la vida?**

		Frecuencia
	<b>El existir, el llegar a ser de un individuo.</b>	80
	<b>Característica que distingue a los seres humanos de los demás seres</b>	142
	<b>Unión de alma y cuerpo</b>	77
	<b>Un ser que nace, crece se reproduce y muere</b>	85
Total		384

En cuanto al tema de la muerte, 23% refirió que es el fin de la vida, en especial de una persona: 38% optó por la respuesta que enuncia que es un fenómeno natural que forma parte de la vida, 21% señaló que es el fin de la parte física del ser humano ante el deterioro del cuerpo, 18% de los participantes consideró que es la liberación del espíritu.

Respecto a la muerte digna, 23.6% señaló que es un acto que busca la muerte del otro por omisión o acción directa; en tanto que, el 23.9% mencionó que es un acto médico que se realiza a fin de terminar con la vida de una persona; 24.9% expresó que es el que los médicos decidan dejar de dar tratamiento a quienes no tienen posibilidad de curación; y 27.3% dijo que la muerte digna es el derecho que tiene un paciente a que se respete su voluntad y se reconozca la capacidad de disponer sobre su vida. No hay diferencias significativas entre grupos de edad. Las mujeres relacionan la muerte digna como un acto médico que se realiza a fin de terminar con la vida de una persona y los hombres, como un derecho que tiene el paciente a que se respete su voluntad y se reconozca su capacidad de disponer de su vida.

**Tabla 5. ¿Qué es la muerte digna? Distribución por sexo.**

Recuento						
		¿Qué es la muerte digna?				Total
		Acto que busca la muerte del otro por omisión o acción directa.	Es un acto médico que se realiza a fin de terminar con la vida de una persona	El que los médicos decidan dejar de dar tratamiento a quienes no tienen posibilidad de curación.	El derecho que tiene un paciente a que se respete su voluntad y se reconozca la capacidad de disponer de su vida.	
Sexo	Hombre	41	33	41	59	174
	Mujer	50	59	55	45	210
Total		91	92	96	104	384

Asimismo se indagó respecto a la experiencia de familiares con padecimientos terminales, 47.4% de los participantes afirmó haber estado en esta situación, en tanto que 52.3% respondió lo contrario.

De quienes han experimentado esta situación, 16.4% indicó que el costo económico de la enfermedad fue muy elevado; 13.5% que fue costoso, 10.7% bajo y 7.3% desconocía esa información. 28.1% de quienes han tenido algún familiar con un padecimiento terminal, señalaron que hubo modificación en la dinámica familiar; el 11.2% no notaron ningún cambio y el 8.9% desconoce si existieron modificaciones.

En lo que se refiere a la relación con diversas personas de su entorno, ya sea amigos o vecinos, el 24.7% afirmó que se dio una modificación de estas relaciones, 17.2 % opinó que no hubo cambios y 8.3% manifestó no haber percibido si algo cambió. Respecto a los cuidadores primarios, 15.1% perdió su empleo, mientras que el 24.7% manifestó no haber tenido ningún problema, el porcentaje restante señaló desconocer si hubo o no algún efecto en la situación laboral del cuidador primario.

## 2. Derecho a la información y a decidir.

En este apartado se consideró la opinión de los participantes respecto al derecho que tiene el paciente sobre recibir o no información veraz y oportuna sobre su enfermedad, así como a decidir sobre el tratamiento que recibirá o bien respecto al final de su vida, se incluyen las siguientes tablas, en las que se exponen los resultados obtenidos.

**Tabla 6. Derecho a la información.**

¿Un paciente tiene derecho a tener información oportuna y veraz sobre su enfermedad?			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	253	65.9
	No	58	15.1
	No sé	73	19.0
	Total	384	100.0



¿Un paciente tiene derecho a no querer saber sobre su enfermedad?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	231	60.2
	No	130	33.9
	No sé	21	5.5
	Total	384	100.0

91

**Tabla 7. Derecho del paciente a decidir.**

En su opinión, el que una persona pueda decidir sobre recibir o no un tratamiento ante una enfermedad no curable es:

		Frecuencia	Porcentaje
	Muy importante	71	18.5
	Importante	135	35.2
	Sin importancia	104	27.1
	No sé	74	19.3
	Total	384	100.0

Razones por las que el paciente debe decidir respecto a su vida

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Porque es su vida	88	22.9
	Porque de esa manera puede expresar y manifestar sus deseos	83	21.6
	Porque cada uno tiene derecho a elegir	36	9.4
	No existe importancia, al final la vida no le pertenece a la persona	87	22.7
	No sé	90	23.4
	Total	384	100.0

**Tabla 8. Importancia del respeto a las decisiones del paciente.**

¿Por qué es importante el respeto a las decisiones?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Porque se respetan derechos	109	28.4
	Porque cada uno es libre	105	27.3
	Porque de esa forma no hay problemas (familiares o legales)	78	20.3

	No es importante respetarlas cuando los individuos no pueden dar su punto de vista al respecto	92	24.0
	Total	384	100.0

**Considera que el médico debe respetar la decisión de sus pacientes**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	178	46.4
	No	205	53.4
	No sé	1	.3
	Total	384	100.0

**Tabla 9. Decisión del paciente sobre el final de su vida.**

<b>¿Quién debe decidir sobre el final de la vida de un paciente?</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	La familia	72	18.8
	El médico	48	12.5
	Sólo él	66	17.2
	Nadie	129	33.6
	Dios	69	18.0
	Total	384	100.0

### 3. Cuidados Paliativos.

Para realizar la siguiente pregunta fue necesario dar a cada entrevistado un marco de referencia que le permitiera tener información pertinente y emitir una respuesta fundamentada. El preámbulo fue: **“Considerando que los cuidados paliativos son la atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de un paciente con una enfermedad potencialmente mortal, a fin de tratar *síntomas y efectos secundarios del tratamiento de una enfermedad, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con esta*”.**

La pregunta fue: **¿Usted pediría a su familia que en caso de padecer una enfermedad terminal no se le diera tratamiento, sólo cuidados paliativos a fin de no prolongar su agonía?** Los resultados obtenidos, se presentan a continuación:

**Tabla 10. Recibir cuidados paliativos.**

**¿Usted pediría a su familia que en caso de padecer una enfermedad terminal no se le diera tratamiento, solo cuidados paliativos a fin de no prolongar su agonía?**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	215	56.0
	No	94	24.5
	No sé	75	19.5
	Total	384	100.0

Al hablar de cuidados paliativos, también se cuestionó si el entrevistado aceptaría fungir como representante de alguien para respaldar su decisión sobre recibir o no determinado tratamiento y asumir que debe tomar decisiones respecto al final de la vida del paciente, cuando por su condición médica, presente incompetencia para manifestar su deseo. Las respuestas, se presentan a continuación.

**Tabla 11. Fungir como representante.**

¿Usted aceptaría ser representante de alguien, para respaldar la decisión sobre no recibir un determinado tratamiento, aunque ello implique que su expectativa de vida se reduzca, en comparación con lo que podría vivir si lo tomara? Lo anterior significa también tomar decisiones en torno al final de la vida del paciente a quien se representa en caso de incompetencia para manifestar su deseo.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	145	37.8
	No	145	37.8
	No sé	93	24.0
	No respondió	2	.5
	Total	383	99.7
Total		384	100.0

#### 4. La Voluntad Anticipada.

En este apartado se incluyen las preguntas que se vinculan al tema de la Ley de Voluntad Anticipada, su regulación, conocimiento y ejercicio de esta.

En consonancia con las preguntas que realizadas de manera previa, se indagó sobre si se debe regular legalmente el derecho a decidir libremente sobre el final de la vida, así como las razones por las que esto debe realizarse, los datos recabados, se muestran a continuación:

**Tabla 12. Regulación sobre el final de la vida.**

¿Se debe regular legalmente el derecho a decidir libremente sobre el final de la vida?			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	185	48.2
	No	133	34.6
	No sé	66	17.2
	Total	384	100.0
¿Por qué se debe regular?			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Para beneficio de todos	15	6.0
	Para que no haya problemas legales	97	38.6
	Para que la gente elija qué quiere	62	24.7
	Para respetar la dignidad de la persona	27	10.7
	No es importante regularlo, al final nadie puede elegir como morir	50	20.0
	Total	251	100.0

Los resultados de la última parte de la tabla se presentan considerando a quienes respondieron de manera afirmativa a la primera pregunta y quienes respondieron no saber, por ello el total es de 251 participantes.

Con la finalidad de conocer lo que los participantes entienden por Voluntad Anticipada, una de las preguntas en el instrumento alude a ello, los resultados obtenidos se presentan en la tabla 13.

**Tabla 13. Concepto de Voluntad Anticipada.**

<b>¿Qué entiende usted por Voluntad Anticipada?</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	
Válido	La capacidad que tiene una persona para elegir la forma en que morirá	35	9.1
	Cuando una persona quiere que la dejen morir	47	12.2
	Es una manera en la que una persona decide de manera libre que ya no quiere un medicamento o un tratamiento	89	23.2
	Pedir auxilio para morir	147	38.3
	Elegir qué se quiere médicamente	20	5.2
	Una especie de testamento	24	6.3
	No lo sé	22	5.7
	Total	384	100.0

Posteriormente, se preguntó si las Voluntades anticipadas deben ser reguladas en México y el motivo por el cual se considera que debe hacerse, los entrevistados expusieron lo siguiente:

**Tabla 14. Regulación de las Voluntades Anticipadas en México.**

<b>Considera que las Voluntades Anticipadas debe regularse en México</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	
Válido	Si	105	27.3
	No	146	38.0
	No sé	133	34.6
	Total	384	100.0

<b>¿Por qué deben regularse en México las Voluntades Anticipadas?</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	
Válido	Para evitar sufrimiento	68	17.7
	Para que los médicos las respeten	68	17.7
	Para que la gente pueda elegir	76	19.8
	No deben regularse	172	44.8
	Total	384	100.0

Se preguntó a la población participante, sobre el conocimiento de leyes aprobadas en el entonces Distrito Federal, desde 2003 y hasta 2010, los resultados se presentan a continuación.

**Tabla 15. Leyes aprobadas**

<b>¿Qué leyes conoce que se hayan aprobado en el Distrito Federal de 2003 a la fecha?</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ley de Sociedades de Convivencia	52	13.5
	Ley de Manejo de Residuos Sólidos	104	27.1
	Ley de Voluntad Anticipada	14	3.6
	Interrupción Legal del Embarazo	53	13.8
	Ley de Sociedades de Convivencia e Interrupción Legal del Embarazo	46	12.0
	Ley de Manejo de Residuos Sólidos e Interrupción Legal del Embarazo	58	15.1
	Ley de Sociedades de Convivencia y Ley de Manejo de Residuos Sólidos	47	12.2
	Ley de Interrupción Legal del Embarazo	10	2.6
	Total	384	100.0

En la tabla 16, se muestran los datos obtenidos respecto al conocimiento de la ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, aprobada en enero de 2008.

**Tabla 16. Conocimiento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal**

<b>¿Ha oído hablar de la ley de Voluntad Anticipada?</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	39	10.2
	No	345	89.8
	Total	384	100.0

<b>¿Sabe en qué consiste?</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	36	92.3
	No	3	7.7
	Total	39	100.0

<b>Describe brevemente en que consiste la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje

Válido	En suscribir un documento en el que se indique qué se desea ante una situación médica crítica	10	2.6
	Un papel en el que se deja dicho todo aquello que se espera hagan los médicos y familiares en caso de enfermedad	15	3.9
	Un testamento que deja claro lo que la gente quiere que se haga con sus cosas	11	2.9
	No sabe	348	90.6
	Total	384	100.0

Finalmente se consultó sobre la suscripción de documentos o formatos de Voluntad Anticipada entre los participantes y el motivo de su aceptación o no.

**Tabla 17. Suscripción de la Voluntad Anticipada.**

¿Usted suscribiría un documento o Formato de Voluntad Anticipada?			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	69	18.0
	No	281	73.0
	No sé	34	9.0
	Total	384	100.0

¿Por qué razón tomaría esa decisión?			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No sé si será respetado	95	24.7
	Puede servir como defensa del médico, si realiza un mal procedimiento	9	2.3
	No sé de qué se trata	264	68.8
	Es parte de un derecho	8	2.1
	Respeto a mi dignidad	8	2.1
	Total	384	100.0

No se encontraron diferencias significativas en las respuestas recabadas por grupo de edad o sexo al que pertenecen los entrevistados.

La hipótesis que dio inicio a la presente investigación refiere la **existencia de factores sociales, culturales y económicos que inciden en la aceptación o no de las Voluntades Anticipadas por parte de los residentes en el Distrito Federal.**

A continuación se presentan los resultados obtenidos al realizar la prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson y Correlación de Pearson, los resultados son los siguientes:

**Tabla 18. Nivel de Estudios y la suscripción de un formato o documento de Voluntad Anticipada.**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24.746 <sup>a</sup>	12	.016
Razón de verosimilitud	20.419	12	.060
N de casos válidos	384		

a. 8 casillas (38.1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .89.

**Tabla 19. Importancia de la religión y suscripción de documento o formato de Voluntad Anticipada.**

Correlaciones			
		Importancia de la religión profesada	¿Usted suscribiría un formato o documento de Voluntad Anticipada?
Importancia de la religión profesada	Correlación de Pearson	1	.072
	Sig. (bilateral)		.159
	N	384	384
¿Usted suscribiría un formato o documento de Voluntad Anticipada?	Correlación de Pearson	.072	1
	Sig. (bilateral)	.159	
	N	384	384

**Tabla 20. Ingresos y la suscripción de un formato o documento de Voluntad Anticipada.**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.027 <sup>a</sup>	10	.172
Razón de verosimilitud	8.607	10	.570
Asociación lineal por lineal	3.650	1	.056



N de casos válidos	384		
--------------------	-----	--	--

a. 6 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .09.

**Tabla 21. Suscripción de la Voluntad Anticipada y Edad.**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28.404 <sup>a</sup>	12	.005
Razón de verosimilitud	28.678	12	.004
Asociación lineal por lineal	2.767	1	.096
N de casos válidos	384		

a. 8 casillas (38.1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .35.



---

## **VI. DISCUSIÓN.**

---

---

La investigación realizada tuvo como objetivo identificar cómo es que identificar la existencia de factores sociales, culturales y económicos que inciden para que los residentes en la Ciudad de México hagan uso o no de los documentos o formatos de Voluntad Anticipada, es decir si la sociedad de dicha demarcación se encuentra lista para adoptar esta figura legal y ejercer su derecho a decidir respecto al final de la vida, de ahí la pregunta ¿la sociedad está preparada?

Al realizar el cruce de variables y las pruebas estadísticas Chi Cuadrado de Pearson y Correlación de Pearson, utilizando el programa SPSS, se obtuvo una correlación baja con valores lejanos a 1, aunque positiva como se muestra en las tablas 16, 17, 18 y 19, dentro del apartado de resultados del capítulo 4, lo que hace referencia a que la hipótesis ***existen factores sociales, culturales y económicos que inciden en la aceptación o no de las Voluntades Anticipadas por parte de los residentes en el Distrito Federal***, es rechazada, de acuerdo con lo expresado por los ciudadanos que fueron entrevistados para esta investigación.

No obstante, existen aspectos en la investigación que permiten identificar otros elementos que resultan interesantes en el tema de las Voluntades Anticipadas, mismas que se expondrán a continuación.

Dentro de los hallazgos realizados, la concepción que tiene la población entrevistada sobre la vida, predomina la acepción médico-biológica, quedando en segundo término las nociones religiosas; en cuanto al concepto de muerte se considera a esta como un fenómeno natural que forma parte de la vida.

Lo que respecta a la muerte digna, 27.1% de la población la identifica como el derecho que tiene el paciente a que se respete su voluntad, no obstante no hay diferencias significativas, ya que el 23.7% la asume como un acto que busca la muerte del otro por omisión o acción directa, lo que resulta grave, pues se está confundiendo este término con el de eutanasia, generando entre la población una idea errónea de un derecho que empieza a concebirse en la sociedad mexicana. La

---

mayoría de las personas que identifica la muerte digna como un derecho, cuentan con estudios de licenciatura.

El 65% de la población asume que los pacientes tienen derecho a la información oportuna sobre su padecimiento y el 60% expresó que tiene derecho a no querer saber su enfermedad, si bien no hay una diferencia significativa, resulta interesante que la información oportuna y veraz, adquiere mayor importancia que la omisión de la misma, lo que podría representar un avance en el tema de la relación médico paciente, rompiendo con la idea prevaleciente de que la información podía hacer bien pero también podía causar daño, por lo que el médico debía dar esperanzas al enfermo para luchar por su vida, con buenas noticias, en caso contrario debía dar la información a los familiares o amigos. (Manietti, 1989)

En este mismo orden de ideas, al hablar del papel activo que debe asumir el paciente en la toma de decisiones, más de la mitad de los participantes (53%) considera importante que el paciente pueda decidir sobre recibir o no un tratamiento ante una enfermedad incurable, la razón principal es que se trata de su vida, resulta relevante mencionar que esto puede representar un avance respecto a la concepción que se tenía sobre el deber del médico que de acuerdo con Diego Gracia (2008) consistía en que hacer el bien al paciente aún en contra de este y él debía aceptarlo. No obstante, el trabajo de educación para romper con paradigmas que resultan obsoletos ante el avance que implica el establecimiento de las Voluntades Anticipadas, es indispensable, ya que el 22% señaló que no existe importancia que el paciente decida respecto al final de su vida, argumentando que esto no le corresponde a nadie, esto último fue expresado por el 33% de los entrevistados, en tanto que el médico y Dios tienen el 18% de las respuestas.

Quienes se manifiestan en favor de que el paciente decida, lo hace, en sus palabras, porque se trata de un derecho, de la libertad y se eliminan problemas familiares o legales. Sin embargo quienes optan por señalar que esto no debe pasar, lo hacen atribuyendo su postura a que no es importante cuando ellos no tienen las facultades

para hacerlo, esto último puede resultar un elemento a favor de las Voluntades Anticipadas, pues se explicita que quien suscriba un documento debe estar en pleno uso de sus facultades mentales (Anon., 2008), lo que le facilita también el designio de un representante que velará por el cumplimiento de la voluntad expresada, evitando problemas familiares y legales.

Al hablar de representantes o ejecutores como los llama Eduardo García Villegas (Villegas, 2014), el 37.8% aseveró que lo haría, el mismo porcentaje dijo que no, el 24% se mostró indeciso.

De acuerdo con Carrillo (1989), en lo que respecta a la toma de decisiones, en los países con menor desarrollo industrial y mayor arraigo religioso el individuo asume su autonomía como el sometimiento a la voluntad de otro, sin considerarse capaz y libre para actuar; lo que podría explicar las respuestas obtenidas por los entrevistados.

En realidad la autonomía es: *el reconocimiento del ser humano como ente único, libre, con necesidades, debilidades, fuerzas y planes de vida individuales. En medicina esto significa reconocer la capacidad de la persona para pensar, decidir y actuar en forma independiente respecto de su salud.* (Kraus, 2007)

Respecto a los cuidados paliativos el 56% de los participantes manifestaron aceptación de los mismos en lugar de recibir un tratamiento que prolongue la agonía, lo que presenta un elemento que puede ser aprovechado para hablar de los derechos del paciente y el ejercicio de la Voluntad Anticipada como una opción para evitar la obstinación terapéutica, pues ambas van de la mano, aunque aún el concepto presenta ambigüedades y desconocimiento, como se expondrá más adelante en este apartado.

La regulación legal sobre el derecho a decidir libremente sobre el final de la vida, ha sido un tema abordado, que permite comprender la perspectiva que existe por parte

de la población para asumir de manera autónoma las decisiones respecto a su vida y encontrar el respaldo legal que le dote de confianza respecto al cumplimiento de su voluntad, aun cuando cerca de la mitad considera necesaria la regulación en materia, 34% de la población participante considera que esto no debe realizarse. Entre las razones para hacerlo se incluyen: evitar problemas legales, respetar la dignidad de la persona y la libertad de elegir. Sólo 20% refirió que nadie puede elegir como va a morir, por lo que resulta intrascendente el hacerlo.

Es necesario mencionar que el concepto de Voluntad Anticipada no resulta claro para la población beneficiaria, pues el 38% externó que es pedir auxilio para morir, lo que dista de lo expuesto por Eduardo García Villegas (Villegas, 2014) quien menciona que es una figura legal por medio de la cual una persona en pleno uso de sus facultades y capacidades hace una declaración ante un notario público, manifestando que en caso de que se llegue a manifestar una enfermedad terminal con una esperanza de vida menor a seis meses, que no sigan en lo que la ley llama ensañamiento terapéutico, pero que reciba cuidados paliativos, alimentación y sedación controlada. 23% comenta que es una manera en la que una persona decide de manera libre que ya no quiere recibir determinado tratamiento, aproximándose a lo que se mencionó con antelación.

Respecto a la regulación, el panorama es semejante, pues 38% refiere que no deben reglamentarse, 27% respondió que sí, mientras que 34% se manifestó de manera neutral. Las razones para regularlas se vinculan con evitar el sufrimiento, el que la gente pueda elegir y para que los médicos respeten la decisión del paciente.

El conocimiento de la Ley, resulta fundamental, pues en ocasiones la falta de información, deviene en el no ejercicio de derechos o inclusión en políticas, para corroborar esto, se indagó al respecto, ante ello, sólo el 6.6% de la población entrevistada expresó conocer la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, en contraste el 42% dijo conocer la Ley para la Interrupción Legal del Embarazo. Esto resulta importante, pues son leyes que se aprobaron con meses de diferencia,

no obstante, de acuerdo con las estadísticas presentadas por la Secretaría de Salud en diciembre de 2016, el número de beneficiarias de la primer Ley fue de 121,529 (Anon., 2016), en tanto que para el primer trimestre del mismo año, sólo se habían suscrito 5,514 documentos de voluntad anticipada de acuerdo con datos proporcionados por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (2016), información que se precisará más adelante.

345 participantes no habían escuchado sobre la Ley, del 10% que refirió haberlo hecho, 36 dijeron saber en qué consiste, ante ello 6% (25 participantes) respondieron que se refiere a la suscripción de un documento en el que se deja dicho que se espera ante una situación médica crítica, tanto de los médicos como de los familiares.

La suscripción de un documento sería realizada por 69 de los 384 participantes, aludiendo el respeto a su dignidad y sus derechos, los 315 restantes expresaron que no lo harían, principalmente, por desconocer de qué se trata y porque desconocen si será respetada su voluntad. Una razón que llama la atención es que consideran que la suscripción del documento puede usarse por los médicos para eximir su responsabilidad al realizar un mal procedimiento.

Considerando lo anterior, resulta evidente que la desinformación respecto al tema de las Voluntades Anticipadas origina una actitud poco positiva respecto a las mismas, pues existe desconfianza, al no conocer el marco legal en el que se sustenta su existencia, así como la manera en que opera y los mecanismos que harán que la voluntad explícita de cada suscriptor sea respetada; aunado a ello, quienes han escuchado hablar sobre la Ley, la relacionan directamente con la legalización de la eutanasia, aspecto que se encuentra alejado de la realidad, ya que, la suscripción de un documento de esta naturaleza, representa un ejercicio de autonomía.

Asimismo resulta importante conocer la difusión de la Ley entre el personal integrante del equipo médico y personal de salud, pues el abordaje del tema durante la consulta



general, podría resultar propicio, para que aquellos que acuden sin la perspectiva de una enfermedad considerada como grave, puedan comprender que no se trata de un documento que pueda resultar una “condena de muerte”, sino una opción que tiene el paciente para elegir de manera anticipada, si le gustaría o no someterse a tratamientos médicos determinados al encontrarse en una situación médica en la que no sea capaz de expresar sus deseos, evitando dejar todo el “peso” de la decisión a su familia o a los médicos.

Como se mencionó con antelación las cifras oficiales generadas por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, antes Distrito Federal; desde el 7 de enero de 2008 y hasta el primer trimestre de 2016, se han suscrito ante notario 5,414 documentos de Voluntad Anticipada, 2014 fue el año que tuvo mayor número de registros ante notario.

Aunado a lo que se ha expuesto, fueron encontrados datos relevantes que permiten conocer la realidad que prevalece en la Ciudad de México.

Los documentos de Voluntad Anticipada que se habían sido suscritos hasta marzo de 2016, 1914 fueron por hombres y 3500 por mujeres; 1300 son hombres casados y 601 solteros y 13 no especificaron. De las mujeres que acudieron al notario para firmar su documento 1368 son casadas, 2120 solteras y 12 no especificaron su estado civil. El rango de edad de quienes han suscrito su documento oscila entre los 20 y más de 85 años, existiendo mayor concentración entre los 60 y 64 años, para ambos sexos. (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2016)

Respecto a la donación de órganos, sólo 2697 firmantes han manifestado su disposición para que esta acción tenga lugar al dar cumplimiento a la Voluntad Anticipada; 2313 negaron la posibilidad de donación y 404 no especificaron nada al respecto, (es importante mencionar que a partir de la creación de la Ley de Voluntad Anticipada, esto queda regulado por la Coordinación).

La suscripción de estos documentos en las delegaciones que conforman a la entidad en que surte efecto al Ley, se presenta a continuación: 42 en Azcapotzalco, 557 en Coyoacán, 263 en Cuajimalpa, 118 en Gustavo A. Madero, 75 en Iztacalco, 102 en Iztapalapa, 195 en Magdalena Contreras, 1 en Milpa Alta, 819 en Álvaro Obregón, 6 en Tláhuac, 384 en Tlalpan, 59 en Xochimilco, 817 en Benito Juárez, 321 en Cuauhtémoc, 962 en Miguel Hidalgo y 45 en Venustiano Carranza. (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2016)

Lo anterior permite identificar que Coyoacán, Miguel Hidalgo y Benito Juárez cuentan con un número significativo de documentos suscritos, junto con la delegación Álvaro Obregón; en el caso de las tres primeras es importante mencionar que de acuerdo con datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), presentan los índices de Salud, Educación e Ingreso más altos dentro del Distrito Federal (PNUD, 2014), como puede observarse en la figura 3.

Dimensiones de desarrollo humano en el Distrito Federal (2010)					
Índice componente	Valores mínimos		Valores máximos		Promedio estatal
	Índice	Municipio	Índice	Municipio	
Salud (s)	0.915	Benito Juárez	0.866	Xochimilco	0.884
	0.914	Coyoacán	0.864	Cuajimalpa de Morelos	
	0.899	Cuauhtémoc	0.848	Milpa Alta	
Educación (e)	0.965	Benito Juárez	0.757	Iztapalapa	0.811
	0.904	Miguel Hidalgo	0.755	Tláhuac	
	0.881	Coyoacán	0.702	Milpa Alta	
Ingreso (i)	0.875	Benito Juárez	0.728	Iztapalapa	0.744
	0.840	Miguel Hidalgo	0.720	Tláhuac	
	0.829	Cuajimalpa de Morelos	0.685	Milpa Alta	

Fuente: Oficina de Investigación en Desarrollo Humano, PNUD, México.  
 Nota: Los promedios estatales se obtienen al ponderar por población los indicadores que componen cada dimensión y después se generan los índices.

**Figura 4. Desarrollo Humano en el Distrito Federal**

Asimismo han sido suscritos 1317 formatos de voluntad anticipada hasta marzo de 2016; el sexo de los firmantes de los formatos es de 581 hombres y 736 mujeres. 234 hombres son solteros, 326 casados, 40 menores y 1 no especificó su estado

civil. 467 mujeres son solteras, 246 casadas, 22 menores de edad y 1 no mencionó su estado civil.

En cuanto a la edad, se debe mencionar que el rango inicia en los 18 años y concluye en más de 85 años. Es desde los 85 años y más, la edad en que se encuentran una mayor cantidad de formatos suscritos para ambos sexos. 1225 firmantes negaron la donación de órganos, sólo 66 la aceptaron. (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2016)

Las instituciones médicas en que han sido firmados estos formatos son:

*Tabla 22. Instituciones médicas en que se han firmado formatos de Voluntad Anticipada.*

<b>Hospitales de la Red de la Ciudad de México</b>	
<b>Hospital de Especialidades Belisario Domínguez</b>	6
<b>Hospital General Enrique Cabrera</b>	6
<b>Hospital General Dr. Rubén Leñero</b>	1
<b>Hospital General La Villa</b>	126
<b>Hospital General Iztapalapa</b>	68
<b>Hospital General Milpa Alta</b>	7
<b>Hospital General Ticomán</b>	15
<b>Hospital General Tláhuac</b>	2
<b>Hospital Pediátrico Coyoacán</b>	1
<b>Hospital Pediátrico Iztapalapa</b>	1
<b>Hospital Pediátrico Legaria</b>	27
<b>Hospital Materno Infantil Xochimilco</b>	1

Dando un total de 331 formatos suscritos; deben sumarse a estas Jurisdicciones de Salud en la Ciudad, Hospitales Federales de Referencia, Institutos Nacionales, cabe señalar que en el Instituto Nacional de Cancerología se han firmado 197 formatos; Hospitales de Sedena y Hospitales pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, dando un total de 547 formatos suscritos. (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2016)

---

En cuanto a las instituciones privadas de salud, el número total de formatos suscritos es de 770.

Para diciembre de 2016, la cifra de documentos de Voluntad Anticipada suscritos incrementó, dando un total de 6,384, de los cuales la mayor parte se han elaborado durante la actual administración, en la que se ha podido observar mayor difusión de la Ley, sobre todo en el transporte público, no obstante, esto resulta poco significativo en una ciudad con más de 8 millones de habitantes. En marzo de 2017 se llevó a cabo el Primer Foro de Voluntad Anticipada, en donde se firmó un convenio para la reducción del costo durante los meses de marzo y abril en la firma del documento ante notario. (Suárez, 2017)

---

**CONCLUSIONES.**

---

---

Para exponer las conclusiones que después de revisar el tema e indagar entre los residentes de la entidad federativa en la que se aprobó esta Ley, iniciaré con lo encontrado al tratar estadísticamente los datos recabados, posteriormente, contrastaré los datos emitidos por la Secretaría de Salud con los hallazgos de la investigación para dar paso a la relevancia del tema, los obstáculos encontrados, los aspectos que considero resultan susceptibles para un futuro estudio, continuando con una opinión personal sobre el tema y una conclusión desde Trabajo Social.

Es importante considerar que en la población que reside en la ahora Ciudad de México, los factores económicos, sociales y culturales no parecen tener gran relevancia en el momento de decidir sobre el final de la vida, por lo que la hipótesis planteada al iniciar este trabajo queda rechazada, después de haber realizado las pruebas estadísticas pertinentes, como se expuso en el apartado de discusión, el desconocimiento de la Ley entre la población, la forma en que opera y las instancias responsables de vigilar su cumplimiento, pueden resultar un obstáculo para lograr un avance certero en cuanto a la firma y suscripción de formatos y documentos de Voluntad Anticipada, ya que al menos hace 6 años, sólo el 16% conocía la Ley, aunque no todo el trámite que implica.

No obstante, existen datos que permiten identificar un peso importante respecto a la situación económica de quienes han solicitado firmar un formato de voluntad anticipada, mismos que hacen uso de instituciones de salud privadas; es así que de 2008 y hasta marzo de 2016, se han firmado 770 formatos de Voluntad Anticipada en dichas instancias, cifra que para febrero de 2017 se incrementó en más de un mil por ciento, al contar con 8400 documentos suscritos.

Aunado a lo anterior, en las delegaciones como Miguel Hidalgo, Coyoacán, Tlalpan y Benito Juárez, en las que el nivel socioeconómico de la mayor parte de su población es medio alto y alto, concentran un mayor de habitantes que han suscrito ante notario su documento de Voluntad Anticipada.

La presencia de padecimientos terminales influyen para que la población se sensibilice ante la necesidad de regular las Voluntades Anticipadas y los derechos inherentes a los pacientes para recibir o no un tratamiento; así lo muestran los datos recabados y presentados en la presente investigación, para confirmar lo antes dicho, es importante mencionar que la Institución pública con mayor número de formatos de Voluntad Anticipada suscritos es el Instituto Nacional de Cancerología.

La edad en que la población firma documentos de voluntad anticipada aún resulta elevada, el rango oscila entre los 60 y más de 85 años, lo que permite identificar que no hay aún una cultura que nos lleve a pensar en la muerte como un suceso inherente a la vida.

La regulación de las decisiones médicas al final de la vida, puede ser ejercida por los residentes de la Ciudad, sin embargo, hasta ahora ha resultado más exitosa la aprobación y ejecución de leyes como la Interrupción Legal del Embarazo, ya que al hacer una comparación, después de sólo tres años de haberse aprobado, 78544 mujeres habían ejercido el derecho que esta Ley promueve, en tanto que a ocho años de haber entrado en vigor sólo 6731 habitantes de la Ciudad, han suscrito su Voluntad Anticipada.

La necesidad de no sólo eximir a los médicos de responsabilidad, sino dejar diversas disposiciones precisas ante el padecimiento de enfermedades crónicas es ahora un derecho, no obstante, la sociedad occidental presenta una negación ante el tema de la muerte, lo que complica, el tratar este tema desde el seno familiar.

Quizá los entrevistados no expusieron o consideraron que aspectos de índole económico influyeran en la toma de este tipo de decisiones, sin embargo, resulta necesario considerar que ante los recursos limitados con los que se cuenta en el sector salud el difundir de manera adecuada este tipo de leyes, puede derivar en la reducción de gastos innecesarios en pacientes con un pronóstico poco alentador.

---

Además se debe considerar la pirámide poblacional que presenta el país y con ello la demanda de servicios de salud que se tendrá, así como el incremento de padecimientos crónico-degenerativos que pueden implicar una agonía larga y la mayoría de las veces no se cuenta con tratamiento curativo.

Considero que es importante investigar antes de buscar la aprobación de leyes, cuál es el contexto real de los habitantes a quienes se dirigen estas, pues más allá de ser consideradas como necesarias o de verse como un avance en los derechos, parece tratarse de una moda que busca colocarnos como un país vanguardista, cuando hay derechos básicos que aún necesitan ser subsanados.

Resulta interesante que se encuentren reguladas bajo una misma Ley, las decisiones médicas y la donación de órganos, ambos aspectos presentan retos importantes, que implican sensibilizar a la población y dar cumplimiento real a la voluntad que se ha manifestado.

En otro orden de ideas es importante señalar que para la realización de la investigación fue complicada la participación de los usuarios de servicios de salud, pues no todos estaban en la disposición de responder un cuestionario largo y menos cuando el tema a tratar era la muerte y la mayor parte tenía pacientes hospitalizados.

Los elementos que facilitaron la realización de la investigación se orientaron, principalmente, al trabajo de tutoría realizado, que facilitó en primer término establecer un proyecto de investigación acotado y estructurado, al tiempo que diversas asignaturas del programa de maestría permitieron comprender el tema y orientar la investigación.

Finalmente la opinión que me ha generado al revisar el tema e indagar con mayor profundidad, es que resulta necesario dejar de creer en la posibilidad de ser inmortales, pues si bien es cierto que la ciencia tiene avances importantes, también



---

es cierto que somos seres finitos, los grandes avances en medicina y la publicidad, han sembrado la idea errónea de la eterna juventud o incluso la posibilidad de volver a la vida después de un proceso de criogenización exitoso; lo cierto es que la muerte sigue siendo la consecuencia inherente a nacer.

Puedo comparar la reticencia que hasta ahora existe para ejercer el derecho de la voluntad anticipada que se presenta en la ciudad como esa que se presenta para elaborar un testamento, quizá una sugerencia es que al igual que las jornadas notariales que se hacen, sería importante incluir la firma de estos documentos con un bajo costo a fin de generar conciencia y exhortar a la población para que decida sobre sí misma cuando aún tiene la facultad de hacerlo.

La relevancia del tema para el Trabajo Social, implica las funciones que se desempeñan en el área de la salud, así como para la planeación de políticas públicas, la administración de recursos y la necesidad de empezar a abordar temas que implican el ejercicio de Derechos Humanos no sólo para la vida digna, sino para tener en las manos la capacidad de decidir sobre el final de esta.

De este modo, en los retos que se avecinan en materia de Voluntades Anticipadas el trabajador social juega un papel fundamental, al ser considerado dentro del equipo médico en las diferentes instancias de salud; deberá encontrar estrategias para la difusión de la ley, esta es una de las primeras tareas a realizar, desempeñando la función de educación social y promoción, al dar a conocer a los pacientes, familiares y ciudadanía en general detalladamente la Ley, sus requisitos e implicaciones, así como la forma en que opera, exponiendo de manera clara el rol asumido por cada uno de los actores implicados, es decir, firmante, representante y los integrantes del equipo médico; las instancias responsables de la recepción y resguardo de documentos y formatos de Voluntad Anticipada, a esto debe sumarse el tema de la donación de Órganos y Tejidos, que contempla dicha ley.

Asimismo el trabajador social orientará a los ciudadanos y pacientes que así lo deseen, para conocer sobre el tema de muerte digna y los Derechos Humanos que le asisten hacia el final de la vida, haciendo énfasis en el tema de la autonomía como principio esencial para el ejercicio de estos. Al tiempo que sensibiliza a los familiares quienes en su momento serán representantes del paciente y velarán por el respeto a la voluntad manifestada mediante un formato o documento.

La investigación sobre los elementos que forman parte de la realidad de los individuos que deciden firmar o no un documento o formato de Voluntad Anticipada resulta indispensable, se requiere conocimiento sobre la población usuaria, sus características sociales, culturales, ideológicas y también las limitaciones que presenta ante el desconocimiento de aspectos concernientes a la Ley con el objetivo final de brindar información sobre temas que pueden mejorar su calidad de vida y muerte. Además de poder realizar propuestas que devengan en la mejora estructural de leyes, reglas de operación y mecanismos que velen por el cumplimiento de lo dispuesto en las leyes emitidas.

Lo antes dicho se puede lograr mediante la creación de grupos en las instituciones hospitalarias, en los que se aborde el tema de las decisiones médicas al final de la vida haciendo énfasis en la diferencia entre la Voluntad Anticipada y la eutanasia, ya que son términos que suelen ser manejados, en algunos casos, indistintamente, lo que deviene en miedo por parte de la población para suscribir una Voluntad Anticipada.

No debe dejarse del lado la necesidad y compromiso con la formación y actualización que el profesional en Trabajo Social debe tener en esta materia, pues de ello dependerá coadyuvar con el ejercicio del derecho a la información que tienen los usuarios, además de que al formar parte de los Comités de Bioética en las diferentes instituciones de salud, su opinión es necesaria e indispensable ya que aporta elementos de índole social que se requieren para llevar a cabo el análisis de

---

casos clínicos lo cual repercute directamente la toma de decisiones tanto del personal de salud como del paciente y sus familiares.

## REFERENCIAS.

- Alarcón, D. S. (s.f.). *Centro de Estudios Biojurídicos*. Recuperado el 10 de julio de 2016, de <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/m113.pdf>
- Álvarez del Río, A. y. (2006). Eutanasia. *NEXOS*, 53.
- Amenós Vidal, J. M. (s.f.). *“Ortotanasia” Un estudio basado en el documento del Comité para la defensa de la vida*. Barcelona.
- Apuntes del curso de ética “Muerte Voluntaria: Suicidio, Suicidio médicamente asistido y eutanasia”. (abril de 2009). Ciudad Universitaria, Facultad de Filosofía y Letras.
- Ariès, P. (2000). *Morir en occidente*. Adriana Hidalgo.
- Behar, D. (2007). *Cuando la vida ya no es vida ¿Eutanasia?* México: Pax México.
- Brena Sesma, I. (2007). Manifestaciones anticipadas de voluntad: un paso de la bioética al derecho. *Panorama Internacional en Salud y Derecho*.
- Brena, S. I. (2007). Manifestaciones anticipadas de voluntad: un paso de la bioética al derecho. En *Panorama Internacional en Salud y Derecho*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Campaña de Donación de Órganos, Tejidos y Células. (2008). México: Secretaría de Salud del D.F.
- Carillo, M. J. (1989). *La Sociología*. México: Jocamar.
- Churchill, W. (1959). *“La Segunda Guerra Mundial”*. La esfera de los libros.
- Congreso aprueba reglamentación de la eutanasia. (2008 de septiembre de 2008). *El Espectador*.
- Cruz, A. (18 de noviembre de 2009). *Propone PRI legalizar eutanasia activa en el Distrito Federal*. Recuperado el 9 de diciembre de 2009, de El sol de México: <http://www.oem.com.mx/elsoldemexico/notas/n1407963.htm>
- Declaración de Helsinki*. (c+k de 2008).
- Dictamen Consejo consultivo de Andalucía*. (s.f.). Recuperado el 29 de abril de 2007, de [https://rodas5.us.es/file/ab05ef4e-6a3e-e210-4342-2502a11f70ae/1/dictamen\\_caso\\_granada\\_SCORM.zip/page\\_07.htm](https://rodas5.us.es/file/ab05ef4e-6a3e-e210-4342-2502a11f70ae/1/dictamen_caso_granada_SCORM.zip/page_07.htm)

Dictamen, Comisiones Unidas de Administración y procuración de Justicia; y de Salud y Asistencia Social. (26 de noviembre de 2007). México: Asamblea del Distrito Federal.

Dorado, C. J. (enero-marzo de 2003). *Humanitas, Humanidades Médicas*. Recuperado el 16 de julio de 2016, de [http://www.iatros.es/wp-content/uploads/2014/07/Revista\\_1.pdf](http://www.iatros.es/wp-content/uploads/2014/07/Revista_1.pdf)

Dworkin, G. R. (2000). *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*. Madrid, España: Cambridge University Press.

Emanuel EJ, E. L. (1990). *Living Wills: Past, present, and the future*. s.l.: J. Clin Ethics.

Estado, J. d. (22 de Septiembre de 2015). *Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado*. Recuperado el 15 de Abril de 2016, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Estrategía Nacional de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007. (2007). España: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Europa, C. d. (4 de abril de 1997). Recuperado el 15 de diciembre de 2012, de Guía internacional de la bioética: <http://bioeticas.net/leg/001.htm>

*Eutanasia, Cámara de diputados, Centro de estudios Sociales y de Opinión Pública*. (2008). Recuperado el 15 de junio de 2009, de <https://www.google.com.mx/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#>

Fletcher, J. (1970). *Ética práctica: responsabilidad moral*. Barcelona, España: Ariel.

Gallo, J. L. (2006). *Propuesta de iniciativa de ley de voluntad anticipada*. Uruguay.

García, D. (2008). *Fundamentos de bioética* (3° ed.). Madrid: Triacastela.

Heide, A. V., Wolf, J. E.-d., & al., e. (2007). End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *The new england journal of medicine*(356), 1957-1965.

Hoche, A. y. (1920). *La exoneración de la destrucción de la vida carente de valor*. Alemania.

Ibañez, J. L. (2010). El testamento Vital y las voluntades anticipadas, aproximación al ordenamiento español. *Diario La ley*(7334), 22.

*Informe Belmont, Comité de Bioética Cataluña.* (septiembre de 2012). Recuperado el 10 de julio de 2016, de [http://comitedebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/09/informe\\_belmont\\_1978.pdf](http://comitedebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/09/informe_belmont_1978.pdf)

Inmaculada Echevarría, una vida en una cama. (15 de marzo de 2007). *El mundo.ES* *obituarios*, pág. <http://www.elmundo.es/elmundo/2007/03/15/obituarios/1173920650.html>.

Recuperado el junio de 2008, de <http://www.elmundo.es/elmundo/2007/03/15/obituarios/1173920650.html>

*Interrupción Legal del Embarzo Estadísticas 2007-2016.* (diciembre de 2016). Recuperado el 4 de marzo de 2017, de <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadisticas-2007-2016-29-de-septiembre.pdf>

Jiménez, L. (1984). *Libertad de amar y derecho a morir.* Buenos Aires, Argentina: Ediciones de palma.

Johnston SC, P. M. (1995). The discussion about advance directives. Patient and physician opinions regarding when and how it should be conducted. *Arch Intern Med* , 1025-1030.

Juanatey, C. (2004). *El derecho y la muerte voluntaria.* México: Distribuciones Fontamara.

Kevorkian, J. (1991). *Eutanasia.* Barcelona, España: Grijalbo.

Kraus, A. y. (2007). *Diccionario incompleto de bioética.* México: Fondo de Cultura Económica.

Kraus, A. y. (2007). *Diccionario incompleto de bioética.* México: Fondo de Cultura Económica.

Kraus, A., & Ruy, P. T. (2007). *Diccionario incompleto de bioética.* México: Fondo de Cultura Económica.

Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. (2008). Distrito Federal: Gaceta Oficial.

Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. (2008). Distrito Federal: Gaceta Oficial.

Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. (2008). Distrito Federal: Gaceta Oficial.

Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. (2008). Distrito Federal: Gaceta Oficial.

Manietti, J. A. (1989). *Ética Médica. Introducción histórica, Tercera parte.* (en línea ed.). Argentina. Recuperado el 15 de febrero de 2017, de <http://www.elabe.bioetica.org/31.htm>.

Martínez, J. C. (1989). *La sociología.* México: Jocamar.

México, S. d. (31 de marzo de 2016). *Programa de Voluntad Anticipada, Avance Anual.* Recuperado el 18 de julio de 2016, de Colegio de notarios: <http://www.colegiodenotarios.org.mx/doctos/va16.pdf>

Moskowitz, Z. E. (1995). Dying Well in the Hospital: The Lessons of SUPPORT. *Hastings Center Report, (Special Supplement).*, 25.

Murphy, D. C. (1990). SUPPORT: Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments: Study design. *J Clin Epidemiology*, 43-60.

Ortiz, R. (marzo de 2008). Comunicación personal. *Muerte digna. Sesión de Bioética y Derechos Humanos.* Ciudad Universitaria, México, D.F.

Pérez, V. (2003). *Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito?* México, D.F.: Limusa.

PNUD. (2014). *Índice de Desarrollo Humano Municipal en México: una nueva metodología.* Recuperado el 22 de abril de 2017, de <http://www.mx.undp.org/content/dam/mexico/docs/Publicaciones/PublicacionesReduccionPobreza/InformesDesarrolloHumano/UNDP-MX-PovRed-IDHmunicipalMexico-032014.pdf>

PROYECTO DE LEY DECLARACION VITAL DE VOLUNTAD DE PACIENTES TERMINALES O DE MUERTE INMINENTE. (2006). *Legal.* Argentina: La Cámara de Diputados y el Senado de la Nación.

Reforma publicada en noviembre de 2002. (noviembre de 2002). *Diario Oficial de la Federación.* Distrito Federal.

*Régimen Legal de Bogotá.* (1982). Recuperado el 25 de noviembre de 2008, de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3431>

- Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. (2008). Distrito Federal: 14 Gaceta Oficial del Distrito Federal.
- Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. (2008). Distrito Federal: 14 Gaceta Oficial del Distrito Federal.
- Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. (2008). Distrito Federal: 14 Gaceta Oficial del Distrito Federal.
- Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. (2008). Distrito Federal: 14 Gaceta Oficial del Distrito Federal. .
- Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. (2008). Distrito Federal: 14 Gaceta Oficial del Distrito Federal.
- Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. (2008). Distrito Federal: 14 Gaceta Oficial del Distrito Federal.
- Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. (2008). Distrito Federal: 14 Gaceta Oficial del distrito Federal.
- Reich, W. T. (s.f.). *Encyclopedia of Bioethics 3rd edition*. Recuperado el 26 de junio de 2008, de <http://course.sdu.edu.cn/G2S/eWebEditor/uploadfile/20120826202224001.pdf>
- Requero Ibañez, J. L. (2010). El testamento Vital y las voluntades anticipadas, aproximación al ordenamiento español. *Diario La Ley*(7334), 22.
- Romero, J. L. (1979). *La edad media*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Ruiz-Calderón, J. M. (18 de enero de 2007). *La cuestión de la eutanasia en España*. Recuperado el 15 de marzo de 2008, de <http://aebioetica.org/revistas/2007/18/1/62/11.pdf>
- Sampedro, R. (1996). *Cartas desde el infierno*. España: Planeta.
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (2016). *Colegio de Notarios*. Recuperado el 23 de junio de 2016, de <http://colegiodenotarios.org.mx/doctos/va16.pdf>
- Sotelo, C. (2004). *La legalización de la eutanasia*. México: Cárdenas Velasco Editores.
- Suárez, A. (27 de marzo de 2017). En la CDMX, 6,384 personas ya solicitaron la Voluntad Adelantada. *Excelsior*.



---

Teno JM, H. T. (1994). Advance Care Planning: Priorities for ethical and empirical research. *Hastings Center Report (Special Supplement)*, 26-29.

Van McCrary S, B. J. (1989). Hospital Policy on Advance Directives. Do Institutions Ask Patients About Living Wills? *JAMA* , 2411-2414.

Villant, V. (2008). *El País, Sección Internacional*. Recuperado el 20 de abril de 2008, de <http://internacional.elpais.com/internacional>

Villegas, E. a. (8 de septiembre de 2014). Entrevista a Eduardo García Villegas. *En nombre de la ley*. (J. E. Apis, Entrevistador) <https://www.youtube.com/watch?v=hcx2Fo5Z-18>. México.

Voluntad anticipada. (2009). Distrito Federal: coordinación especializada en materia de voluntad anticipada.



---

**ANEXOS**

---

---

---

**ANEXO 1.**

**Instrumento para la recolección de  
información.**

---

---



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL



**INSTRUMENTO LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA**

**Objetivo:** Recaudar información sobre el tema de la muerte y las voluntades anticipadas entre la población residente en el Distrito Federal.

126

Delegación en la que vive \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Sexo    Mujer    Hombre

Estado civil \_\_\_\_\_

Último grado de estudios \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Religión \_\_\_\_\_

La religión que profesa, para usted es:

Muy importante

Importante

Sin importancia

Su ingreso mensual promedio es de:

- a) \$ 0.00 a \$2,699.00
- b) \$2,700.00 a \$6,799.00
- c) \$6,800.00 a \$11,599.00
- d) \$11,600.00 a \$34,999.00
- e) \$35,000.00 a \$84,999.00
- f) \$85,000.00 en adelante

1. ¿Qué es la vida humana?

- a) El existir, el llegar a ser de un individuo.
- b) Característica que distingue a los seres humanos de los demás seres y se describe por el nacimiento, el crecimiento, la reproducción, la adaptación al ambiente y la muerte.
- c) *Unión de alma y cuerpo.*
- d) Un ser que nace, crece se reproduce y muere.

2. ¿Qué es la muerte?

- a) Fin de la vida, en especial de una persona.
- b) Fenómeno natural que forma parte de la vida.
- c) El fin de la parte física del ser humano, ante el deterioro del cuerpo.
- d) Liberación del espíritu.

3. ¿Qué es la muerte digna?

- a) Acto que busca la muerte del otro por omisión o acción directa.
- b) Es un acto médico que se realiza a fin de terminar con la vida de una persona, quien debido a una condición médica sin posibilidad de curación hace una petición para que se termine con su sufrimiento.
- c) El que los médicos decidan dejar de dar tratamiento a quienes no tienen posibilidad de curación.
- d) El derecho que tiene un paciente a que se respete su voluntad y se reconozca la capacidad de disponer de su vida ante una situación médica sin posibilidad de curación, para morir sin dolor físico y emocional.

4. ¿Ha tenido o tiene familiares con padecimientos terminales? (si la respuesta es no, pasar a la pregunta 10)

Si  No

5. Hablando en cuestión de costos, ¿el proceso de enfermedad de su familiar es o fue?

Muy costoso  Costoso  Poco costoso  No sé

6. ¿Considera que la enfermedad de su familiar modificó la dinámica que existía en su familia?

Si  No  No sé

a. A partir de la enfermedad padecida por su familiar, usted tuvo algún cambio en la relación que mantenía con sus vecinos o amigos.

Si  No  No sé

7. ¿Usted o algún familiar perdió su empleo por convertirse en cuidador primario del paciente?

Si  No  No sé

a. En su opinión, el que una persona pueda decidir sobre recibir o no un tratamiento ante una enfermedad no curable es:

Muy importante  Importante  Sin importancia  No sé

¿Por qué?

---

---

---

**Considerando que los cuidados paliativos son la atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de un paciente con una enfermedad potencialmente mortal, a fin de tratar *síntomas y efectos secundarios del tratamiento de una enfermedad, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con esta.***

8. ¿Usted pediría a su familia que en caso de padecer una enfermedad terminal no se le diera tratamiento, solo cuidados paliativos a fin de no prolongar su agonía?

Si  No  No sé

9. ¿Un paciente tiene derecho a recibir información oportuna y veraz sobre su enfermedad?

Si  No  No sé

10. ¿Quién debe decidir sobre el final de la vida de una persona?

La familia  El médico  Sólo la persona  Nadie  Dios

11. Considera que el médico debe respetar la decisión de sus pacientes

Si  No

¿Por qué?

---

---

12. ¿Un paciente tiene derecho a no querer saber sobre su enfermedad?

Si  No  No sé

13. ¿Usted aceptaría ser representante de alguien, para respaldar la decisión sobre no recibir un determinado tratamiento, aunque ello implique que su expectativa de vida se reduzca, en comparación con lo que podría vivir si lo tomara? Lo anterior significa también tomar decisiones en torno al final de la vida del paciente a quien se representa en caso de incompetencia para manifestar su deseo.

Si  No  No sé

14. ¿Se debe regular legalmente el derecho a decidir libremente sobre el final de la vida?

Si  No  No sé

¿Por qué?

---

---

---

15. ¿Qué entiende usted por Voluntad Anticipada?

---

---

---

---

16. Considera que las Voluntades Anticipadas deben regularse en México

Si  No  No sé

¿Por qué?

---

---



17. ¿Qué leyes conoce que se hayan aprobado en el Distrito Federal de 2003 a la fecha?

- a) Ley de Sociedades de Convivencia.
- b) Ley de Manejo de Residuos Sólidos.
- c) Ley de Voluntad Anticipada.
- d) Ley de Interrupción Legal del Embarazo.

18. ¿Ha oído hablar de la ley de Voluntad Anticipada?

Si  No  (si la respuesta es no, salto a la pregunta 23)

19. ¿Sabe en qué consiste? Descríbalo brevemente

Si  No

---

---

---

20. ¿Usted suscribiría un documento o formato de Voluntad Anticipada?

Si  No  No sé

21. ¿Por qué?

---

---

---

Gracias por su participación.

---

**ANEXO 2.**

**Ley de Voluntad Anticipada para el  
Distrito Federal.**

---

---



---

PUBLICADA EN LA GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL EL 7 DE ENERO DE 2008.

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL JEFATURA DE GOBIERNO  
LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL

(Al margen superior un escudo que dice: Ciudad de México.- Capital en Movimiento)

**DECRETO POR EL QUE SE EXPIDE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL; SE ADICIONA EL CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL Y SE ADICIONA LA LEY DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL.**

MARCELO LUIS EBRARD CASAUBON, Jefe de Gobierno del Distrito Federal, a sus habitantes sabed: Que la H. Asamblea Legislativa del Distrito Federal, IV Legislatura se ha servido dirigirme el siguiente:  
DECRETO

(Al margen superior izquierdo el Escudo Nacional que dice: ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.- ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL.- IV LEGISLATURA)

ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL IV LEGISLATURA.

D E C R E T A

DECRETO POR EL QUE SE EXPIDE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL; SE ADICIONA EL CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL Y SE ADICIONA LA LEY DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL.

ARTÍCULO PRIMERO.- Se expide la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, para quedar como sigue:

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL CAPÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES PRELIMINARES

Artículo 1.- La presente ley es de orden público e interés social, y tiene por objeto establecer las normas para regular el otorgamiento de la voluntad de una persona con capacidad de ejercicio, para que exprese su decisión de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona.

Artículo 2.- Las disposiciones establecidas en la presente ley, son relativas a la práctica médica aplicada al enfermo en etapa terminal, consistente en el otorgamiento del tratamiento de los Cuidados Paliativos, protegiendo en todo momento la dignidad del enfermo en etapa terminal.

Artículo 3. Para efectos de esta ley se define y entiende por:

Coordinación Especializada: unidad administrativa adscrita a la Secretaría de Salud en materia de Voluntad Anticipada;

Cuidados Paliativos: cuidado integral, que de manera específica se proporciona a enfermos en etapa terminal, orientados a mantener o incrementar su calidad de vida en las áreas biológica, psicológica y social e incluyen las medidas mínimas ordinarias así como el tratamiento integral del dolor con el apoyo y participación de un equipo interdisciplinario, conformado por personal médico, de enfermería, de psicología, de trabajo social, de odontología, de rehabilitación, y de tanatología;

Documento de Voluntad Anticipada: instrumento, otorgado ante Notario Público, en el que una persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica;

Enfermo en Etapa Terminal: paciente con diagnóstico sustentado en datos objetivos, de una enfermedad incurable, progresiva y mortal a corto o mediano plazo; con escasa o nula respuesta a tratamiento específico disponible y pronóstico de vida inferior a seis meses.

Formato: Documento de Instrucciones de Cuidados Paliativos previamente autorizado por la Secretaría, suscrito por el enfermo terminal, ante el personal de salud correspondiente y dos testigos, en el que se manifiesta la voluntad de seguir con tratamientos que pretendan alargar la vida o bien la suspensión del tratamiento curativo y el inicio de la atención en cuidados paliativos, preservando en todo momento la dignidad de la persona;

Institución de Salud: Son todas las instituciones de salud pública, social y privada que prestan servicios en el territorio del Distrito Federal; a). Se deroga.

b). Se deroga. c). Se deroga.

Ley: Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal;

Ley de Salud: Ley de Salud para el Distrito Federal;

Médico tratante: médico responsable de la atención del enfermo en etapa terminal;  
Medidas Mínimas Ordinarias: consisten en la hidratación, higiene, oxigenación, nutrición o curaciones del paciente en etapa terminal, según lo determine el personal de salud correspondiente;

**Obstinación Terapéutica:** la adopción de métodos médicos desproporcionados o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;

**Personal de salud:** profesionales, especialistas, técnicos, auxiliares y demás trabajadores que laboran en la prestación de los servicios de salud;

**Reanimación:** conjunto de acciones que se llevan a cabo para tratar de recuperar las funciones o signos vitales;

**Secretaría:** Secretaría de Salud del Distrito Federal;

**Sedo - analgesia Controlada:** prescripción y administración de fármacos por parte del personal de salud para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y psicológico, del enfermo en etapa terminal;

**Tanatología:** ayuda médica, psicológica y el acompañamiento emocional brindados tanto al enfermo en etapa terminal como a sus familiares, con el objeto de que comprendan y acepten la posibilidad de la muerte cercana, y

**Tratamiento en Cuidados Paliativos:** estrategia del equipo interdisciplinario de salud, para mejorar síntomas físicos, emocionales y bienestar social en el contexto cultural de la población y la buena práctica médica; a través de la prevención temprana por medio de evaluación, identificación y manejo lo más óptimo posible para cada situación de acuerdo con la mejor evidencia disponible, con el fin de disminuir el sufrimiento y facilitar al paciente y su familia la autonomía, el acceso a la información, elección y la mejor calidad de vida posible en la etapa terminal.

Se deroga.

Se deroga.

Artículo 4.- En lo no previsto en la presente Ley, se aplicará de manera supletoria lo dispuesto por la Ley de Salud, el Código Civil, el Código de Procedimientos Civiles y la Ley del Notariado, todos del Distrito Federal.

Artículo 5.- La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente Ley no exime de responsabilidades, sean de naturaleza civil, penal o administrativa, a quienes intervienen en su realización, si no se cumple con los términos de la misma.

Ningún solicitante, profesional o personal de salud que haya actuado en concordancia con las disposiciones establecidas en la presente Ley, estará sujeto a responsabilidad civil, penal o administrativa.

## CAPÍTULO SEGUNDO DE LOS REQUISITOS DEL DOCUMENTO Y FORMATO

Artículo 6.- El Documento de Voluntad Anticipada podrá suscribirlo toda persona con capacidad de ejercicio.

En caso de que el enfermo en etapa terminal se encuentre imposibilitado físicamente para acudir ante el Notario Público, podrá suscribir el Formato ante el personal de salud correspondiente y dos testigos en el documento que emita la Secretaría, mismo que deberá ser notificado a la Coordinación Especializada en los términos de esta Ley.

El Formato se otorgará con los requisitos que dispone el Capítulo Segundo de esta Ley ante el personal de salud que para tal efecto se designe conforme al Reglamento de la presente Ley.

Artículo 7.- El Documento de Voluntad Anticipada o Formato deberán contar con las siguientes formalidades y requisitos:

Realizarse de manera personal, libre e inequívoca ante Notario Público o personal de salud según corresponda y ante dos testigos;

El nombramiento de un representante y, en su caso, un sustituto, para velar por el cumplimiento de la voluntad del enfermo en etapa terminal en los términos del propio documento, y

La manifestación de su voluntad respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados.

Se deroga.

Se deroga.

Artículo 8.- El Notario Público dará aviso del otorgamiento del Documento de Voluntad Anticipada a la Coordinación Especializada.

Se deroga.

Se deroga.

Se deroga.

Se deroga.

Artículo 9.- El personal de salud, ante quien se otorgó el Formato, nombrará un responsable que será encargado de dar aviso a la Coordinación Especializada.

Artículo 10.- Podrán ser testigos del otorgamiento del Documento de Voluntad Anticipada o del otorgamiento del Formato toda persona que goce de capacidad de ejercicio.

No podrán ser testigos:

Los menores de edad;

El médico tratante;

Los que habitual o accidentalmente no disfrutan de su cabal juicio;

Los que no entiendan el idioma que habla el enfermo en etapa terminal, salvo que se encuentre un intérprete presente;

Los que hayan sido condenados por el delito de falsedad, y

Los que se encuentren en algún supuesto de excepción establecido en la Ley.

Artículo 11.- Podrá ser representante para el cumplimiento del Documento de Voluntad Anticipada o Formato cualquier persona con capacidad de ejercicio. El cargo es voluntario y gratuito, una vez aceptado constituye una obligación de desempeñarlo.

No podrán ser representantes:

Los menores de edad;

El médico tratante;

Los que habitual o accidentalmente no disfrutan de su cabal juicio;

Los que hayan sido condenados por el delito de falsedad, y

Los que se encuentren en algún supuesto de excepción establecido en la Ley.

Artículo 12.- El representante que presente excusas, deberá hacerlo al momento en que tuvo noticia de su nombramiento. Son obligaciones del representante:

La revisión y confirmación de las disposiciones establecidas por el suscriptor en el Documento de Voluntad Anticipada o Formato;

La verificación del cumplimiento exacto e inequívoco de las disposiciones establecidas en el Documento de Voluntad Anticipada;

La verificación, cuando tenga conocimiento por escrito, de la integración de los cambios o modificaciones que realice el suscriptor al Documento de Voluntad Anticipada o Formato;

La defensa del Documento de Voluntad Anticipada o Formato, en juicio y fuera de él, así como de las circunstancias del cumplimiento de la voluntad del suscriptor y de la validez del mismo; y,

Las demás que establezca la ley.

Artículo 13.- Pueden excusarse de ser representantes:

Los empleados y funcionarios públicos;

Los militares en servicio activo;

Los que por el mal estado habitual de salud, o por no saber leer ni escribir, no puedan atender debidamente su representación;

Cuando por caso fortuito o fuerza mayor no pueda realizar el cargo conferido, y

Los que tengan a su cargo otra representación en los términos de la presente Ley.

Artículo 14.- El Notario Público hará constar la identidad del otorgante del Documento de Voluntad Anticipada conforme a lo establecido en la Ley del Notariado del Distrito Federal.

El personal de salud identificará al otorgante del Formato mediante:

Documento oficial con fotografía, y

La Declaración de dos testigos mayores de edad, a su vez identificados conforme a la fracción anterior, expresándose así en el formato.

Artículo 15.- El otorgante del Documento de Voluntad Anticipada, preferentemente asistirá al acto acompañado de aquél o aquellos que haya de nombrar como representante a efecto de asentar en el mismo, la aceptación del cargo.

Artículo 16.- Cuando el solicitante declare que no sabe o no puede firmar el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato según sea el caso, deberá igualmente suscribirse ante dos testigos, y uno de ellos firmará a ruego del solicitante, quien imprimirá su huella digital.

Se deroga.

Se deroga.

Se deroga.

Se deroga.

Se deroga.

Artículo 17.- Si el solicitante fuere enteramente sordo o mudo, pero que sepa leer, deberá dar lectura al Documento de Voluntad Anticipada o Formato correspondiente; si no supiere o no pudiese hacerlo, designará una persona que lo haga a su nombre.

Se deroga.

Se deroga.

Se deroga.

Se deroga.

Se deroga.

Artículo 18.- El enfermo en etapa terminal o su representante deberán entregar el Documento de Voluntad Anticipada al personal de salud encargado de implementar el tratamiento respectivo, para su integración al expediente clínico, y dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el mismo. Los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad por el médico especialista.

Se deroga.

Se deroga.

Se deroga.

Se deroga.

Se deroga.

Se deroga.

### CAPÍTULO TERCERO DE LA NULIDAD Y REVOCACIÓN DEL DOCUMENTO Y FORMATO

Artículo 19.- Es nulo el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato cuando:

Es otorgado en contravención a lo dispuesto por esta Ley;

Es realizado bajo influencia de amenazas contra el suscriptor o sus bienes, o contra la persona o bienes de sus parientes por consanguineidad en línea recta sin limitación de grado, en la colateral hasta cuarto grado y por afinidad hasta el segundo grado, cónyuge, concubinario o concubina o conviviente;

El suscriptor no exprese clara e inequívocamente su voluntad, sino sólo por señales o monosílabos en respuesta a las preguntas que se le hacen, y

Aquel en el que medie alguno de los vicios de la voluntad para su otorgamiento.

Se deroga

Se deroga.

Se deroga.

Artículo 20.- El suscriptor del Documento de Voluntad Anticipada o el Formato, que se encuentre en algunos de los supuestos establecidos en el artículo anterior, podrá, luego que cese dicha circunstancia, convalidarlo con las formalidades previstas en esta Ley.

Se deroga.

Se deroga.

Se deroga.

Se deroga

Artículo 21.- El Documento de Voluntad Anticipada y el Formato podrán ser revocados en cualquier momento mediante la manifestación de la voluntad con las mismas formalidades que señala esta Ley para su otorgamiento.

No podrán por ninguna circunstancia establecerse o pretenderse hacer valer disposiciones testamentarias, legatarias o donatarias de bienes, derechos u obligaciones diversos a los relativos a la Voluntad Anticipada en los documentos o formatos que regula la presente Ley.

Artículo 22.- En caso de que existan dos o más Documentos de Voluntad Anticipada o Formatos será válido el último otorgado. Se deroga.

#### CAPÍTULO CUARTO

#### DEL CUMPLIMIENTO DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA



Artículo 23.- El suscriptor solicitará, al médico tratante, se apliquen las disposiciones contenidas en el Documento de Voluntad Anticipada o Formato. Cuando el suscriptor se encuentre incapacitado para expresar su solicitud, le corresponde a su representante el cumplimiento de dichas disposiciones.

Los familiares del enfermo en etapa terminal, tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el enfermo en los términos de esta Ley.

Artículo 24.- Al momento en que el personal de salud correspondiente dé inicio al cumplimiento de las disposiciones y términos contenidos en el Documento de Voluntad Anticipada o Formato, deberá asentar en el historial clínico del enfermo en etapa terminal, toda la información que haga constar dicha circunstancia hasta su conclusión, en los términos de las disposiciones de salud correspondientes.

Para los efectos del párrafo anterior se incluirá el tratamiento en Cuidados Paliativos que el personal de salud correspondiente determine.

El paciente en situación terminal que esté recibiendo los cuidados paliativos, podrá solicitar nuevamente recibir el tratamiento curativo en la forma y términos previstos en la presente Ley.

Artículo 25.- El personal de salud a cargo de cumplimentar lo dispuesto en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato y lo prescrito en la presente Ley, cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tales disposiciones, podrán ser objetores de conciencia y por tal razón excusarse de intervenir en su aplicación.

Será obligación de la Secretaría, garantizar y vigilar en las instituciones de salud, la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal de salud no objetor, a fin de garantizar el otorgamiento de los Cuidados Paliativos como parte del cumplimiento de la voluntad anticipada del enfermo en etapa terminal.

La Secretaría en el ámbito de sus atribuciones y posibilidades financieras, ofrecerá atención médica domiciliaria a enfermos en etapa terminal, de conformidad con los lineamientos que para tal efecto emita en los términos de la presente Ley.

Asimismo, la Secretaría emitirá los lineamientos correspondientes para la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada en las instituciones de salud de carácter privado.

Artículo 26.- El personal de salud en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá suministrar medicamentos o tratamientos médicos, que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo en etapa terminal.

Artículo 27.- No podrán aplicarse las disposiciones contenidas en el Documento de Voluntad Anticipada o en el Formato a enfermos que no se encuentre en etapa terminal, de conformidad con la presente Ley.

---

Se deroga. Se deroga.

## CAPÍTULO QUINTO

### DE LA COORDINACIÓN ESPECIALIZADA EN MATERIA DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 28.- La Coordinación Especializada es la unidad administrativa, adscrita a la Secretaría, encargada de velar por el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente Ley, en los Documentos de Voluntad Anticipada y en los Formatos.



Artículo 29.- Son atribuciones de la Coordinación Especializada:

Recibir, archivar y resguardar los Documentos y Formatos a los que se refiere la presente Ley;

Coadyuvar con el registro de donantes en coordinación con el Centro Nacional de Trasplantes y el Centro de Trasplantes del Distrito Federal;

Fomentar, promover y difundir la cultura de la voluntad anticipada, sustentada en la deliberación previa e informada que realicen las personas, tendiente a fortalecer la autonomía de su voluntad;

Proponer, en el ámbito de su competencia, la celebración de convenios de colaboración con otras instituciones y asociaciones públicas o privadas en las que se promuevan la Ley;

Realizar campañas permanentes de sensibilización y capacitación dirigidas a la sociedad, personal de salud de la Secretaría y de las instituciones de salud de carácter privado, respecto a la materia de la Ley;

Vigilar el cumplimiento de las disposiciones establecidas en los Documentos de Voluntad Anticipada y Formatos, y

Las demás que le otorguen otras leyes y reglamentos.

Artículo 30.- Son obligaciones de la Coordinación Especializada:

Supervisar que el personal de salud proporcione al otorgante información clara y oportuna, respecto de las condiciones de la enfermedad de que se trate, así como los tratamientos respectivos, a fin de fortalecer la autonomía de la voluntad del paciente y posibilitar que el otorgamiento del Formato o Documento de Voluntad Anticipada, sea resultado de un análisis y deliberación personal previa, sobre la base de dicha información, y

Proporcionar información al personal de salud para que en los casos en que el otorgante del Documento de Voluntad Anticipada exprese en éste su decisión de

---

ser sometido a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida, éstos no sean contraindicados para la enfermedad de que se trate o vayan en contra de las prácticas médicas o la ética profesional.

- Artículo 31.- Se deroga.
- Artículo 32.- Se deroga.
- Artículo 33.- Se deroga.
- Artículo 34.- Se deroga.
- Artículo 35.- Se deroga.
- Artículo 36.- Se deroga.
- Artículo 37.- Se deroga.
- Artículo 38.- Se deroga.
- Artículo 39.- Se deroga.
- Artículo 40.- Se deroga.
- Artículo 41.- Se deroga.
- Artículo 42.- Se deroga.
- Artículo 43.- Se deroga.
- Artículo 44.- Se deroga.
- Artículo 45.- Se deroga.
- Artículo 46.- Se deroga.
- Artículo 47.- Se deroga.

## TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal. SEGUNDO.- A partir de la entrada en vigor de la presente Decreto, se derogan las demás disposiciones que contravengan al mismo.

TERCERO.- El Jefe de Gobierno del Distrito Federal tendrá 90 días naturales para emitir el Reglamento y los Lineamientos conducentes para la aplicación de la presente ley.

CUARTO.- El Jefe de Gobierno del Distrito Federal, deberá realizar a más tardar en 90 días naturales las adecuaciones correspondientes al Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, para proveer en la esfera administrativa lo relativo a la creación de la Coordinación Especializada en materia de Voluntad Anticipada.

QUINTO.- El Jefe de Gobierno del Distrito Federal deberá suscribir el convenio de colaboración correspondiente con el Colegio de Notarios a efecto de garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y asegurar el menor costo posible de los honorarios correspondientes al

---

Documento contenido en ella, así como la inclusión de la suscripción del mismo en las Jornadas Notariales.

SEXTO.- La Asamblea Legislativa del Distrito Federal, deberá establecer en el Presupuesto de Egresos para el ejercicio fiscal 2008, los recursos presupuestales correspondientes y suficientes para la operación y difusión de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

SÉPTIMO.- Una vez que el Centro Local de Trasplantes inicie sus operaciones, la Coordinación Especializada en materia de Voluntad Anticipada, continuará con la realización y ejecución de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, en materia de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, y fungirá como coadyuvante de éste en los términos de dicha Ley y las disposiciones vigentes en materia de salud.

OCTAVO.- El Jefe de Gobierno del Distrito Federal, deberá suscribir los convenios de coordinación de acciones correspondientes con la Secretaría de Salud Federal, El Centro Nacional de Trasplantes y los Centros Estatales de Trasplantes, a efecto de garantizar el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, en materia de Trasplantes y Donación de Órganos y Tejidos, con base en lo dispuesto por la Ley General de Salud en lo conducente y aplicable.

NOVENO.- Publíquese el presente Decreto en el Diario Oficial de la Federación para su mayor difusión.

Recinto de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, a los cuatro días del mes de diciembre del año dos mil siete.- POR LA MESA DIRECTIVA.- DIP. KENIA LÓPEZ RABADÁN, PRESIDENTA.- DIP. MARÍA ELBA GÁRFÍAS MALDONADO, SECRETARIA.- DIP. ALFREDO VINALAY MORA, SECRETARIO.- (Firmas)

En cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 122, Apartado C, Base Segunda, fracción II, inciso b), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 48, 49 y 67, fracción II del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, y para su debida publicación y observancia expido el presente Decreto Promulgatorio, en la Residencia Oficial del Jefe de Gobierno del Distrito Federal, en la Ciudad de México, a los diecinueve días del mes de diciembre del año dos mil siete.- EL JEFE DE GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL, MARCELO LUIS EBRARD CASAUBON.- FIRMA.- EL SECRETARIO DE GOBIERNO, JOSÉ ÁNGEL ÁVILA PÉREZ.- FIRMA.- EL SECRETARIO DE SALUD, MANUEL MONDRAGÓN Y KALB.- FIRMA.

TRANSITORIOS DEL DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN, ADICIONAN Y DEROGAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL; PUBLICADO EN LA GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL EL 27 DE JULIO DE 2012.

---

PRIMERO.- El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

La Secretaría de Salud, conforme a la suficiencia presupuestal asignada por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, instrumentará las acciones establecidas en el presente Decreto.

SEGUNDO.- A partir de la entrada en vigor del presente Decreto, se derogan las demás disposiciones que contravengan al mismo.

TERCERO.- El Jefe de Gobierno del Distrito Federal tendrá 180 días naturales para modificar el Reglamento y los lineamientos conducentes para la aplicación de la presente Ley.

CUARTO.- La Asamblea Legislativa del Distrito Federal, deberá establecer en el Presupuesto de Egresos para el ejercicio fiscal 2013, los recursos presupuestales correspondientes y suficientes para la operación y difusión de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

---

**ANEXO 3.**

**Reglamento de la Ley de Voluntad  
anticipada para el Distrito Federal.**

---

---

---

PUBLICADO EN LA GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL EL 4 DE ABRIL  
DEL 2008.

REGLAMENTO DE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO  
FEDERAL

(Al margen superior un escudo que dice: Ciudad de México.- Capital en Movimiento)

MARCELO LUIS EBRARD CASAUBON, Jefe de Gobierno del Distrito Federal, con fundamento en los artículos 122, apartado C, Base Segunda, fracción II, inciso b), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 8, fracción II, 67, fracción II y 90 del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal; 2, 5, 14, 15, fracción VII y XXIX, fracciones I, II, III, IX, XI, XIX y XX, de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal; y el Artículo Tercero Transitorio del Decreto por el que se expide la Ley de la Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, se adiciona el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 07 de enero del 2008, he tenido a bien expedir el siguiente:

REGLAMENTO DE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO  
FEDERAL

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Las disposiciones contenidas en éste Reglamento son de orden público e interés social y tienen por objeto regular la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal en las Instituciones de Salud que prestan servicios en el territorio del Distrito Federal.

Artículo 2. Además de las definiciones establecidas en la Ley, para los efectos de éste Reglamento se entiende por:

- I. Comité Hospitalario de Ética Médica: Es el grupo consultor interdisciplinario que se ocupa de verificar, avalar y hacer recomendaciones sobre el diagnóstico del enfermo en etapa terminal y la aplicación de la Voluntad Anticipada;
- II. Coordinación Especializada: Es la unidad administrativa adscrita a la Secretaría de Salud en materia de Voluntad Anticipada;

III. Diagnóstico médico del enfermo en etapa terminal: Es el documento suscrito por el médico tratante, avalado por el Director de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud y autorizado por el Comité Hospitalario de Ética Médica, previo análisis de la información contenida en el expediente clínico, el cuál deberá ser firmado autógrafamente por los mismos;

IV. Documento de Voluntad Anticipada: Instrumento otorgado ante Notario en el que una persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica;

V. Formato: Documento de Instrucciones de Cuidados Paliativos previamente autorizado por la Secretaría, suscrito por el enfermo en etapa terminal, ante el personal de salud correspondiente y dos testigos, en el que se manifiesta la voluntad de seguir con tratamientos que pretendan alargar la vida o bien la suspensión del tratamiento curativo y el inicio de la atención en cuidados paliativos, preservando en todo momento la dignidad de la persona;

VI. Información al Enfermo: Es aquella que proporciona el médico tratante o personal de salud de la Institución de Salud, al enfermo en etapa terminal o suscriptor del Documento de Voluntad Anticipada o Formato, de manera veraz, completa y comprensible, sobre el diagnóstico, pronóstico y plan de manejo;

VII. Ley: Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal;

VIII. Obstinación Terapéutica: La adopción de métodos médicos desproporcionados o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;

IX. Red Hospitalaria: Conjunto de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, que proporcionan servicios de atención médica, quirúrgica y hospitalaria;

X. Reglamento: El presente Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal;

XI. Representante: Es la persona designada por el enfermo en etapa terminal o suscriptor para la revisión y confirmación de las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, la verificación del cumplimiento



exacto e inequívoco de lo establecido en el mismo, la validez, la integración y notificación de los cambios que realicen los mismos;

XII. Resumen Clínico: Es el documento elaborado por el médico tratante de la Institución de Salud, en el cual se registran los aspectos relevantes de la atención médica del enfermo en etapa terminal, contenidos en el expediente clínico;

XIII. Secretaría: Secretaría de Salud del Distrito Federal;

XIV. Derogada.

XV. Suscriptor: Es la persona autorizada por la Ley, que suscribe el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad, sea menor de edad o incapaz legalmente declarado.

Artículo 3. La Voluntad Anticipada puede suscribirse:

I. Por cualquier persona ante Notario Público mediante el Documento de Voluntad Anticipada; y

II. Por el enfermo en etapa terminal o suscriptor, ante el personal de salud correspondiente mediante el Formato de Instrucciones de Cuidados Paliativos emitido por la Secretaría.

Artículo 4. La expresión de la Voluntad Anticipada tiene como consecuencia:

I. Someter o no someter al enfermo en etapa terminal a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida, protegiendo en todo momento su dignidad;

II. Cumplir con lo establecido en el plan de manejo médico respecto a cuidados paliativos y en su caso, la sedo-analgésia controlada; y

III. Dar asistencia tanatológica al paciente y sus familiares.

Artículo 5. Los enfermos en etapa terminal residentes en el Distrito Federal, que reciban atención y sean diagnosticados en la Red Hospitalaria, gozarán de los beneficios que otorga la Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de Seguridad Social Laboral, para el cumplimiento de su Voluntad Anticipada.

La suscripción del Formato será gratuita, el costo del tratamiento, medios y atención médica se sujetará a lo establecido en la Institución de Salud correspondiente.

Artículo 6. El paciente, que reciba atención y sea diagnosticado en Unidades Médicas Hospitalarias distintas a las de la Secretaría, podrá acogerse a lo establecido en la Ley. Para ingresar a la Red Hospitalaria, deberá someterse a los procedimientos que confirmen el diagnóstico médico de enfermo en etapa terminal.

Artículo 7. El Notario dará aviso del otorgamiento del Documento de Voluntad Anticipada preferentemente por medio de su entrega física a la Coordinación Especializada y acompañado del Aviso de suscripción notarial a la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, dentro de los tres días hábiles siguientes al otorgamiento.

En caso de que el Notario no pueda efectuar el aviso conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, podrá hacerlo por medio de un aviso electrónico que deberá enviar dentro de los tres días hábiles siguientes al otorgamiento. Se tendrá por cumplida esta obligación hasta que la Coordinación Especializada acuse de recibido por vía electrónica, el Documento de Voluntad Anticipada.

Artículo 8. El Formato suscrito ante personal de salud de la Institución de Salud deberá ser entregado a la Coordinación Especializada con los documentos establecidos en el artículo 18 del Reglamento, en un plazo no mayor a cuarenta y ocho horas.

Artículo 9. Cuando el enfermo en etapa terminal manifieste que existe la voluntad de donar sus órganos y tejidos, suscribirá el formato emitido por el Centro Nacional o Local de Trasplantes.

Artículo 10. Los documentos e información que se generen en función de la Voluntad Anticipada, se sujetarán a lo dispuesto en las leyes de Transparencia y Acceso a la Información Pública y de Protección de Datos Personales, ambas para el Distrito Federal.

Artículo 11. El personal de salud y el personal administrativo de las Instituciones de Salud, deberán guardar confidencialidad y reserva respecto a las disposiciones de la Voluntad Anticipada, así como de la información que obtengan por motivo de su cumplimiento.

---

## CAPÍTULO II

### REQUISITOS DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA Y DEL FORMATO DE INSTRUCCIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Artículo 12. El Documento de Voluntad Anticipada suscrito ante Nota rio, deberá contener las formalidades y requisitos que señala el Código Civil vigente para el Distrito Federal, la Ley del Notariado, la Ley, su Reglamento y la demás disposiciones aplicables.

Artículo 13. Las Instituciones de Salud ubicadas en el territorio del Distrito Federal, deberán utilizar el Formato que emita la Secretaría.

Artículo 14. En las Instituciones de Salud, los Directivos designarán a los trabajadores sociales encargados de recabar los documentos y los datos del enfermo en etapa terminal, o en su caso del suscriptor, para requisitar el Formato, cuando así lo soliciten, en términos del artículo 18 del Reglamento.

Artículo 15. El trabajador social designado para recabar los datos y llenar el Formato, deberá cumplir con las siguientes formalidades:

- I. Requisar el Formato en un sólo acto;
- II. Verificar la identidad del enfermo en etapa terminal o del suscriptor, así como de los demás participantes, de conformidad con lo establecido en el artículo 14 de la Ley;
- III. Solicitar al enfermo en etapa terminal o suscriptor de la Voluntad Anticipada, que exprese de modo claro su voluntad;
- IV. Dar lectura en voz alta al contenido del Formato, a efecto de que el enfermo en etapa terminal o el suscriptor, confirme que su voluntad se encuentra en los términos y condiciones manifestados;
- V. No deberá utilizar abreviaturas, ni contener tachaduras o enmendaduras; y
- VI. Recabar las firmas de los participantes y en su caso, la huella digital.

El Formato se suscribirá por triplicado, entregando un ejemplar a la Coordinación Especializada, a la Institución de Salud y al enfermo en etapa terminal, suscriptor o representante.

Artículo 16. El Formato contendrá los siguientes elementos:

- I. Número de control que asigne la Coordinación Especializada para su registro;

- II. Datos de la Institución de Salud: nombre de la institución, domicilio y área de atención;
- III. Datos del enfermo en etapa terminal: nombre completo, domicilio, número telefónico, edad, sexo, estado civil, identificación oficial, nacionalidad, ocupación, número de expediente clínico y diagnóstico terminal;
- IV. Los datos del suscriptor: Nombre completo, domicilio, número telefónico, edad, sexo, estado civil, identificación oficial, nacionalidad, ocupación y parentesco;
- V. La manifestación voluntaria del enfermo en etapa terminal o en su caso del suscriptor de aceptar o no donar órganos y tejidos;
- VI. Datos del representante y los testigos: Nombre completo, domicilio, número telefónico, edad, sexo, estado civil, identificación oficial, nacionalidad y ocupación;
- VII. Observaciones; y
- VIII. Fecha y hora de la suscripción del Formato;
- IX. Las firmas de los participantes y en su caso, la huella digital.

Artículo 17. El texto del Formato deberá contener las siguientes disposiciones:

- I. Que el paciente fue diagnosticado médicamente en etapa terminal;
- II. Que el enfermo en etapa terminal o el representante, fueron informados por el médico tratante del diagnóstico;
- III. Que el enfermo en etapa terminal o en su caso el suscriptor, expresa la decisión de ser sometido o no, a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida;
- IV. Que el enfermo en etapa terminal o en su caso el suscriptor manifiesta de manera libre y consciente su voluntad;
- V. La manifestación del enfermo en etapa terminal o en su caso el suscriptor de aceptar o no donar, órganos y tejidos; y
- VI. Derogada.

Artículo 18. Los documentos que deberán de acompañar al Formato son:

- I. Copia de identificación oficial de los participantes;
- II. Copia del resumen clínico firmado por el Director de la Institución de Salud o autorizado por el Comité Hospitalario de Ética Médica;
- III. Derogada;

IV. Copia del formato emitido por el Centro Nacional de Trasplantes o Centro Local, cuando la voluntad del enfermo en etapa terminal o suscriptor sea la de donar órganos, en su caso.

Artículo 19. Podrán suscribir el Formato, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad y atendiendo al siguiente orden de prelación:

- I. El o la cónyuge;
- II. El concubinario o la concubina; o el o la conviviente.
- III. Los hijos mayores de edad consanguíneos o adoptados;
- IV. Los padres o adoptantes;
- V. Los nietos mayores de edad; y
- VI. Los hermanos mayores de edad o emancipados.

Será obligación del personal de salud de las Instituciones de Salud asentar la información correspondiente en el Formato.

Artículo 20. Podrán suscribir el Formato, cuando el enfermo en etapa terminal sea menor de edad o incapaz legalmente declarado y atendiendo al siguiente orden de prelación:

- I. Los padres o adoptantes;
- II. Los familiares o personas que ejerzan la patria potestad del menor; o,
- III. Los hermanos mayores de edad o emancipados.

Será obligación del personal de salud de las Instituciones de Salud asentar la información correspondiente en el Formato.

Artículo 21. El suscriptor del Formato en términos de los dos artículos anteriores, fungirá a su vez como representante del enfermo en etapa terminal para los efectos de cumplimiento de la Voluntad Anticipada.

Artículo 22. En caso de que el enfermo en etapa terminal o el suscriptor del Formato, padezca de alguna discapacidad que le impida comunicar su voluntad o ignore el idioma y requiera de un intérprete o de un perito traductor, la Secretaría se auxiliará de las Instituciones que cuenten con el personal capacitado para proporcionárselo.

Artículo 23. Derogado.

Artículo 24. Derogado.

Artículo 25. El representante designado en el Documento de Voluntad Anticipada, una vez que sea notificado respecto al diagnóstico terminal del enfermo, solicitará al médico tratante o, en su caso, a los Directivos de la Institución de Salud, para que den inicio al procedimiento de cumplimiento de la Voluntad Anticipada.

En el caso de que no se cuente con el Documento de Voluntad Anticipada, el suscriptor podrá solicitar al personal de salud que inicien las gestiones para requisitar el Formato.

Artículo 26. Si el representante se excusa de verificar el cumplimiento exacto de las disposiciones del Documento de Voluntad Anticipada, el enfermo en etapa terminal podrá optar por el Formato y nombrar un nuevo representante.

Artículo 27. Cualquier modificación al Documento de Voluntad Anticipada o al Formato, deberá ser notificada en un plazo no mayor a cuarenta y ocho horas a la Coordinación Especializada por el Notario ante el cual se otorgó o por el trabajador social designado conforme al artículo 14 del Reglamento.

Artículo 28. El médico tratante tendrá la obligación de informar al paciente o al representante, con base en el expediente clínico y de forma veraz, completa y comprensible, sobre las acciones y procedimientos médicos realizados previos al diagnóstico de enfermo en etapa terminal; y una vez diagnosticado, de informar en los mismos términos sobre el plan de manejo médico tendiente al exacto cumplimiento de lo dispuesto en el Documento de Voluntad Anticipada o en el Formato.

Artículo 29. Derogado.

### CAPÍTULO III

#### DE LA NULIDAD Y REVOCACIÓN DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 30. El trabajador social designado conforme al artículo 14 del Reglamento, suspenderá el llenado del Formato cuando:

- I. Se realice bajo amenazas contra el enfermo en etapa terminal o suscriptor;
- II. Se realice con el ánimo de obtener un beneficio o provecho del enfermo en etapa terminal o del suscriptor;

- III. El enfermo en etapa terminal o suscriptor no exprese clara e inequívocamente su voluntad;
- IV. El enfermo en etapa terminal o el suscriptor, se exprese con señas o monosílabos en respuesta a las preguntas que se le hagan;
- V. El enfermo en etapa terminal o el suscriptor, no cuente con intérprete o perito traductor como lo establece el artículo 22 del Reglamento;
- VI. Medie alguno de los vicios del consentimiento establecidos en el Código Civil vigente para el Distrito Federal, y
- VII. Se otorgue en contravención a lo establecido por la Ley o el Reglamento.

Al presentarse alguno de los supuestos anteriores, el personal de salud notificará los hechos a la Coordinación Especializada dentro de los dos días hábiles siguientes, para que de conformidad con sus atribuciones determine lo conducente.

Artículo 31. Si respecto de una misma persona existieren más de un Documento de Voluntad Anticipada o Formato, la Coordinación Especializada verificará la existencia del último registrado y notificará, dentro de los dos días hábiles siguientes, a la Institución de Salud.

Artículo 32. En caso de controversia, objeción institucional médica o familiar sobre la validez o contenido del Documento de Voluntad Anticipada o del Formato, se suspenderá su cumplimiento hasta que el Juez o autoridad competente resuelva.

## CAPÍTULO IV

### DEL CUMPLIMIENTO DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 33. Para efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Documento de Voluntad Anticipada o en el Formato, el personal de salud de las Instituciones de Salud y el Comité Hospitalario de Ética Médica, tendrán las siguientes

obligaciones:

- I. Emitir, suscribir y confirmar el diagnóstico del enfermo en etapa terminal;
- II. Validar ante la Coordinación Especializada la existencia y vigencia del Documento de Voluntad Anticipada o del Formato; y
- III. Comenzar el manejo médico multidisciplinario del enfermo en etapa terminal.

Artículo 34. Las Unidades Médicas de la Red Hospitalaria serán responsables de otorgar los cuidados y medidas necesarios para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el Documento de Voluntad Anticipada o en el Formato.

Las Instituciones Privadas de Salud brindarán apoyo para otorgar los cuidados y medidas necesarios para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el Documento de Voluntad Anticipada o en el Formato.

Artículo 35. Iniciado el cumplimiento de la Voluntad Anticipada, el médico tratante registrará en el expediente clínico del enfermo en etapa terminal el plan de manejo médico conforme a las notas de evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, resultados de estudios, indicaciones médicas y acciones realizadas para el cumplimiento de la Voluntad Anticipada, lo anterior como lo señala la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

La prescripción de fármacos para aliviar el sufrimiento físico y psicológico del enfermo en etapa terminal, se deberá llevar a cabo únicamente por el médico tratante, quien se auxiliará del personal de salud para su administración.

Artículo 36. Cuando existe la voluntad de donación de órganos y tejidos y una vez confirmada su vigencia por el personal de salud, la Coordinación Especializada informará a los Centros Nacional o Local de Trasplantes, para los efectos a que haya lugar.

Artículo 37. La atención médica domiciliaria será otorgada vía telefónica o a través de visita domiciliaria, debiendo sujetarse a las siguientes disposiciones:

- I. Se otorgará dentro del territorio del Distrito Federal;
- II. Será solicitada por el enfermo en etapa terminal, por sus familiares o por el representante, a través del área de trabajo social de la Unidad Médica Hospitalaria que le atiende;
- III. Deberá ser indicada por el médico tratante, de acuerdo a la condición médica del enfermo en etapa terminal y programada por la Unidad Médica Hospitalaria correspondiente;



IV. El personal de salud que asista le proporcionará al enfermo en etapa terminal los cuidados paliativos y en su caso la sedoanalgesia controlada, así como el tratamiento tanatológico para el enfermo y sus familiares;

V. El personal de salud, tiene la obligación de incorporar la información al expediente clínico, respecto al cumplimiento del plan de manejo médico del enfermo en etapa terminal;

VI. El personal de salud, instruirá al familiar o persona encargada de atender al enfermo en etapa terminal, respecto al procedimiento para proporcionar los cuidados paliativos; y

VII. El personal de salud, expedirá el certificado de defunción correspondiente.

Artículo 38. Las Unidades Médicas Hospitalarias, proporcionarán los medicamentos y material de curación al enfermo en etapa terminal, de conformidad con lo establecido en la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.

## CAPÍTULO V DE LA COORDINACIÓN ESPECIALIZADA EN MATERIA DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 39. La Coordinación Especializada contará con un titular, presupuesto y las áreas administrativas necesarias para su funcionamiento.

El titular de la Coordinación Especializada será designado por el Secretario de Salud.

Artículo 40. El titular de la Coordinación Especializada tendrá, además de las previstas en la Ley, las siguientes atribuciones y obligaciones:

I. Recibir, archivar y resguardar los Documentos de Voluntad Anticipada y los Formatos suscritos;

II. Registrar, organizar y mantener actualizada la Base de Datos de los Documentos de Voluntad Anticipada y Formatos suscritos;

III. Adjuntar las modificaciones a los Documentos de Voluntad Anticipada y a los Formatos;

- IV. Vigilar el cumplimiento de la Voluntad Anticipada, en coordinación con las Instituciones de Salud;
- V. Realizar campañas permanentes de sensibilización y capacitación respecto a la Ley, dirigidas a la ciudadanía y al personal de salud de las Instituciones de Salud;
- VI. Derogada.
- VII. Reportar por escrito al Ministerio Público e instancias competentes, las irregularidades en la suscripción y el cumplimiento de la Voluntad Anticipada, observadas en las Instituciones de Salud;
- VIII. Vigilar que la información que se genere en función de la Voluntad Anticipada, se sujete a lo dispuesto por las leyes de Transparencia y Acceso a la Información Pública y de Protección de Datos Personales, ambas para el Distrito Federal;
- IX. Coadyuvar en las campañas de fomento, promoción y difusión de la cultura de donación de órganos y tejidos;
- X. Ser el vínculo con el Centro Nacional de Trasplantes y el Centro de Trasplantes del Distrito Federal;
- XI. Emitir el Formato y el formato del Aviso de suscripción notarial a la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal; y
- XII. Las demás que la Secretaría, la Ley y el Reglamento le otorguen.

#### TRANSITORIOS

PRIMERO. – Publíquese en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. – El presente Reglamento entrará en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

TERCERO. – La Coordinación Especializada en Voluntad Anticipada, deberá emitir su Manual de Funcionamiento dentro de los 30 días naturales contados a partir de la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento.

Dado en la residencia del Jefe de Gobierno del Distrito Federal, en la Ciudad de México, a los treinta y un días del mes de marzo del año dos mil ocho.- EL JEFE DE GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL, MARCELO LUIS EBRARD

---

CASaubON.- FIRMA.- EL SECRETARIO DE SALUD, MANUEL MONDRAGÓN Y KALB.- FIRMA.

TRANSITORIOS DEL DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN, ADICIONAN Y DEROGAN DIVERSAS DISPOSICIONES DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL, PUBLICADO EN LA GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL EL 19 DE SEPTIEMBRE DE 2012.

PRIMERO.- Publíquese en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

SEGUNDO.- El presente decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

---

**ANEXO 4.**

**Formato de Voluntad Anticipada para  
el enfermo en etapa terminal.**

---

---



## FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

FORMATO NÚMERO CEMAF \_\_\_\_\_/2018

Unidad Médica Hospitalaria	
Nombre: _____	
Domicilio: _____	
Área de atención: _____	

Datos del enfermo en etapa terminal			
Nombre: _____		No. De Expediente: _____	
Domicilio: _____			
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Identificación: _____ Folios: _____
Nacionalidad: _____	Ocupación: _____		Teléfono: _____
Dx. Terminal: _____			

El que suscribe, por mi propio derecho y con plena capacidad de ejercicio, manifiesto que se me ha explicado la enfermedad que padezco, la cual ha sido médicamente diagnosticada como terminal de conformidad con lo establecido en el artículo 3 fracción VI de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, y artículo 2 fracción III del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal por lo que actuando de manera libre de coacción, expreso mi decisión para no ser sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios, encaminados a prolongar mi vida, protegiendo en todo momento mi dignidad.

Manifestación para Donación de Órganos	si		no		*Con fundamento en el artículo 4 fracción IV de la Ley de Voluntad Anticipada.
--	----	--	----	--	--

Designo como mi representante, para la verificación del cumplimiento exacto de lo antes dispuesto a:

Datos del Representante			
Nombre: _____			
Domicilio: _____			
			Teléfono: _____
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Identificación: _____ Folios: _____
Nacionalidad: _____	Ocupación: _____		



## FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

Designo como testigos, que concurren a la celebración del presente acto y verificaron que mi voluntad está manifestada a:

Datos de los Testigos			
Nombre:		Nombre:	
Domicilio:		Domicilio:	
Teléfono:	Edad:	Teléfono:	Edad:
Sexo:	Estado Civil:	Sexo:	Estado Civil:
Identificación:	Folio:	Identificación:	Folio:
Nacionalidad:		Nacionalidad:	
Ocupación:		Ocupación:	

---



---



---

La aplicación de las disposiciones establecidas en el presente Formato exime de responsabilidad, sea de naturaleza civil, penal o administrativa, a quien interviene en su realización, si actúa en concordancia con las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y demás legislación aplicable.

En México, Distrito Federal, siendo las \_\_\_ horas, con \_\_\_ minutos, del día \_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

---

**ANEXO 5.**

**Formato de Voluntad Anticipada para el  
suscriptor y representante del enfermo  
en etapa terminal.**

---

---



## FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL SUSCRIPTOR Y REPRESENTANTE DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

FORMATO NÚMERO CEV A / \_\_\_\_ / 20\_\_

Unidad Médica Hospitalaria	
Nombre: _____	
Domicilio: _____	
Área de atención: _____	

Datos del enfermo en etapa terminal			
Nombre: _____		No. De Expediente: _____	
Domicilio: _____			
Educación: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Identificación: _____
Nacionalidad: _____		Ocupación: _____	Felicitación: _____
Teléfono: _____		Dx. Terminal: _____	

Datos del Suscriptor y Representante			
(Cuando el enfermo se encuentre impedido para manifestar su voluntad, sea menor de edad, o incapaz legalmente declarado, según lo establecido en el artículo 1, fracciones III y IV, 19 y 20 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal)			
Nombre: _____			
Domicilio: _____			
Teléfono: _____		Identificación: _____	
Educación: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Felicitación: _____
Nacionalidad: _____		Ocupación: _____	Parentesco: _____

El que actúa en calidad de suscriptor y representante con plena capacidad de ejercicio, manifiesto que: se me ha explicado la enfermedad que padece por quien suscribo, la cual ha sido médicamente diagnosticada como terminal de conformidad con lo establecido en los artículos 3 fracción VI de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, y artículo 2 fracción III del Reglamento para la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal por lo que actuando de manera libre de coacción, expreso la decisión de que no sea sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios, encaminados a prolongar su vida, protegiendo así en todo momento su dignidad.

Manifestación para Donación de Órganos	si		no		*Con fundamento en el artículo 8 fracción IV de la Ley de Voluntad Anticipada.
--	----	--	----	--	--





### FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

Designo como testigos, que concurrieron a la celebración del presente acto y verificaron que mi voluntad está manifestada a:

Datos de los Testigos			
Nombre:		Nombre:	
Domicilio:		Domicilio:	
Teléfono:	Edad:	Teléfono:	Edad:
Sexo:	Estado Civil:	Sexo:	Estado Civil:
Identificación:	Folio:	Identificación:	Folio:
Nacionalidad:		Nacionalidad:	
Ocupación:		Ocupación:	


La aplicación de las disposiciones establecidas en el presente Formato exime de responsabilidad, sea de naturaleza civil, penal o administrativa, a quien interviene en su realización, si actúa en concordancia con las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y demás legislación aplicable.

En México, Distrito Federal, siendo las \_\_\_ horas, con \_\_\_ minutos, del día \_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

---

**ANEXO 6.**

---

**Solicitud de documento de Voluntad  
Anticipada.**

---



Juan José Pastrana Ancona

SOLICITUD DE DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

1.- DATOS DEL SOLICITANTE:

1.- Nombre: (Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

2.- Nacionalidad:

3.- Sexo: A. Masculino  B. Femenino

4.- Lugar de nacimiento:

5.- Fecha de nacimiento:

6.- Nombre del padre: (Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

7.- Nombre de la madre: (Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

8.- Estado civil: A. Soltero  B. Casado civilmente

9.- Datos de localización:

A. Domicilio: (calle) (número) (interior)  
(colonia) (delegación) (código postal)

B. Teléfono: C. Teléfono celular:

D. Correo electrónico (e-mail):

10.- Ocupación:

11.- CURP:

12.- El solicitante puede:

A. Ver: Sí  NO   
B. Oír: Sí  NO   
C. Hablar: Sí  NO   
D. Leer: Sí  NO   
E. Escribir: Sí  NO



## Juan José Pastrana Ancona

13.- En caso de ser extranjero, mexicano por naturalización o hijo de extranjeros, favor de llenar los datos correspondientes:

A. EXTRANJERO:	B.MEXICANO POR NATURALIZACIÓN:	C.MEXICANO HIJO DE EXTRANJEROS:
Documento Migratorio no.:	Carta número:	Certificado de Nacionalidad Mexicana número:
Condición de Estancia:	Fecha de carta:	Fecha del mismo:
No. y fecha de oficio:		
Anexar copia del Documento	Anexar copia de la carta	Anexar copia del Certificado.

### II.- DATOS COMPLEMENTARIOS

Conceptos que se deben tener en cuenta para otorgar el Documento de Voluntad Anticipada:

**DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA:** Es el instrumento, otorgado ante Notario Público, en el que una persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica.

**ENFERMO EN ETAPA TERMINAL:** Es el paciente con diagnóstico sustentado en datos objetivos, de una enfermedad incurable, progresiva y mortal a corto o mediano plazo, con escasa o nula respuesta a tratamiento específico disponible y pronóstico de vida inferior a seis meses.

**DIAGNOSTICO MEDICO DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL:** Es el documento suscrito por el médico tratante, avalado por el Director de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud y autorizado por el Comité Hospitalario de Ética Médica, previa análisis de la información contenida en el expediente clínico, el cual deberá ser firmado autógrafamente por los mismos.

**OBSTINACION TERAPEUTICA:** Es la adopción de métodos médicos desproporcionados o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía.

**MEDIDAS MINIMAS ORDINARIAS:** Consisten en la hidratación, higiene, oxigenación, nutrición o curaciones del paciente en etapa terminal, según lo determina el personal de salud correspondiente.

**CUIDADOS PALIATIVOS:** Es el cuidado integral, que de manera específica se proporciona a enfermos en etapa terminal, orientados a mantener o incrementar su calidad de vida en las áreas biológica, psicológica y social e incluyen las medidas mínimas ordinarias así como el tratamiento integral del dolor con el apoyo y participación de un equipo interdisciplinario, conformado por personal médico, de enfermería, de psicología, de trabajo social, de odontología, de rehabilitación, y de tanatología.

**SEDO - ANALGESIA CONTROLADA:** Es la prescripción y administración de fármacos por parte del personal de salud para lograr el alivio, ineludible con otras medidas, de un sufrimiento físico y psicológico, del enfermo en etapa terminal.

**REPRESENTANTE:** Es la persona designada por el enfermo en etapa terminal o suscriptor para la revisión y confirmación de las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, la verificación del cumplimiento exacto e inequívoco de lo establecido en el mismo, la validez, la integración y notificación de los cambios que realicen los mismos.

### Notario C. S. S. S.



## Juan José Pastrana Ancona

**FIRMA: ES CONVENIENTE QUE VENGAN A FIRMAR A LA NOTARÍA EL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA TANTO EL SOLICITANTE COMO EL REPRESENTANTE DESIGNADO (SÓLO EL PRIMERO NOMBRADO, NO EL SUSTITUTO) Y DEBEN COMPARECER CON DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (COMO LA CREDENCIAL PARA VOTAR O EL PASAPORTE).**

167

### III.- DISPOSICIONES DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Es mi voluntad otorgar el Documento de Voluntad Anticipada, el cual contendrá:

1.- Mi deseo de:

Sí  No

Ser sometido a medios, tratamientos o procedimientos médicos que puedan prolongar de manera innecesaria la vida, y Ser sometido a la aplicación de las Medidas Mínimas Ordinarias y Tanatológicas y al Tratamiento en Cuidados Paliativos y Sedo-analgésia Controlada.

### 2.- NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE

A.- Nombre:

(Nombres)

(Apellido Paterno)

(Apellido Materno)

B.- Nacionalidad:

C.- Lugar de nacimiento:

D.- Fecha de nacimiento:

E.- Estado civil:

a. Soltero

b. Casado civilmente

F.- Datos de localización:

a. Domicilio:

(calle)

(número)

(interior)

(colonia)

(delegación)

(código postal)

b. Teléfono:

c. Teléfono celular:

d. Correo electrónico (e-mail):

G.- Ocupación:

H.- CURP:

I.- El representante puede:

A. Ver:

Sí

NO

B. Oír:

Sí

NO

### NOTARÍA DE FE

