



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Doctorado en Derecho con Acreditación PNPC (001324)

“LA VOLUNTAD ANTICIPADA EN MÉXICO Y ESPAÑA.
¿UN INSTRUMENTO JURÍDICO QUE PROTEGE
O VULNERA DERECHOS FUNDAMENTALES?”

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN DERECHO

PRESENTA:

MTRO. MARCOS CRUZ GONZÁLEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. GABRIEL PÉREZ GALMICHE

COMITÉ TUTORIAL Y SINODO:

Dr. SILVANO VICTORIA DE LA ROSA
Dr. ERICK SERGIO REVILLA CERRILLO
Dr. JACINTO GARCÍA FLORES
Dr. EUSEBIO ARNULFO CORDERO MÉNDEZ

PUEBLA, PUEBLA, AGOSTO DE 2017.

ÍNDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN.....	p.1
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO, HISTORICO Y CONCEPTUAL DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA.....	p.8
1.1. Aspectos Generales.....	p.8
1.2. La Teoría de los Derechos Fundamentales como base de la Investigación.....	p.9
1.2.1. Distinción entre Derechos humanos y Derechos Fundamentales.....	p.10
1.2.2. Los Principios y las Reglas una categoría en la teoría de Los derechos fundamentales.....	p.16
1.3. Los principios y derechos en los que se basa la voluntad anticipada.....	p.19
1.3.1. La Dignidad.....	p.20
1.3.2 La Libertad.....	p.30
1.3.3 La Autonomía de la Voluntad.....	p.38
1.4. Antecedentes y Origen de la Voluntad Anticipada.....	p.41
1.5. Definiciones y Conceptos de la Voluntad Anticipada.....	p.48
1.6. Naturaleza Jurídica del Documento de Voluntad Anticipada.....	p.54
1.7. Instrumentos Internacionales que contienen los principios y derechos que protege o vulnera la Voluntad Anticipada.....	p.60
1.7.1. La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.....	p.60
1.7.2. El Convenio de Oviedo de 1997.....	p.61
1.7.3. Recomendación Relativa a la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos de fecha 25/06/1999.....	p.68
1.7.4. Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.....	p.70

1.7.4.1. Disposiciones Generales.....	p.72
1.7.4.2. Principios.....	p.73
1.7.4.3. Aplicación de los Principios.....	p.80
1.7.4.4. Promoción de la declaración.....	p.84
1.7.4.5. Disposiciones Finales.....	p.87

CAPÍTULO 2. LA REGULACIÓN DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA EN ESPAÑA.....p.89

2.1. La Constitución Española de 1978.....	p.90
2.2. Ley 14/86 General de Sanidad.....	p.94
2.3. Ley Básica 41/2002.....	p.98
2.3.1. Exposición de Motivos.....	p.98
2.3.2. Capítulo I. Principios Generales.....	p.100
2.3.3. Capítulo II. El derecho de Información Sanitaria.....	p.103
2.3.4. Capítulo III. Derecho a la Intimidad.....	p.105
2.3.5. Capítulo IV. El Respeto de la Autonomía del Paciente.....	p.106
2.3.6. Capítulo V. La Historia Clínica del paciente.....	p.115
2.3.7. Capítulo VI. Informe de Alta y otra Documentación Clínica.....	p.122
2.3.8. Disposiciones Adicionales.....	p.124
2.4. Ley 21/2000 de la Comunidad de Cataluña.....	p.126
2.4.1. Preámbulo.....	p.127
2.4.2. Capítulo 1 Las Disposiciones Directivas.....	p.129
2.4.3. Capítulo 2. El derecho a la Información.....	p.129
2.4.4. Capítulo 3. Derecho a la Intimidad.....	p.131
2.4.5. Capítulo 4. Respeto al Derecho a la Autonomía del Paciente.....	p.132
2.4.6. Capítulo 5. Sobre la Historia Clínica.....	p.139
2.4.7. Capítulo 6. Derechos en relación con la Historia Clínica....	p.149
2.4.8. Disposición Adicional.....	p.151
2.4.9. Disposición Transitoria.....	p.151

2.4.10. Disposición Final.....	p.152
2.5. Comunidades Autónomas que han Legislado en Materia de Voluntad Anticipada.....	p.152
2.6. Aspectos más importantes de Algunas Legislaciones Autonómicas de voluntad anticipada en España.....	p.167
2.7. Número de Inscripciones en el Registro Nacional de Instrucciones Previas de España.....	p.178
CAPÍTULO 3. EL MARCO JURÍDICO DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA EN MÉXICO.....	p.183
3.1. Aspectos Relevantes de la Voluntad Anticipada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	p.183
3.2. Inexistencia de Tratados y convenios Internacionales Suscritos por México en Materia de Voluntad Anticipada.....	p.185
3.3. Inexistencia de una Ley Federal Sobre Voluntad Anticipada en México.....	p.190
3.4. Ley General de Salud, adición del Título Octavo Bis: De los Cuidados Paliativos a los enfermos en situación terminal.....	p.191
3.4.1. Capítulo I. Disposiciones Comunes.....	p.192
3.4.2. Capítulo II. De los derechos de los enfermos en situación terminal.....	p.195
3.4.3. Capítulo III. De las Facultades y Obligaciones de las Instituciones de Salud.....	p.200
3.4.4. Capítulo IV. De los Derechos, Facultades y Obligaciones de los Médicos y Personal Sanitario.....	p.201
3.5. Análisis de la Ley de Voluntad Anticipada de la Ciudad de México.....	p.207
3.5.1. Disposiciones Preliminares de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.....	p.208
3.5.2. De los Requisitos del Documento y Formato.....	p.215
3.5.3. De la Nulidad y Revocación del Documento y Formato.....	p.225

3.5.4. Del Cumplimiento de la Voluntad Anticipada.....	p.228
3.5.5. De la Coordinación Especializada en Materia de Voluntad Anticipada.....	p.235
3.6. Estados de la Republica Mexicana que han legislado en materia de Voluntad Anticipada.....	p.237
3.7. Aspectos Relevantes de las Leyes de voluntad anticipada de los Estados de la Republica Mexicana.....	p.243
3.8. Número de documentos y formatos de Voluntad Anticipada suscritos en la Ciudad de México.....	p. 274

CAPÍTULO 4. LA VOLUNTAD ANTICIPADA EN MÉXICO Y ESPAÑA. ¿UN INSTRUMENTO JURÍDICO QUE PROTEGE O VULNERA DERECHOS FUNDAMENTALES?.....p.282

4.1. La categoría de colisión de principios y reglas frente a la Voluntad Anticipada.....	p.282
4.2. Aspectos Positivos y Negativos de la Voluntad Anticipada en México y su comparación con el marco regulatorio en España.....	p. 287
4.2.1. Aspectos Positivos.....	p.288
4.2.2. Aspectos Negativos.....	p.299
4.3. La voluntad anticipada en México, un Instrumento Jurídico Receptor de la Eutanasia Pasiva y un posible vehículo de transición mediático hacia la eutanasia activa.....	p.310
4.3.1. Origen de la Eutanasia.....	p.311
4.3.2. Definiciones y conceptos de Eutanasia.....	p.312
4.3.3. Clasificación de Eutanasia.....	p.316
4.3.4. Algunas consideraciones en torno a la Eutanasia.....	p.321
4.3.5. Iniciativas de Eutanasia en México.....	p.325
4.3.6. La Muerte Digna. Un derecho Constitucional en la Ciudad de México.....	p.327
4.3.7. La muerte digna en España y las Comunidades Autónomas que la regulan	p.333

CONCLUSIONES.....p.338
PROPUESTAS.....p.344
FUENTES DE INFORMACIÓN.....p.348

INTRODUCCIÓN

A nivel internacional nos hemos podido percatar como la Voluntad Anticipada bajo diferentes denominaciones y matices ha tenido un importante desarrollo y grado de aceptación en diversos países, teniendo como punto de partida a los Estados Unidos de Norteamérica, país al cual se le atribuye su origen, para después traspasar el continente americano y llegar a Europa, particularmente al Reino Unido, Suiza, Holanda, Australia, España, Italia, Francia, Alemania, etcétera. En este sentido Latinoamérica no ha sido ajena a este fenómeno jurídico ya que algunos países como Argentina, Uruguay, Chile, Colombia, entre otros han acogido de buena manera a nuestro objeto de estudio legislado al respecto; y México no ha sido la excepción, ya que en el año 2008 a través del Distrito Federal, y posteriormente a través de algunos otros Estados de la Republica Mexicana, nos sumariamos a aquellos países que buscan reconocer y proteger los derechos de libertad, dignidad y autonomía de la voluntad de los enfermos y/o usuarios de los servicios de salud pública y privada, y con ello avanzar hacia el reconocimiento del derecho que tenemos los ciudadanos de decidir sobre nuestra propia salud y vida.

Sin embargo, así como hemos podido encontrar bondades en la Voluntad Anticipada, también nos hemos podido percatar que en México existen algunos contratiempos e inconvenientes con su regulación que nos han llevado a cuestionarnos si la voluntad anticipada en nuestro país realmente protege o vulnera los principios y derechos fundamentales en los que se basa o por el contrario los vulnera, toda vez que por principio de cuentas el marco jurídico de la voluntad anticipada en México es incipiente y presenta además disparidad normativa, vacíos legales y conflictos de leyes en el espacio, sin embargo, es importante mencionar que México no es el único país que se ha enfrentado a situaciones de ésta naturaleza, ya que específicamente podemos mencionar a España como uno de los países que ha enfrentado muchos de estos inconvenientes logrando importantes avances al respecto, luego entonces, nos hemos inspirado en gran medida en su legislación para nuestro estudio.

Consideramos importante la presente investigación, toda vez que a través de la voluntad anticipada se puede garantizar el derecho de tener todos los Ciudadanos, ya sea en nuestra calidad de pacientes o usuarios de los servicios de salud pública y privada de recibir información veraz y oportuna respecto de los procedimientos, tratamientos, medicamentos, y demás actuaciones sanitarias que se encuentran a nuestro alcance, para que con dicha información a su vez podamos elegir libremente, desde el centro de salud en el cual deseamos ser atendidos, hasta las actuaciones medicas que deseamos o no recibir; al grado que podamos optar por un tratamiento paliativo en lugar de uno curativo, o en su defecto uno experimental cuando las esperanzas de restablecer nuestra salud sean escasas o nulas. Siendo importante mencionar que nuestro objeto de estudio permite que nuestra voluntad pueda trascender aun cuando posteriormente nos sobrevenga una incapacidad física o legal que nos impida manifestar nuevamente dicha voluntad, lo que se traduce en un respeto de la libertad, dignidad, y autonomía de la voluntad de la persona.

De ahí la importancia de averiguar si la voluntad anticipada en México posee todas estas virtudes con las que fue concebido este importante instrumento jurídico o si por el contrario vulnera estos principios y derechos fundamentales en los que se basa, pues solo así podríamos afirmar los beneficios de esta figura jurídica en nuestra sociedad y con ello impulsar y divulgar su tratamiento jurídico en México, o por el contrario alertar, corregir y suprimir su marco legal en beneficio de nuestra colectividad, máxime si tenemos en cuenta que la voluntad anticipada en México se ha convertido en un instrumento receptor de la eutanasia pasiva y un posible vehículo de transición mediático hacia una eutanasia activa, la cual cabe decir avisa con tener mayor presencia en nuestro País.

En este sentido, y por lo que hace al Estado del Arte, en el Ámbito Nacional el día 05 de febrero de 2017 fue publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México la primera carta magna de los capitalinos, la cual en su artículo 6 reconoce como derecho de toda persona la autodeterminación y el libre desarrollo de la

personalidad, posibilitando que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir y morir con dignidad; texto constitucional que abre la posibilidad de que en fechas recientes veamos la invocación de este derecho para acceder a la Eutanasia y a la creación de una ley reglamentaria de dicho precepto legal especialmente creada para dicho fin.

Así las cosas, durante el desarrollo de nuestra investigación nos fijamos como objetivo general analizar a la voluntad anticipada y su marco legal en México y España a fin de determinar si es una figura jurídica a favor de la sociedad que tutela los derechos humanos y principios de libertad, dignidad y autonomía de la voluntad en los que se basa, y que por lo tanto se justifica su creciente regulación en México como un medio de garantizar tales derechos, o por el contrario resolver si nos encontramos ante un instrumento jurídico discriminatorio del derecho a la libertad, autonomía de la voluntad y dignidad del ciudadano; de igual forma se establecieron algunos objetivos específicos como son: fijar los principios en los que se basa la voluntad Anticipada, Precisar su conceptualización, Establecer la naturaleza jurídica del Documento de Voluntad Anticipada, Identificar los Instrumentos Internacionales que contienen los principios y derechos en los que se basa nuestro objeto de estudio, examinar el marco Jurídico de la Voluntad anticipada en España, analizar su marco Jurídico en México, determinar los aspectos positivos y negativos de la voluntad anticipada en nuestro país y finalmente resolver si la Voluntad anticipada en México protege o vulnera los principios de libertad, dignidad y autodeterminación de las personas.

Entre otras, se plantearon diversas interrogantes, las cuales se respondieron en cada uno de los capítulos correspondientes, y de las cuales podemos destacar por su importancia las siguientes: ¿Qué es la Voluntad anticipada?, ¿Cuál es la Naturaleza Jurídica del Documento de Voluntad Anticipada?, ¿Cuales son los Instrumentos Internacionales que contienen los principios y derechos en los que se basa la voluntad anticipada?, ¿Cómo se regula la Voluntad Anticipada en España?, ¿Cómo se regula la Voluntad Anticipada en México?, ¿Cuáles son los aspectos

positivos y negativos de la voluntad anticipada en México y España?, y por último, ¿La Voluntad anticipada en México es un Instrumento jurídico que protege o vulnera derechos fundamentales?.

En este sentido, se formuló una hipótesis en forma recapitulativa que a continuación nos permitimos citar: La regulación de la voluntad anticipada en México es ineficaz, inadecuada y vulnera los principios de libertad, dignidad y autonomía de la voluntad en los que se funda en perjuicio de los ciudadanos por las siguientes razones: 1.- Existe disparidad normativa y/o inexistencia de ley sobre voluntad anticipada entre los diversos Estados de la Republica Mexicana. 2.- Los trabajos legislativos sobre voluntad anticipada en México en su mayoría restringen este Instrumento jurídico a los enfermos en fase terminal y a los procedimientos y tratamientos que el suscriptor no desea recibir. 3.- Se vulnera la libertad y autonomía de la voluntad de los ciudadanos al permitirse que en casos de incapacidad del titular, otra persona por lo general un familiar suscriba el documento de voluntad anticipada en su representación.

Por lo que, con el objeto de probar o disprobar la hipótesis planteada, utilizamos un proceso sistemático y razonado para la obtención de la verdad científica, partiendo desde la observación del fenómeno, planteamiento de un problema y la formulación de objetivos específicos y generales alcanzables mediante la aplicaron diversos métodos y técnicas de investigación que nos permitieron generar conocimiento científico; dentro de los cuales los más utilizados fueron: El Método Histórico, el cual está vinculado al conocimiento de las distintas etapas de los objetos con la sucesión cronológica correspondiente, con la aplicación de éste método determinamos el origen de la Voluntad Anticipada, el desarrollo que ha tenido de forma paralela con la sociedad a través de los diferentes momentos históricos, y la utilidad e impacto social que ha tenido en la solución de problemas suscitados en el campo del derecho y la medicina; el método Analógico o Comparativo, el cual consiste en la comparación de fenómenos por sus semejanzas y diferencias, este método va de lo conocido a lo desconocido, por lo que

realizamos una comparación y análisis del marco jurídico de la Voluntad Anticipada en España, con el incipiente marco jurídico de la Voluntad Anticipada en México, determinando los aspectos positivos y negativos de nuestro objeto de estudio en ambos países para determinar si en México es una figura que protege o vulnera los principios y derechos fundamentales en los que se basa.

En el entendido que dicho método se complementó con otros, como el método analítico, deductivo e inductivo, ya que no solo segmentó nuestro objeto de estudio y su marco regulatorio en el mayor número de partes o elementos posibles para conocerlo, estudiarlo y explicarlo, sino que también inferimos conclusiones particulares y generales, partiendo de los principios generales sobre los cuales se basa la Voluntad Anticipada, como son la libertad, dignidad y autonomía de la voluntad, los cuales fueron analizados en el marco regulatorio de la voluntad anticipada en México y España desde los tratados internacionales que regulan nuestro objeto estudio hasta las leyes, pasando por las leyes fundamentales, generales, federales o básicas y estatales o autonómicas que nos permitieron arribar a conclusiones particulares que en su conjunto sirvieron para arribar a la verdad buscada.

De igual forma, empleamos la técnica de investigación Documental, en la que utilizamos materiales electrónicos e impresos de Libros, Revistas, Leyes y páginas de Internet, a través de los cuales realizamos una búsqueda y selección de los contenidos que guardaban relación directa e indirecta con nuestro tema de investigación, sobre todo empleamos aquel material especializado en el área del derecho y la salud, a fin de brindarle el sustento, y determinar con una mayor profundidad el impacto y función que ha tenido esta figura jurídica dentro de la sociedad, particularmente en el campo del derecho y la medicina en España y México.

En cuanto a las teorías aplicadas, empleamos la teoría de los derechos fundamentales, así como la del *ius normativismo*, *ius sociologismo* y *ius historicismo*:

La primera encierra la categoría de colisión de principios, y con ello la ponderación como un medio para resolver este tipo de problemas, la cual nos fue de gran ayuda ya que en la voluntad anticipada llegan colisionar entre si los principios en los que se basa, así como con otros derechos fundamentales como el de la salud y la vida por lo que el uso de esta teoría fue primordial en nuestra investigación. La segunda teoría rechaza la existencia de una realidad irrefutablemente empírica, y concibe al derecho como un fenómeno normativo, resultado de la voluntad humana, ésta teoría coloca a la norma como piedra angular o eje central del derecho. A través de la aplicación de dicha teoría pretendimos eliminar temporalmente los juicios de valor a fin de obtener conclusiones estrictamente jurídicas; de igual forma realizamos un análisis estrictamente legal de la Voluntad Anticipada para determinar los aspectos positivos y negativos de la legislación analizada.

La Tercera de las teorías fue aplicada partiendo de la observación, análisis y comparación de los hechos que originaron los fenómenos jurídicos tal y como se ofrecen en la realidad, sin que buscáramos principios superiores de la razón para determinar las Leyes o principios a que responden, a partir de la aplicación de este teoría, se pretendió hacer un estudio del impacto que ha tenido y puede tener en nuestra sociedad la Voluntad Anticipada y con ello determinar si en México es un instrumento que protege o vulnera los derechos fundamentales de los ciudadanos; y La Cuarta de las teorías se relaciona con el desarrollo de hechos o acontecimientos a través del tiempo, por lo que la presente teoría se aplicó en nuestra investigación desde su primer capitulado, pues fue necesario establecer el origen de la Voluntad Anticipada y su desarrollo a través del tiempo y espacio, a fin de estudiar el comportamiento del objeto de investigación y prever su posible desarrollo a través de los años.

Ahora bien, para una mejor comprensión de nuestra investigación, dividimos la misma en cuatro capítulos; en el primero establecimos nuestro marco teórico, histórico y conceptual, en el que fijamos la teoría de los derechos fundamentales como punto de partida de nuestro trabajo, así como los principios en los que se basa

la voluntad anticipada, determinamos el origen de la voluntad anticipada y parte de su evolución, y finalmente abordamos su conceptualización, definición, naturaleza jurídica y los tratados internacionales en los que encuentra su sustento legal; en el segundo capítulo realizamos en orden jerárquico un análisis del marco jurídico de la Voluntad Anticipada en España, listamos las comunidades autónomas que han Legislado en Materia de Voluntad Anticipada, abordamos los aspectos más importantes de Algunas de estas Legislaciones Autonómicas y finalmente establecimos el Número de Inscripciones en el Registro Nacional de Instrucciones Previas de España por comunidad autónoma, edad, y sexo.

En el Tercer Capítulo también analizamos en orden jerárquico el marco jurídico de la voluntad anticipada en México, listamos los Estados de la Republica Mexicana que han Legislado en Materia de Voluntad Anticipada, y los aspectos más importantes de dichas Legislaciones y finalmente establecimos el Número de Inscripciones de documentos y formatos de voluntad anticipada suscritos en la Ciudad de México con base en la nacionalidad, edad, sexo y estado civil, por lo que el cuarto y último capítulo nos enfocamos con base en los capítulos precedentes a resolver si la voluntad anticipa en México protege o vulnera los derechos fundamentales en los que se basa, así como sus causas, para lo cual registramos los aspectos positivos y negativos de la voluntad anticipada en México y España, tratamos la relación surgida entre nuestro objeto de estudio y la eutanasia activa y pronosticamos su desarrollo previo, todo lo anterior con el objeto de formular nuestras conclusiones y propuestas.

CAPÍTULO 1.

MARCO TEÓRICO, HISTORICO Y CONCEPTUAL DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA.

1.1. Aspectos Generales

Antes de adentrarnos al presente tema de investigación es importante realizar algunas precisiones en este primer capítulo; lo anterior con el objeto de contar con un conocimiento previo, que nos facilite el estudio y comprensión de la voluntad anticipada en líneas subsecuentes. Para lograr lo anterior es menester entre otros muchos aspectos abordar algunos conceptos y definiciones que nos proporcionan determinados autores de nuestro objeto de estudio, además de establecer cómo surge la voluntad anticipada, y precisar la fecha y lugar en que la mayoría de los especialistas en el tema coinciden con el origen de la voluntad anticipada.

Por otra parte, es importante señalar que nuestro objeto de investigación bajo diferentes denominaciones y matices ha tenido un importante desarrollo y grado de aceptación en diversos países del mundo; como Estados Unidos de Norteamérica, Reino Unido, Suiza, Holanda, Australia, España, Italia, Francia, Alemania, etcétera, pero que además en Latinoamérica algunos países han comenzado a legislar sobre la materia, dentro de los cuales podemos citar a Argentina, Uruguay, Chile, Colombia y Costa Rica. En éste sentido, nuestro país no ha sido la excepción, pues en el año 2008 a través del Distrito Federal¹ (actualmente ciudad de México)², y

¹ En México se comenzó a legislar en Materia de voluntad Anticipada a través del Distrito Federal. Véase: 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, de fecha 19 de diciembre de 2007, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, número 247, Decima Séptima Época, el 7 de enero del 2008, pp. 2-12, <http://goo.gl/QgJmR>, página consultada el 11 de noviembre de 2013.

² Por acuerdo General del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal se cambio la denominación de Distrito Federal por Ciudad de México en todo su cuerpo normativo, por lo cual si en algún apartado de la presente investigación se hace alusión al Distrito Federal será únicamente para efectos didácticos, y deberá entenderse que nos referimos a la Ciudad de México, advertencia y aclaración que consideramos pertinente realizar desde un inicio para evitar cualquier confusión posterior. Sobre el cambio de denominación recomendamos consultar un decreto y un Acuerdo publicados en el Diario Oficial de la Federación respecto al cambio de denominación del Distrito Federal. Véase: DECRETO por el que se declaran reformadas y derogadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de la reforma política de la Ciudad de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de enero de 2016, <https://goo.gl/C3CCrv>, página consultada el 04 de diciembre de 2016; y ACUERDO General del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal por el que se

posteriormente a través de algunos otros Estados de la Republica Mexicana, nos sumamos a aquellos países que buscan el respeto de los derechos de los enfermos y/o usuarios de los servicios de salud pública y privada, como son el consentimiento informado, la libertad, dignidad y autonomía de la voluntad.

1.2. La Teoría de los derechos Fundamentales como base de la Investigación

Para efectos del tema que nos ocupa, es de suma importancia precisar desde el inicio que la teoría de los derechos fundamentales es la lente principal a través de la cual se desarrollará nuestro objeto de estudio denominado voluntad anticipada, y consideramos pertinente lo anterior ya que a nuestro parecer esta figura jurídica se funda en tres principios de la norma fundamental: La libertad, dignidad y autonomía de la voluntad.

Si bien tratar de desarrollar un concepto acabado sobre la libertad, dignidad y autonomía de la voluntad no es una tarea sencilla, por la simple razón de que tales conceptos pueden ser abordados desde la ética, la teología, la ontología, la filosofía, el derecho, etcétera, dejar en claro desde un inicio que los derechos fundamentales son nuestra principal herramienta, nos permite ser más profundos y precisos en lo que se abordará antes de adentrarnos a nuestro tema principal.

Por el momento es necesario hacer una correcta distinción entre derechos humanos y derechos fundamentales dado que algunas veces nos hemos percatado que de forma incorrectamente se hace alusión a unos y otros como si fueran lo mismo; al respecto nos permitimos señalar en líneas subsecuentes aquellas diferencias.³

cambia la denominación de Distrito Federal por Ciudad de México en todo su cuerpo normativo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 05 de febrero de 2016, goo.gl/oUp8t7, página consultada el 04 de diciembre de 2016

³ Encontramos sustento en nuestra afirmación en la opinión de Duran Ribera ya que sostiene: "No es infrecuente encontrar en la literatura académica el uso indistinto de la expresión derechos humanos y derechos fundamentales; términos que, en ocasiones incluso, se los asimila a las denominaciones derechos naturales, derechos públicos subjetivos, libertades públicas y derechos morales; lo cual determina la necesidad de establecer algunas precisiones conceptuales sobre el alcance de dichas expresiones, abocándonos por la pertinencia y frecuencia de su uso, a las dos denominaciones primeramente aludidas." Véase: Duran Ribera, William Ruperto, "La protección de los derechos fundamentales en la doctrina y jurisprudencia constitucional", *Ius est praxis*, Vol. 8, núm. 2, 2002, Talca, Chile, p.178

1.2.1. Distinción entre Derechos Humanos y Derechos Fundamentales.

Debemos puntualizar que los derechos fundamentales tienen como referencia obligada los derechos humanos, no obstante que no son exactamente lo mismo, razón por la cual abordaremos primero el tema de los derechos humanos y posteriormente a los derechos fundamentales.

El ser humano siempre ha luchado por el respeto de su calidad humana resistiéndose a través de la historia de cualquier tipo de dominación y menoscabo de dicha calidad, ya sea desde una posición filosófica, ideológica, religiosa, legal o fáctica, sin embargo es oportuno mencionar que la concepción de los derechos humanos data de finales del siglo XVIII a través del pensamiento liberal revolucionario.⁴

De acuerdo a Miguel Carbonell el origen de los derechos humanos puede ser analizado desde dos puntos de vista: uno filosófico o teórico y otro normativo o jurídico. Desde el punto de vista filosófico, los derechos humanos encuentran su fundamento en el pensamiento de la ilustración. Autores como Hobbes, Locke, Rousseau, Montesquieu, incluso Beccaria en el terreno penal, ofrecen abundantes argumentos en defensa de la **dignidad humana** frente a la lógica del Estado absolutista que se había venido construyendo desde la Edad Media, por eso Miguel Carbonell cree que tales autores reivindican la existencia de ciertos derechos anteriores e incluso superiores al Estado, es decir, considera que el tema de los derechos tiene fuertes matices iusnaturalistas, y que cuando estos autores clásicos escriben sus obras, eran muy débiles las normas jurídicas que preveían derechos humanos. En otras palabras considera que su discurso podía tener un fundamento de orden racional o en algunos casos religioso, pero no jurídico, y que el origen ya propiamente normativo de los derechos humanos se da junto con el advenimiento del Estado constitucional, en el último cuarto del siglo XVIII, tanto en Francia como en Estados Unidos.⁵

⁴ Cfr. Carbonell, Miguel, *Derechos Fundamentales y Democracia*, Ed. Instituto Federal Electoral, México, 2013, p.15

⁵ *Ídem*.

Por otra parte, Ernesto Garzón Valdés nos menciona que los derechos humanos se reconocen debido a que protegen bienes básicos y eso es lo que permite diferenciar a un derecho humano de un derecho de otro tipo (como por ejemplo un derecho de origen contractual), en este sentido un derecho humano es aquel que resulta necesario para la realización de cualquier plan de vida, es decir, que es indispensable para que el individuo pueda actuar como un agente moral autónomo, aunque no sea reconocido como derecho humano por la Constitución de algún país o por los tratados internacionales.⁶

En concatenación con lo anterior para Luigi Ferrajoli los derechos humanos: “son los derechos primarios de las personas y conciernen indistintamente a todos los seres humanos, como, por ejemplo (conforme a la Constitución italiana), el derecho a la vida y a la integridad de la persona, la libertad personal, la libertad de conciencia y de manifestación del pensamiento, el derecho a la salud y a la educación y las garantías penales y procesales...”⁷

Sin embargo, de acuerdo a Robert Alexy no debemos pasar por alto que los Derechos Humanos desenvuelven su plena eficacia cuando son garantizados a través de normas de derecho positivo, esto es, transformados. De ahí la importancia de que se les incorpore como derecho obligatorio en el catalogo de derechos fundamentales de una constitución.⁸

Con el transcurso del tiempo los sujetos de los derechos se han ido especificando, en función de las distintas tareas o roles que desempeñan las personas a lo largo de su vida y las primeras declaraciones de derechos se referían en general a los derechos de las personas o de los ciudadanos, pero en las Constituciones más recientes y los tratados internacionales ya se abordan aspectos específicos de la vida de las personas, es decir, se habla actualmente ya no sólo de

⁶ Cfr. Garzón Valdés, Ernesto, *Derecho, Ética y Política*, Ed. Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, España, 1993, p. 531

⁷ Ferrajoli, Luigi, *Derechos y Garantías, la Ley del más Débil*, 4ª ed., Ed. Trotta, Madrid España. 2004, p.40

⁸ Cfr. Alexy, Robert, *Teoría del Discurso y Derechos Humanos*, Ed. Universidad Externado de Colombia, Colombia, 1995, p.93

derechos de personas en general, sino de derechos de los trabajadores, campesinos, personas con discapacidad, niños, mujeres, pacientes, migrantes, reclusos, adultos mayores, etcétera, lo anterior, debido a las nuevas necesidades que surgen en los Estados Constitucionales de Derecho, como por ejemplo el derecho al medio ambiente, el derecho al agua, el derecho a la alimentación, por mencionar algunos.⁹

También existe la posibilidad de que se añadan como nuevos derechos humanos el del acceso a internet, los derechos políticos de los migrantes, los derechos de las generaciones futuras, el matrimonio gay, el derecho a una muerte digna, los derechos de los animales no humanos o el derecho a la renta básica. En otras palabras estemos o no de acuerdo con algunos de estos derechos estamos en una constante evolución normativa que busca ser incluyente a través de un debate abierto, en el que siguen existiendo muchas preguntas todavía sin respuesta. En vista de lo anterior es probable que en el futuro sigamos viendo una ampliación de los catálogos de derechos, en la medida en que van surgiendo fenómenos que ponen en riesgo la dignidad de la persona.¹⁰

Ahora bien, por lo que respecta a los derechos fundamentales cabe hacer mención que dicho término aparece en Francia (*droits fondamentaux*) a finales del siglo XVIII, dentro del movimiento que culmina con la expedición de la declaración de los derechos del hombre y del Ciudadano de 1789. En sentido moderno, toma relieve sobre todo en Alemania bajo la denominación de *Grundrechte* adoptada por la constitución de ese país en 1949.¹¹

De acuerdo a Luigi Ferrajoli para poder comprender mejor que son los derechos fundamentales se debe partir de cuatro enfoques:

⁹ Cfr. Carbonell, Miguel, *op. cit.*, nota 4, pp.25-26

¹⁰ *Ibidem*, p.26

¹¹ Cfr. Carbonell, Miguel, *Los Derechos Fundamentales en México*, Ed. UNAM, Serie Doctrina Jurídica, Núm. 185 México, 2004, p.8

1.- Desde un punto de vista Axiológico, externo al derecho positivo, ético-político o si se quiere iusnaturalista; "...son derechos fundamentales todos aquellos derechos cuya garantía es necesaria para realizar la igualdad en relación con las facultades, necesidades y expectativas que se asumen como esenciales; para vincular las formas y los contenidos de la democracia a esas facultades, necesidades y expectativas; para asegurar la convivencia pacífica; y finalmente, para operar como leyes del más débil en oposición a la ley del más fuerte que regiría en su ausencia. ..."12

2.- Desde un enfoque del derecho positivo y por ello "...desde la dogmática Constitucional o Internacional... son derechos fundamentales, por ejemplo en el ordenamiento italiano o español, aquellos derechos expresados en normas de derecho positivo Italiano y Español; o que son derechos fundamentales, en el ordenamiento internacional aquellos derechos sancionados por la declaración universal de los derechos humanos de 1948, por los pactos internacionales de 1966 y por otras convenciones internacionales sobre derechos humanos."13

3.- Desde un tercer enfoque a partir de la sociología del derechos y la historiografía jurídica, los derechos fundamentales, son aquellos derechos que han sido inicialmente afirmados y reivindicados, y después conquistados y consagrados como fundamentales en las leyes o constituciones; son aquellos derechos concretamente defendidos en el plano histórico, y de hecho satisfechos en el plano fenomenológico, en el que juegan un papel importante las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de su instrumentación.14

4.- Por último, los derechos fundamentales a partir de las teoría del derecho, son aquellos derechos adscritos universalmente a todos en cuanto personas, en cuanto ciudadanos o en cuanto capaces de ejercicio. Esta definición, explica Luigi Ferrajoli, tiene un carácter puramente formal o estructural, igual que todas las

¹² Ferrajoli, Luigi, *Epistemología jurídica y Garantismo*, 4ª. ed., Ed. Fontamara, México, 2011, p.284

¹³ *Ídem*,

¹⁴ *Cfr. Ibídem*, p. 285

definiciones teóricas, ya que no nos dice cuales son los derechos fundamentales, sino solo que son los derechos fundamentales.¹⁵

Sin embargo en un trabajo anterior el autor en cita señaló: “son derechos fundamentales todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos en cuanto dotados del status de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar; entendiendo por derecho subjetivo cualquier expectativa positiva (de prestaciones) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica; y por status la condición de un sujeto, prevista así misma por una norma positiva, como presupuesto de su idoneidad para ser titular de situaciones jurídicas y/o autor de los actos que son ejercicio de estas.”¹⁶

Por lo que respecta a Miguel Carbonell “Son derechos fundamentales aquellos que están consagrados en la constitución, es decir en el texto que se considera supremo dentro de un sistema jurídico determinado; por ese solo hecho y por que el propio texto constitucional los dota de un estudio jurídico privilegiado... tales derechos son fundamentales”¹⁷

En vista de las anteriores concepciones nos atrevemos a afirmar que un elemento básico para distinguir un derecho fundamental de un derecho humano es que este ultimo protege los intereses más vitales de la persona sin que sea necesaria su inserción o inclusión en un texto constitucional, no obstante que también llegue a estar positivizado, a diferencia de un derecho fundamental que es un derecho humano eminentemente positivizado en la constitución de un país o tratado internacional que vincula a un Estado Nación. De ahí que los derechos humanos no hacen distinción alguna entre nacionalidades, razas, credo, idioma, condición social, política, económica, etcétera, son universales. Los derechos humanos no deben ser confundidos con los derechos fundamentales; son

¹⁵ *Cfr. Ibidem*, pp. 286 y 287. En este aspecto coincidimos plenamente con el autor, ya que como bien menciona cuando se intenta definir un concepto teórico que no nos dice nada sobre los contenidos de tales derechos, es decir, sobre las necesidades y sobre las inmunidades que son y deberían ser sancionadas como fundamentales.

¹⁶ Ferrajoli, Luigi, *op. cit.*, nota 7, p.37

¹⁷ Carbonell, Miguel, *op. cit.*, nota 11, p.2

fundamentales los derechos que están previstos en el texto constitucional y en los tratados internacionales.¹⁸

Los derechos humanos suelen venir entendidos como un conjunto de facultades e instituciones que en cada momento histórico concretan las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humana, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional. En tanto que con la noción de los derechos fundamentales se tiende a aludir a aquellos derechos humanos garantizados por el ordenamiento jurídico positivo, en la mayor parte de los casos en su normativa constitucional, y que suelen gozar de tutela reforzada, por lo que los derechos fundamentales son derechos humanos constitucionalizados.¹⁹

Francisco J. en términos muy generales señala que el positivismo transforma los derechos humanos en derechos fundamentales. Los incorpora como un elemento esencial del sistema jurídico, que los reconoce y garantiza con la fuerza irresistible del único derecho válido, el derecho positivo, es decir, los respalda con el uso lícito de la fuerza física que ostenta en monopolio el Estado.²⁰

En buena parte coincidimos con tal afirmación, sin embargo, consideramos que los derechos humanos también han logrado cierto grado de positivación por parte de los Estados y los organismos Internacionales, al grado que existen instrumentos internacionales que los garantizan.

¹⁸ Cfr. *Ibidem*, pp-8-9. Sin embargo contrario a lo afirmado hasta el momento, un gran exponente de la doctrina Española como lo es el autor Diez Picaso no considera que haya diferencia sustancial entre derechos humanos y derechos fundamentales pues considera lo siguiente: "Ciertamente el concreto régimen jurídico y, en especial, los mecanismos de protección de los derechos varían según cuál sea la norma en que estén reconocidos, pero ello no autoriza a olvidar que se trata siempre de derechos tendentes a salvaguardar unos mismos valores que, desde un punto de vista moral y político, se consideran básicos (para la convivencia humana)." Véase: Diez-Picazo, Luis María, "Aproximación A la idea de los derechos fundamentales", *Revista Peruana de Derecho Constitucional*, núm. 2, 2000, pp. 225 y 226, cit. por Aguilar Caballo, Gonzalo, "Derechos Fundamentales-Derechos Humanos, ¿Una distinción Valida en el Siglo XXI?", "Boletín Mexicano de Derecho Comparado", nueva serie, año XLIII, núm. 127, enero-abril de 2010, p.26

¹⁹ Cfr. Carbonell, Miguel, *op. cit.*, nota 11, pp. 8 y 9

²⁰ Cfr. Bastida Freijedo, Francisco J., *El Fundamento de Los Derechos Fundamentales*, <http://www.unirioja.es/dptos/dd/redur/numero3/bastida.pdf>, página consultada el 15 de marzo 2014

El autor Duran Ribera, considera que: "...es posible sostener que bajo la expresión **derechos fundamentales** se designa a los derechos garantizados por la Constitución y que en cambio, la denominación **derechos humanos**, hace referencia a derechos garantizados por normas internacionales. Las primeras tienen como fuente de producción al legislador constituyente, y las segundas, a los Estados y organismos internacionales."²¹

Antes de concluir este apartado, cabe hacer mención que si bien los derechos fundamentales son de gran relevancia y se encuentren positivizados en la ley elemental de los Estados Nación, esto no quiere decir que tales derechos sean absolutos y se afirma lo anterior ya que necesariamente deben armonizarse entre sí con los demás bienes y valores protegidos por la ley fundamental, pues, de lo contrario, ausente esa indispensable relativización, la convivencia social y la vida institucional no serían posibles²²

Hasta aquí lo abordado podemos comprender porque la libertad, dignidad y autonomía de la voluntad son derechos fundamentales, en tanto son derechos subjetivos universales de toda persona adscritos a una disposición de derecho fundamental, sin embargo aun no se ha profundizado por que las normas de derecho fundamental también pueden tener el carácter de regla o de principio y la distinción entre una y otra; por lo que en el siguiente apartado se abordara dicha temática.

1.2.2. Los Principios y las Reglas una categoría en la teoría de los Derechos Fundamentales.

Carlos Bernal en el Estudio Introdutorio de la Teoría de derechos fundamentales de Robert Alexy, puntualiza que la tesis central del libro de Alexy se basa en que las normas de derecho fundamental, a demás del concebido carácter

²¹ Duran Ribera, William Ruperto, *op. cit.*, nota 3, pp. 178 y179.

²² *Cfr.* Sentencia C-239/97 de la Corte Constitucional de la Republica de Colombia de fecha 20 de mayo de 1997, Apartado 2. La vida como valor constitucional, el deber del Estado de protegerla y su relación con la autonomía de la persona, <http://goo.gl/99J6BL>, página consultada el 14 de marzo de 2016.

de regla, pueden tener el carácter de principio.²³ Este aspecto es importante para nuestra investigación dado que es el punto de partida de la misma como se podrá apreciar a lo largo de esta, ya que nos acogeremos a la categoría, de principios que deriva de las normas fundamentales, así como a su concepto para analizar a la voluntad anticipada y sus principios.

A decir de Robert Alexy la distinción entre reglas y principios es uno de los principales soportes de la teoría de los derechos fundamentales. En vista de lo anterior debe decirse que tanto las reglas como los principios son normas y que la distinción entre ambas es entonces una distinción entre dos tipos de normas no solo gradual sino también cualitativa; según el criterio de generalidad los principios son normas de un grado de generalidad relativamente alto, mientras las reglas, de un nivel relativamente bajo, sin embargo para el autor en cita el punto decisivo para la distinción entre reglas y principios, radica en el hecho de que estos últimos son mandatos de optimización, son normas que ordenan que algo sea realizado en la mayor medida posible, dentro de las posibilidades fácticas y jurídicas existentes, determinándose el ámbito de las posibilidades jurídicas a través de los principios y reglas opuestos; mientras que las reglas son normas que solo pueden ser cumplidas o no.²⁴

De esta distinción entre reglas y principios como ya se ha mencionado a nosotros nos interesa analizar si se aplican o pueden llegar a aplicarse la categoría de colisión de reglas y principios en la suscripción y ejecución de los documentos de voluntad anticipada, dado que por principio de cuenta advertimos derechos fundamentales que teóricamente podemos clasificar como principios y que pueden llegar a colisionar, como el derecho a la vida, el derecho a la salud, el derecho a la libertad, la dignidad humana y la autonomía de la voluntad. De ser el caso que colisionen estos principios y dado que la solución es completamente diferente a la colisión entre reglas en las que en una de ellas se puede introducir una cláusula de excepción que elimine el conflicto, o mediante la declaración de que por lo menos

²³ Cfr. Estudio Introductorio de Carlos Bernal Pulido en: Alexy, Robert, *Teoría de los Derechos Fundamentales*, 2ª ed., Ed. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, España, 2007, pp. XXIX-XXX.

²⁴ Cfr. *Ibidem*, pp-63 y 68

una regla es inválida, la teoría de colisión de principios es un aspecto que trataremos analizar a lo largo de la presente investigación.²⁵

De acuerdo a la teoría de los derechos fundamentales de Robert Alexy cuando surge una colisión de principios, uno de dichos principios tiene que ceder ante el otro, sin que por tal motivo deba ser declarado inválido el principio desplazado ni mucho menos se debe incluir una cláusula de excepción en el principio desplazado, lo que sucede es que bajo ciertas circunstancias un principio precede al otro, sin que esta circunstancia se convierta en una regla inflexible dado que bajo otras circunstancias se puede revertir el orden en que se preceden, lo que el autor denomina relación de precedencia condicionada en la que la ponderación juega un papel importante al ayudar a determinar qué principio en el caso específico posee más peso para poder así determinar el orden de precedencia.²⁶

Todos estos aspectos teóricos veremos si se aplican a nuestro objeto de estudio en tanto una persona y/o Ciudadano con capacidad de obrar y en ejercicio de sus derechos subjetivos (positivos y negativos) con plena libertad y ejercicio de la autonomía de su voluntad decide utilizar a la voluntad anticipada para prever un acontecimiento futuro incierto relacionado con su salud y las atenciones y tratamientos médicos que desea o no recibir de forma eventual en el caso de verse imposibilitado para manifestar su voluntad con posterioridad, para efectos de que se le garantice una atención sanitaria que no atente contra su dignidad en la que figuran como parámetros del despliegue de sus derechos la buena práctica médica y el derecho, incluido en este último parámetro el derecho de terceros

A mayor abundamiento esta figura jurídica denominada voluntad anticipada, despliega y coloca en movimiento una serie de principios ius fundamentales que pueden encontrar una inmediata confrontación con otros principios, por lo que la formulación teórica enunciada en párrafos anteriores es una herramienta de suma importancia para analizar aquellos principios que se contraponen, quienes son los titulares de esos principios y con base en las características especiales de cada

²⁵ Cfr. *Ibidem*, pp. 69 y 70

²⁶ Cfr. *Ibidem*, pp. 70 y 71

caso y la ponderación²⁷ establecer la relación de precedencia; en este entendido podemos intentar analizar si existe una debida valoración de los derechos fundamentales en los que se basa nuestro objeto de estudio o si por el contrario solamente se excluyen y vulneran algunos de estos derechos durante la colisión de principios.

1.3. Los Principios y Derechos en los que se basa la Voluntad Anticipada.

Existe una creciente regulación y divulgación de la voluntad anticipada a nivel internacional y nacional, así como un renovado interés en legislar sobre la Eutanasia, invocándose en la mayoría de las ocasiones los principios y derechos fundamentales de libertad, dignidad y autodeterminación de la personas para justificar la gradual regulación de estos temas, sin embargo, no sabemos en qué medida realmente se protegen o vulneran esos principios y derechos fundamentales invocados, así como la eficacia del marco jurídico de la Voluntad Anticipada en México ya que existe disparidad de legislaciones entre aquellos Estados de la Republica Mexicana que han legislado al respecto generando conflictos de leyes en el espacio y en el peor de los casos vacios legales.*

De acuerdo con Hurtado Oliver, “La muerte no es un derecho es consecuencia natural de la vida; somos mortales”,²⁸ no obstante, la muerte es un hecho jurídico que produce consecuencias de derecho a través de las cuales se pueden crear, conservar, modificar, transmitir o extinguir obligaciones y derechos, o situaciones jurídicas concretas; no obstante, nuestro objeto de investigación por lo menos en el discurso político pretende evitar que durante este proceso biológico se

²⁷ De acuerdo a Bernal Pulido el término ponderación deriva de la locución latina *pondus* que significa peso. Esta referencia etimológica es significativa porque cuando el juez o el fiscal pondera, su función consiste en pesar o sopesar los principios que concurren al caso concreto. Véase: Bernal Pulido, Carlos, “La Ponderación como Procedimiento para Interpretar los Derechos Fundamentales”, en Caceres, Enrique et al (Coords), *Problemas Contemporáneos de la Filosofía del Derecho*, Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas Unam, México, 2005, p. 19

* Por lo que respecta a la afirmación que se realiza en este párrafo sobre la disparidad de legislaciones en materia de voluntad anticipada en la Republica Mexicana o en su defecto vacios legales al no contar todos los Estados de nuestro país con una legislación sobre voluntad anticipada, nos permitimos mencionar que en el Capitulo 3 de la presente investigación se aborda dicho tópico de manera más conveniente.

²⁸ Hurtado Oliver, Xavier, *El derecho a la vida ¿y a la muerte?*, 2ª ed., Ed. Porrúa, México, 2000, p.130

afecten aquellos derechos humanos positivizados como lo son la libertad, dignidad y la autonomía de la voluntad, al evitar que se prolongue la agonía del enfermo ocasionada por la obstinación médica y procedimientos extraordinarios cuando el desenlace final sea irremediablemente la muerte.

El instrumento internacional más importante que acoge estos principios es la declaración universal de los derechos humanos de 1948,²⁹ la cual en su preámbulo y articulado reconoce a todos los miembros de la familia humana la libertad, dignidad, igualdad, justicia, paz, etcétera. En el caso específico de México, nuestra ley fundamental contempla y garantiza los principios de libertad, dignidad, así como el derecho a la salud, en términos de los artículos 1; 2 apartado A Fracción II; artículo 3; artículo 4; artículo 25; etcétera,³⁰ los cuales, vinculados con la autonomía de la voluntad del enfermo dan sustento jurídico a la Voluntad Anticipada, aunque nosotros consideramos que estos derechos y principios no solo pueden llegar a colisionar sino que también pueden ser vulnerados.

A continuación analizamos algunos elementos que consideramos son la base de la voluntad anticipada:

1.3.1. La Dignidad

En este orden de ideas, por lo que respecta a la dignidad, como un derecho humano y fundamental es oportuno mencionar que ha cobrado un papel cada vez más relevante en el contexto jurídico internacional al grado que existen instrumentos que enfocan su atención en este aspecto comenzando por la carta de las Naciones Unidas,³¹ la Declaración de los derechos Humanos³², el Convenio para la protección

²⁹ Cfr. Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, <http://goo.gl/kgZte>, página consultada el 10 de marzo de 2015.

³⁰ Cfr. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Última Reforma Publicada en el DOF el 29-01-2016, <https://goo.gl/y2Wls>, página consultada el 08 de agosto de 2016.

³¹ En el preámbulo de la carta de las Naciones Unidas se hace especial Referencia a la Dignidad Humana, para corroborar lo anterior Véase: Carta de las Naciones Unidas, <https://goo.gl/0nsnP>, página consultada el 8 de abril de 2015.

de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina³³ o la Convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad³⁴, por mencionar algunos.

Y no es de extrañarse lo anterior si tenemos en cuenta el origen de la dignidad humana en la posmodernidad, y su vinculación con el derecho, es decir, de acuerdo a Lefranc Weegan, “Antes de la segunda Guerra mundial no se había apelado a la dignidad humana como principio rector de todo el sistema, ni en las constituciones de los Estados, ni en los más importantes instrumentos Internacionales...”,³⁵ lo que nos lleva a cuestionarnos ¿por qué es determinante la segunda guerra mundial para la dignidad humana y su vinculación con el derecho?.³⁶

La segunda guerra mundial no solo es un acontecimiento bélico de grandes proporciones que impactó a la humanidad en todas las formas que se puedan concebir, el autor en cita se refiere a un evento en específico que marcó a la segunda guerra mundial y a la comunidad internacional: el holocausto, este acontecimiento “...comprendió los guetos, los campos de concentración, la transportación de seres humanos en trenes para ganado, los campos de trabajo esclavo, los campos de exterminio, las cámaras de gas, los hornos crematorios, y el

³² De igual manera en el Preámbulo de la declaración de los derechos humanos se hace especial mención acerca de la dignidad humana, al respecto Véase: Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, *op. cit.*, nota 29, Preámbulo.

³³ Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser Humano de fecha 04 de abril de 1997, <http://goo.gl/w03UM>, página consultada el día 28 de septiembre de 2013.

³⁴ Convención Internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, <https://goo.gl/OP8TJp>, página consultada el 9 de marzo de 2015.

³⁵ Lefranc Weegan, Federico Cesar, Sobre la Dignidad Humana, Los Tribunales, la Filosofía y la Experiencia Atroz, Ed. Ubijus, México, 2011, p.19.

³⁶ Lefranc weegan sitúa a la dignidad humana en el derecho a partir de la posguerra como una consecuencia de los acontecimientos desafortunados en el holocausto que tuvieron lugar en la segunda guerra mundial y que ocasionaron que la comunidad internacional incorporaran a la dignidad humana en los principales instrumentos internacionales y en las constituciones de la posguerra, en la inteligencia, que esto sucedió a la par de otros acontecimientos como la crisis del positivismo rigurosamente legalista y el surgimiento del Estado Constitucional de Derecho, el cual en la actualidad provee el marco necesario para la protección de la dignidad humana además de un nuevo paradigma de la relación individuo Estado. Véase: *Ibidem*, p. 25 y 26

exterminio de millones de seres humanos en las formas más crueles... Su descubrimiento justificó el grito de alarma, si se habían traspasado todos los límites que quedaba para proteger al ser humano...”³⁷

La dignidad humana se tornó indispensable ante los acontecimientos atroces de los que fue objeto el ser humano en pleno corazón de Europa, el temor de que lo anterior se volviera a repetir fue evidente al grado de que “...la incorporación de la dignidad humana al derecho fue una decisión de la comunidad internacional y que efectivamente se trato de una llamada a las atrocidades descubiertas... que habría de transformar cualitativamente la concepción completa del derecho y del Estado.”³⁸

Pero, ¿Qué es la dignidad?, la verdad resulta difícil encontrar una definición precisa al respecto, sin embargo, para comenzar a acercarnos a una definición de tan inacabado concepto comencemos por una definición elemental que nos da el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española:

“Dignidad: (del lat. *Dignitas, atis*) f. cualidad de digno. Excelencia, realce. Gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse...”³⁹ ahora bien, ¿Que es digno?, el mismo Diccionario nos da la siguiente definición:

“Digno, na: (del lat. *Dignus*) adj. Merecedor de algo. Correspondiente, proporcionado al merito y condición de alguien o algo. Que tiene dignidad o se comporta con ella...”⁴⁰ hasta el momento, pareciera que no está del todo claro el significado de dignidad, y esto se debe a que dignidad es un sustantivo derivado del adjetivo *digno*, este último fue el primero en ser empleado en los seres humanos y su comportamiento para enaltecer uno u otro, de esta forma las personas o su comportamiento llegaron a considerarse dignos, y es así como se toma el adjetivo de digno para utilizarse posteriormente como sustantivo *dignidad*.

³⁷ *Ibidem*, p.20

³⁸ *Ibidem*, p.21

³⁹ Real Academia de la Lengua Española, *Diccionario de la Lengua Española*, 22ª ed., Ed. Espasa Calpe, S.A., España, 2001, p.823

⁴⁰ *Ídem*

Por su parte Moliner María en el Diccionario de uso del Español, robustece lo anterior al darnos las siguientes definiciones:

Dignidad.- “f. Cualidad de digno. Cualidad de las personas por la que son sensibles a las ofensas, desprecios humillaciones o faltas de consideración...”.⁴¹

Digno.- “...se aplica al que obra, habla, se comporta, etc. De manera que merece el respeto y la estimación de los demás y de sí mismo, que no comete actos que degradan o avergüenzan, que no se humilla y que no tolera que le humillen...”.⁴²

Para Valls Ramón el término Dignidad es gramaticalmente abstracto, además de que sustituye al adjetivo previo (digno), y nos menciona que el Uso más antiguo, por tanto, no atribuía una dignidad igual a todos los humanos, es decir, la dignidad era un predicado accidental, sobrevenido, que separaba a algunos respecto de los demás y los ponía por encima de ellos, por lo que “el digno” o dotado de dignidad era un virtuoso y por ello merecía respeto, motivo por el cual es comprensible que esta característica haya sido usada para cargos públicos cuando se hablaba, por ejemplo, de la dignidad del juez. El término dignidad en un principio distinguía a unas personas de otras e imponía un orden jerárquico, sin embargo, tiempo después la concepción cristiana nos igualó ya a todos en la dignidad de hijos de Dios.⁴³

Este concepto ha evolucionado al grado de que ya no es considerada como cosa de algunos, actualmente la dignidad es de todos, pues todos somos portadores de ella, ya no la consideramos consecuencia de un buen comportamiento; la dignidad humana es universal, todos somos dignos de respeto, porque somos libres, autónomos.

La anterior afirmación tiene sustento en un importante filósofo que abordó este tema de forma trascendental en muchas de sus obras y que su influencia aun se hace patente en la doctrina jurídica y en las sentencias de los Tribunales Constitucionales de los Estados- Nación; en una interpretación que realiza Lefranc

⁴¹ Moliner, María, *Diccionario de uso del Español*, Ed. Gredos, Madrid, 2000, p. 477

⁴² *Ibidem*, p.478

⁴³ Valls, Ramón, “El concepto de Dignidad Humana” *Revista de Bioética y Derecho*, Publicación Trimestral del Master en Bioética y Derecho, Núm. 5 Diciembre, Barcelona, España, 2000, pp. 4 y 5.

Weegan sobre el concepto de dignidad humana de Kant, refiere que ésta dejó de ser una dignidad heterónoma; y que tampoco es una dignidad estamentaria, conferida por la comunidad, o una dignidad de origen divino, concedida por dios a toda la especie, en este sentido, su legitimidad dejó de depender de quien la otorga, ya que la concibió como una dignidad Autónoma, que para ser legítima, debe ser asumida mediante la razón.⁴⁴

Conceptualizar o definir la dignidad no es tarea sencilla, no obstante, en diferentes momentos históricos y desde distintas disciplinas se ha dedicado tiempo y esfuerzo a este tópico, así pues, recapitulando podemos decir que a la dignidad se le vinculó estrechamente con la religión judeocristiana como un valor derivado del parentesco entre dios y el hombre por ser este último creado a la imagen del primero, motivo por el cual fue dotado de cualidades como la inteligencia,⁴⁵ por su parte la filosofía a través de Immanuel Kant establece a la dignidad como un bien supremo ya que se encuentra por encima de todo precio, y no puede ser objeto de transacción, es inalienable y no admite equivalente.⁴⁶

A continuación nos permitimos transcribir textualmente dicha concepción de forma íntegra para evitar una indebida interpretación de nuestra parte:

“En el reino de los fines todo tiene o un precio o una dignidad. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad.”⁴⁷

Así mismo, podemos destacar lo que el mismo filósofo determinó como un Imperativo categórico en la siguiente ley práctica que tiene que ver con la dignidad y la humanidad, en la que el hombre no puede ser utilizado jamás como medio por sus semejantes para lograr un fin determinado, pues los seres racionales llámense

⁴⁴ Lefranc Weegan, Federico Cesar, *op. cit.*, nota 35, p.119

⁴⁵ La idea que se desarrolla en este párrafo acerca de la vinculación entre religión y la dignidad se basa en el artículo en formato electrónico del autor Pelé Antonio. Véase: Pele Antonio, “Una Aproximación al Concepto de Dignidad”, *Revista Universitas*, p.9, http://universitas.idhbc.es/n01/01_03pele.pdf, página consultada el 3 de mayo de 2015.

⁴⁶ Cfr. Kant, Immanuel, *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*, 16 ed., Ed. Porrúa, México 2010, p. 53

⁴⁷ *Ídem*

personas por que su naturaleza los distingue ya como fines en sí mismos, es decir, debe verse al hombre como fin en sí.⁴⁸

“...el hombre y en general todo ser racional existe como fin en sí mismo, no solo como medio para usos cualesquiera de esta o aquella voluntad; debe en todas sus acciones, no sólo las dirigidas a sí mismo, sino las dirigidas a los demás seres racionales, ser considerado siempre al mismo tiempo como fin. ...”⁴⁹

Para Sánchez Barroso: “...la dignidad humana ha sido el parte aguas de dos principales corrientes de reflexión moral, la primera que afirma que la dignidad humana es un don, es decir, la tiene el hombre desde que se le considera persona y; la segunda, que sostiene que es producto del merito, es decir, de los actos que realice la persona para justificarla o defenderla. El derecho como sistema normativo se ha adherido a la primera, como ejemplo están las convenciones y declaraciones universales en materia de derechos humanos.”⁵⁰

En este sentido el citado autor considera que lo correcto sería atribuirle a la dignidad una dualidad, ya que no solo es un punto de partida donde se edifican las normas que regulan la vida pública y privada de la persona, sino también es un punto de llegada a través de la reflexión interior de cada individuo acerca de su propia existencia y de su entorno, en otras palabras, la dignidad humana es una nota constitutiva de la esencia de la persona, es la nota ontológica que lo hace persona y no otra cosa, y es de tal envergadura que se convierte en eje rector y motor de acciones y decisiones tanto en el orden interno como externo; la dignidad es don y es merito, se tiene porque se es, y se tiene por lo que se hace.⁵¹

Ahora bien, vale la pena identificar el tratamiento que se hace sobre tan importante concepto por parte del derecho, para lo cual traeremos como ejemplo al Tribunal Constitucional Español, el cual se ha encargado de emitir algunas sentencias en las que se hace mención a la dignidad de forma interesante, algunas

⁴⁸ *Cfr. Ibídem*, p.48

⁴⁹ *Ídem*

⁵⁰ Sánchez Barroso, José Antonio, *Voluntad Anticipada*, Ed. Porrúa, México, 2012, p. 38

⁵¹ *Ibídem*, pp. 40 y 41

veces la dignidad ha sido concebida como referencia y fundamento de los derechos humanos; en otros casos como garantía o valor; como un *mínimum invulnerable* o como condición de observancia obligatoria para el legislador,⁵² como se podrá apreciar de algunos párrafos de dichas sentencias, que citamos a continuación para confirmar lo expuesto:

1.- Parte del Fundamento siete de la sentencia 91/2000, de 30 de marzo de 2000 (la dignidad como un *mínimum invulnerable*):

“...Como hemos afirmado en varias ocasiones «proyectada sobre los derechos individuales, la regla del art. 10.1 C.E. implica que, en cuanto “valor espiritual y moral inherente a la persona” (Sentencia 53/1985, de 11 de abril, FJ 8) la dignidad ha de permanecer inalterada cualquiera que sea la situación en que la persona se encuentre... constituyendo, en consecuencia un *mínimum invulnerable* que todo estatuto jurídico debe asegurar» [STC 120/1990, de 27 de junio, FJ 4; también Sentencia 57/1994, de 28 de febrero, FJ 3 A)]. De modo que la Constitución Española salvaguarda absolutamente aquellos derechos y aquellos contenidos de los derechos «que pertenecen a la persona en cuanto tal y no como ciudadano o, dicho de otro modo... ... aquellos que son imprescindibles para la garantía de la dignidad humana» (Sentencia 242/1994, de 20 de julio, FJ 4; en el mismo sentido, SSTC 107/1984, de 23 de noviembre, FJ 2, y 99/1985, de 30 de septiembre, FJ 2).
...”⁵³

2.- Parte del Fundamento dos de la sentencia 82/2006, de fecha 13 de marzo de 2006 (la dignidad como referencia y fundamento de los derechos Humanos):

⁵² Para mayor información al respecto Véase: Sentencia 91/2000, fundamento 7, de fecha 30 de marzo de 2000; Sentencia 281/2006 fundamento 3 de fecha 9 de octubre de 2006; sentencia 82/2006 fundamento 2 de fecha 13 de marzo de 2006; sentencia 233/2005 fundamento 4 de fecha 26 de septiembre de 2005, sentencia 13/2001 fundamento 7 de fecha 29 de enero de 2001, sentencia 181/2000 fundamento 9 de fecha veintinueve de junio de 2000, y Sentencia 537/1985 fundamento 8 de fecha 11 de abril de 1985. Visibles en la Página de internet del Tribunal Constitucional de España ingresando el número y año de la resolución, <http://hj.tribunalconstitucional.es/HJ/es>, página consultada el 8 de marzo de 2015.

⁵³ Sentencia 91/2000, Fundamento siete, de fecha 30 de marzo de 2000, publicada en el Boletín Oficial del Estado núm. 107. Con fecha 4 mayo 2000, p.107, <http://boe.es/boe/dias/2000/05/04/pdfs/T00099-00118.pdf>, página consultada el 12 de mayo de 2015.

“...la Constitución española salvaguarda absolutamente aquellos derechos y contenidos de los derechos «que pertenecen a las personas en cuanto tal y no como ciudadano, o dicho de otro modo... aquéllos que son imprescindibles para la garantía de la dignidad humana», así como que, para definir en concreto cuáles son esos derechos y esos contenidos de derecho que la Constitución proclama de modo absoluto y, en consecuencia, proyecta universalmente, «ha de partirse en cada caso, del tipo abstracto de derecho y de los intereses que básicamente protege... para precisar si, y en qué medida, son inherentes a la dignidad de la persona humana concebida como sujeto de derecho, es decir, como miembro libre y responsable de una comunidad jurídica que merezca ese nombre y no como mero objeto del ejercicio de los poderes públicos». En esta tarea hemos puesto de manifiesto la especial relevancia que revisten, en este proceso de determinación, la Declaración universal de derechos humanos...”⁵⁴

3.- Parte del Fundamento Siete de la sentencia 13/2001, de fecha 29 de enero de 2001 (la dignidad como condición de observancia obligatoria para el legislador):

“...en la STC 214/1991, de 11 de noviembre, hemos rechazado rotundamente que, bajo el manto protector de la libertad ideológica (art. 16 CE) o de la libertad de expresión (art. 20 CE), puedan cobijarse manifestaciones, expresiones o campañas de carácter racista o xenófobo, «puesto que ... ello es contrario no sólo al derecho al honor de la persona o personas directamente afectadas, sino a otros bienes constitucionales como el de la dignidad humana (art. 10 CE), que han de respetar tanto los poderes públicos como los propios ciudadanos, de acuerdo con lo dispuesto en los arts. 9 y 10 CE. ...”⁵⁵

4.- Parte del Fundamento ocho de la sentencia 53/1985, de fecha 11 de abril de 1985 (la dignidad como garantía o valor):

⁵⁴ Sentencia 82/2006, fundamento dos, de fecha 13 de marzo de 2006, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 92 con fecha 18 de abril de 2006, p.87, <https://goo.gl/DDWVc3>, página consultada el 12 de mayo de 2015.

⁵⁵ Sentencia 13/2001, fundamento siete, de fecha 29 de enero de 2001, publicada en el Boletín Oficial del Estado número 52, con fecha 1 marzo 2001, p.20, <https://goo.gl/seVxQj>, página consultada el 12 de mayo de 2015.

“...junto al valor de la vida humana y sustancialmente relacionado con la dimensión moral de ésta, nuestra Constitución ha elevado también a valor jurídico fundamental la dignidad de la persona, que, sin perjuicio de los derechos que le son inherentes, se halla íntimamente vinculada con el libre desarrollo de la personalidad (art. 10) y los derechos a la integridad física y moral (art. 15), a la libertad de ideas y creencias (art. 16), al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen (art. 18.1). Del sentido de estos preceptos puede deducirse que la dignidad es un valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás. ...”⁵⁶

Por lo que respecta a México, llama nuestra atención algunas tesis aisladas y jurisprudencias que nos dan muestra del reconocimiento de la dignidad humana en nuestro derecho positivo, así pues, tenemos que antes de que sufriera reformas nuestra Constitución Política Mexicana en su Título Primero, Capítulo I, el cual se denominaba *De las Garantías Individuales*, y que a partir de la reforma del mes de junio del año dos mil doce⁵⁷ pasara a denominarse *De los Derechos Humanos y sus Garantías*, comenzaban a surgir criterios jurídicos de un nivel superior que reconocían a la dignidad como condición y base de los demás derechos fundamentales⁵⁸ como se observa de la siguiente tesis de la cual únicamente citamos el rubro y recomendamos consultar:

“Dignidad Humana. El Orden Jurídico Mexicano la Reconoce Como Condición y Base de los Demás Derechos Fundamentales.”⁵⁹

⁵⁶ Sentencia 53/1985, Fundamento ocho, de fecha 11 de abril de 1985 publicada en el Boletín Oficial del Estado número 119, con fecha 18 de mayo de 1985, p. 19, <https://goo.gl/y0QoTm>, página consultada el 10 de mayo de 2015

⁵⁷ Decreto por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de fecha 01 de junio de 2011, publicada en el Diario Oficial, Primera Sección, el día 10 de junio de 2011, pp. 2-5, <http://goo.gl/ID0iJ>, página consultada el 9 de marzo de 2014.

⁵⁸ Desde el año 2004 por iniciativa del ejecutivo federal ya se había propuesto una nueva denominación para el capítulo I del título primero de nuestra constitución Política mexicana: De los derechos fundamentales, con el que se pretendía abarcar tanto los derechos humanos como las Garantías Individuales. Al respecto Véase: García Ramírez, Sergio, “Hacia una nueva regulación constitucional sobre derechos humanos (2009-2011)”, Boletín Mexicano de Derecho Comparado, Vol. XLIV, núm. 131, mayo-agosto, 2011, pp. 819 y 820.

⁵⁹ Tesis P. LXV/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t.XXX, diciembre de 2009, p. 8

Ahora bien, desde esta perspectiva la dignidad en el derecho Mexicano es considerada como un don o algo inherente al hombre; esto se observa en nuestras leyes y los criterios jurisprudenciales que emiten los órganos encargados de administrar justicia y fortalecer los derechos fundamentales de los ciudadanos Mexicanos; la dignidad es considerada connatural a toda persona física, ya que a través de ella se desprenden todos los demás derechos necesarios para que los individuos desarrollemos integralmente nuestra personalidad, dentro de los que se encuentran, entre otros, los relativos a: la vida, la integridad física y psíquica, al honor, a la privacidad, al nombre, a la propia imagen, al libre desarrollo de la personalidad, estado civil etcétera, como se puede observar del siguiente criterio jurisprudencial del cual nuevamente solo citamos el rubro:

“Derecho a la Dignidad Humana. Es Connatural a las Personas Físicas y no a las Morales.”⁶⁰

De igual forma la Suprema Corte de la Nación ha señalado, que la dignidad, específicamente la dignidad humana, no debe ser considerada desde una perspectiva meramente moral sino que se trata de un bien jurídico propio del ser humano que debe gozar de una amplia protección jurídica en nuestra ley fundamental, y que por lo tanto debe ser respetada en todo caso, ya que su importancia resalta al ser la base y condición para el disfrute de los demás derechos y el desarrollo integral de la personalidad. Así pues, nuestro máximo ordenamiento legal considera a esta como un derecho fundamental a favor de la persona; tal y como se aprecia de la tesis que a continuación recomendamos consultar bajo el rubro siguiente:

“Dignidad Humana. Constituye una norma jurídica que consagra un derecho fundamental a favor de las personas y no una simple declaración ética.”⁶¹

⁶⁰ Tesis Jurisprudencial VI.3o.A. J/4, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t.III, agosto de 2013, p. 1408

⁶¹ Tesis 1a. CCCLIV/2014, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Libro 11, Tomo I, Octubre de 2014, p. 602

Finalmente cabe hacer mención que la dignidad humana en el tema de la voluntad anticipada ocupa el lugar central de la reflexión ética y jurídica porque los valores, principios y reglas tienen su fundamento y destino en ella; es por ello que las decisiones que toma cada persona en relación con su vida, su salud y sobre su futuro en general han de respetar ese metavalor o metanorma, es decir, la acción individual y social no puede vulnerar la dignidad ya sea propia o de otro. En este caso, el ser humano es libre porque es digno, y el ejercicio de esa libertad ha de dirigirse hacia lo que considere bueno para sí mismo con base en un fundamento racional que justifique ese comportamiento.⁶²

1.3.2. La Libertad.

Otro aspecto que debemos tomar en cuenta, y del cual se ha hecho mención en el presente apartado como fundamento de la Voluntad Anticipada es la libertad, vista como derecho, axioma, elemento inherente al hombre sin el cual no tendría sentido su existencia; sin embargo, la libertad no podría concebirse entre los desiguales, por lo que se presupone la igualdad como elemento indispensable.

Para Agnes Heller no hay tarea más desesperante que intentar reunir en una sola definición toda libertad acontecida hasta hoy en la historia ontológicamente existente y al mismo tiempo fijada conceptualmente.⁶³

La autora en cita nos dice que una definición formal o solemne sobre la libertad pero que a consideración de ella no es satisfactoria sería la siguiente: “La libertad es la posibilidad de acción respectivamente del particular, del Estado, de la clase, de la sociedad, de la especie, y además la realización de esa posibilidad y su articulación en una determinada dirección.”⁶⁴

⁶² Cfr. Sánchez Barroso, José Antonio, *op.cit.*, nota 50, p. 61.

No obstante para Tenorio Tagle en la dimensión más específica de la teoría moral de Kant, la libertad es la condición de posibilidad de la dignidad, es decir que sin presuponer la libertad, tampoco se podría concebir la dignidad. Véase: Idea formulada por Fernando Tenorio Tagle, retomada por: Lefranc Weegan, Federico Cesar, *op. cit.*, nota 35, p. 116.

⁶³ Cfr. Heller Agnes, *Sociología de la vida cotidiana*, 5ª ed., Ed. Península, Barcelona España 1998, p.211

⁶⁴ *Ídem*.

Si bien es una definición un tanto general y vaga, nosotros consideramos que es un primer intento de definir a la libertad y que no debe desestimarse ya que la misma posee algunos elementos implícitos dignos de considerar, como la voluntad de un ser pensante al cual le es atribuida la posibilidad de actuar o no en el mundo factico en una determinada dirección que por lo tanto debe estar precedida por una decisión personal influenciada por la razón, la autonomía y la voluntad

Sánchez Viamonte, señala: “Se podría decir que la libertad consiste en el dominio del hombre sobre sí mismo: poder de la conciencia y de la voluntad humanas sobre el organismo que integra la personalidad, y que se ejerce por medio de la ejecución de todos aquellos actos propios de la naturaleza del individuo en estado de convivencia social...”,⁶⁵ mientras que para Van Parijs, “la libertad de una persona... consiste en no verse impedida de hacer lo que quiere hacer, pero solamente bajo la condición de que aquello que quiera hacer sea precisamente lo que debe hacer, a saber, servir al interés público o conformarse a la voluntad”.⁶⁶

Por otra parte para Arenal Concepción la libertad es “...el ejercicio armónico de las relaciones de los hombres que componen un pueblo, condicionadas por la ley que concurren a formar directa o indirectamente.”⁶⁷

“Un ser libre no está atado a la voluntad de otros de forma coercitiva. La libertad garantiza el respeto por la voluntad individual e implica que cada individuo debe hacerse responsable de sus actos”.⁶⁸

Sin embargo, para Agnes Heller si de veras se desea abordar a la libertad, no se debe hablar en singular sino más bien en plural, del tema que aquí nos ocupa, es decir, las libertades, y las relaciones que se establecen entre ellas. En este sentido se puede hablar de libertades económicas, políticas morales, filosóficas y del mundo cotidiano, sin embargo los dos polos están representados por el concepto cotidiano y

⁶⁵ Sánchez Viamonte, Carlos, *La Libertad y sus Problemas*, Ed. Bibliográfica Argentina S.R.L., Argentina, s.a., p. 205.

⁶⁶ Van Parijs, Philippe, *Libertad Real para todos*, Ed. Paidós, SAICF, España, 1996, p.38

⁶⁷ Arenal, Concepción, *La igualdad social y política y sus relaciones con la libertad*, <http://goo.gl/MAEqoN>, página consultada el 10 de mayo de 2014.

⁶⁸ Definición de Libertad, <http://definicion.de/libertad/>, página consultada el 30 de octubre de 2014

filosófico, en otras palabras, los conceptos económico, moral o político, se pueden abordar desde la perspectiva de la consciencia cotidiana (punto de vista del particular) o bien los mismos conceptos de libertad pueden ser contruidos desde el ángulo del desarrollo genérico (punto de vista de los valores genéricos).⁶⁹

Cuando se aborda a la libertad desde la perspectiva de lo cotidiano decimos: *Hago lo que quiero o Nadie puede obligarme a hacer algo que yo no quiero*. En cuanto al concepto filosófico de libertad asume un carácter ontológico-antropológico que refuta al concepto cotidiano de libertad, uno de esos argumentos afirma que el problema de la libertad no comienza con la cuestión de si yo puedo o no hacer lo que yo quiero, sino en el punto en que surge mi voluntad, es decir, un importante factor de la libertad Humana es lo que el hombre puede querer, hacia lo cual puede dirigir su voluntad capaz de actuar.⁷⁰

Sin embargo, La libertad no depende solo de mí, sino también de la de los otros, lo que quiere decir que mi acto solo es realmente libre cuando a través suyo se realiza o al menos no queda obstaculizada la libertad de otros, lo que lleva a la autora a la afirmación de que la libertad también en relación con la vida cotidiana no es absoluta, como precisamente no puede serlo ninguna libertad ya que los límites de mi libertad cotidiana llegan hasta donde llegan los de mi personalidad. Nuestra libertad cotidiana es entre el más y el menos.⁷¹

Ahora bien, cuando no se afectan intereses de terceros en el ejercicio de nuestra libertad, consideramos que no debe existir mayor límite que el que se ponga su propio detentador aun y cuando esto pudiera implicar un perjuicio personal; al

⁶⁹ Cfr. Heller, Agnes, *op. cit.*, nota 63, pp. 211 y 212. Lo que quiere decir la autora, es que cuando se habla del concepto de libertad económico, moral y político, el objeto es diferente, pero el punto de vista y la perspectiva son siempre dados o por la cotidianidad o por la filosofía, no obstante que también puede suceder que los conceptos de libertad contruidos sobre la base de estas dos perspectivas paralelamente el uno junto al otro.

⁷⁰ Cfr. *Ibidem*, p.212. Por lo que respecta a la voluntad, Immanuel Kant en su obra fundamentación de la metafísica de las costumbres señaló que una buena voluntad no puede ser considerada buena por lo que efectúe o realice, así como tampoco es buena por su adecuación para alcanzar algún fin que nos hayamos propuesto, pues es buena solo por el querer, en otras palabras, es buena en si misma, y aun y cuando no se logre el propósito de esa voluntad no obstante de todos los esfuerzos a nuestro alcance esa voluntad en si misma posee valor, pues ni la utilidad ni esterilidad de esa voluntad pueden restarle valor. Véase: Kant, Immanuel, *op.cit.*, nota 46, p. 22

⁷¹ Heller, Agnes, *op. cit.*, nota 63, pp. 212 y 213

respecto cabe apuntar que Stuart Mill desarrolla esta idea en forma de una premisa, para él, la libertad del individuo debe tener límites, ya que no debe convertirse en un perjuicio para los demás, sin embargo, si una persona se abstiene de molestar a otros en lo que les concierne, y actúa sencillamente de acuerdo con su propio criterio e inclinaciones en cosas que solo a él atañen, las mismas razones que demuestran que la opinión debe ser libre, apoyan también que debe permitirse a esa persona sin molestia alguna, que ponga en práctica sus opiniones a su propia costa.⁷²

Debemos destacar que para el autor en cita del mismo modo que le resulta conveniente que mientras los hombres sean imperfectos haya diferentes opiniones, también le resulta de suma importancia que haya diferentes experiencias de la vida; que deba darse plena libertad a las diferencias de carácter, sin que esto signifique daño para los demás, y que el valor de los distintos modos de vida deba demostrarse prácticamente, si alguien quiere experimentarlos. En pocas palabras, es conveniente que se afirme la individualidad en todo lo que no concierna primordialmente a los demás.⁷³

Esta individualidad a la que se refiere Stuart Mill debe partir de bases sólidas ya que para él, el hombre en su juventud debe recibir enseñanza y ser adiestrado para que conozca los resultados comprobados de la experiencia humana y se beneficie de ellos, sin embargo, una vez que el ser humano ha llegado a la madurez de sus facultades obtiene el privilegio de utilizar e interpretar la experiencia en la forma que desee.⁷⁴

⁷² Cfr. Stuart Mill, John, *Sobre la Libertad*, 4ª ed., Ed. Gernika, México, 2001, p.91. En diferentes apartados de esta obra el autor deja en claro su posición de que el individuo debe gozar y ejercer al máximo su libertad, teniendo como único límite la libertad y derechos de los demás, por lo que la sociedad y el estado no deben intervenir en ese ejercicio legítimo del individuo convirtiéndolo en auténtico soberano de su vida y destino aun y cuando las decisiones propias y personales no lleguen a ser acertadas para los fines personales.

⁷³ Cfr. *Ídem*

⁷⁴ Cfr. *Ibidem*, p.93

En otras palabras: “Tiene que encontrar por si mismo qué parte de la experiencia habida puede aplicarse adecuadamente a su propio carácter y circunstancias. ...”⁷⁵

Al respecto consideramos que utilizar e interpretar las experiencias anteriores en la forma que se considere más adecuada a las particularidades específicas de cada individuo, es la forma más responsable de fortalecer la individualidad y a su vez la libertad de acción o de omisión de cualquier ser vulnerable a la influencia de otros seres iguales a él que realizan diferentes apreciaciones e interpretaciones de la experiencia acumulable, sin embargo, esta individualidad no solo debe restringirse a las decisiones de vida sino también sobre aquellas decisiones que pondrán fin a la misma, lo que queremos decir, es que la individualidad y la libertad se ejercen se aspiran y exhalan hasta el último palmo de vida.*

Retomando a Stuart Mill algunos aspectos de la vida solo conciernen y atañen al individuo sin afectar a terceros, luego entonces, el propio proceso de muerte o fin de la vida debe ser un aspecto estrictamente personal, que atañe únicamente al individuo, que no vulnera intereses de terceros y por tanto no es aceptable cualquier tipo de intromisión en ese ejercicio legítimo de la libertad que no posee mayor límite que la voluntad del propio individuo.⁷⁶

Robustece la individualidad y libertad a la que hemos hecho mención sobre la propia vida y fin de la misma en el párrafo anterior desde una perspectiva cognitiva y valorativa la acertada opinión que a continuación transcribimos:

“Las facultades mentales y morales, del mismo modo que las musculares, solo se desarrollan si se utilizan, y esas facultades no se ejercitan si una cosa se hace simplemente porque otros la hacen también, o si se cree en algo simplemente porque otros lo creen. Si los fundamentos de una opinión no son concluyentes para

⁷⁵ *Ídem*

*Opinión particular del autor.

⁷⁶ *Cfr. Stuart Mill, John, op. cit., nota 72, pp. 91 y 94*

la propia razón de cualquier persona, su razón no se afirmará, y es probable que se debilite, si adopta esa opinión...”⁷⁷

De igual manera, la experiencia no debe confundirse con las tradiciones y costumbres de otros ya que si bien son una prueba de lo que les ha enseñado la experiencia, evidencia presuntiva que como tal tiene derecho a su respeto, no exime que la experiencia de unos puede ser demasiado estrecha o pueda haber sido interpretada incorrectamente, en el otro extremo, aun y cuando esa interpretación de la experiencia pueda ser correcta no es garantía de que sea adecuada para un individuo en específico.⁷⁸

A nuestro parecer no existe en el plano factico en el que existimos y nos desenvolvemos algo o alguien que no tenga un origen, nacimiento, surgimiento o punto de partida y un fin, muerte, conclusión o punto de llegada, sin embargo, tanto el inicio y el fin de nuestra existencia quedan comprendidos en una sola expresión no del todo acertada por cierto, decimos: *nuestra vida*, en la que incluimos nuestro nacimiento, desenvolvimiento de nuestras capacidades físicas biológicas y cognitivas y finalmente la muerte; a lo largo de este proceso consideramos que la mayoría emplea un método de vida de acuerdo a la experiencia legada, la experiencia propia y a la interpretación de esas experiencias ajustadas a nuestras circunstancias específicas, cada uno de nosotros es diferente a los demás, cada uno emplea un método de vida hasta el final de la misma de acuerdo a las convicciones particulares, sin embargo, lo anterior tiene razón de ser ya que como menciona Stuart Mill, tales son las diferencias entre los seres humanos en sus fuentes de placer, sus susceptibilidades al dolor y el efecto de los distintos agentes físicos y morales que, si no hay una diversidad correspondiente en sus maneras de vida, no pueden obtener una proporción adecuada de felicidad, ni alcanzan la estatura mental, moral y estética de que es capaz su naturaleza.⁷⁹

⁷⁷ *Ibidem* p.94

⁷⁸ *Cfr. Ibidem* p. 93 y 94

⁷⁹ *Cfr. Ibidem*, p. 109.

Consideramos que para el autor en cita la individualidad juega un papel importante para el ejercicio de la libertad, al grado que considera preferible que el individuo llegue a emitir un juicio errado y actúe por consiguiente en el plano de la realidad obteniendo consecuencias catastróficas para sí; (claro está sin que se lleguen afectar intereses ajenos), ya que asume que el error es un riesgo latente e inherente al ejercicio de la individualidad por convicción y no por costumbre o tradición que lo convierte en ser libre, con voluntad propia y no en un autómatas o emulador de lo que percibe a través de sus sentidos.⁸⁰

Al respecto es oportuno señalar que compartimos la posición de Stuart Mill ya que cada ser humano percibe e interpreta su realidad de diferente manera y su vida y persona posee múltiples particularidades específicas e irrepetibles, por lo que aun y cuando no sea capaz de reconocer todas las facetas de la verdad y solo perciba verdades parciales es preferible la individualidad y la libertad con todas las implicaciones inseparables por ser en si el ser humano un ser digno, autónomo e irrepetible.⁸¹

En vista de lo anterior considera que en los asuntos humanos, la individualidad tiene su propio campo de acción, y que en la conducta de los seres humanos hacia los demás, es necesario en gran parte se observen reglas generales, a fin de que la gente sepa lo que puede esperar; sin embargo en lo que concierne a cada persona, esta tiene derecho a ejercitar libremente su espontaneidad individual.⁸²

Justificando su opinión con el siguiente argumento:

“... Los demás pueden ofrecer, y aun imponer ciertas consideraciones para ayudar al individuo en sus juicios, o hacerle exhortaciones para reforzar su voluntad; pero cada persona será la que decida finalmente. Todos los errores que es probable que cometa a pesar de los consejos y advertencias, quedan compensados con

⁸⁰ Cfr. *Ibidem*, pp. 121 y 122

⁸¹ Cfr. *Ibidem*, p.91

⁸² Cfr. *Ibidem*, p.122

creces por el mal que se hace al permitir a otros que lo obliguen a hacer lo que crean que es para su propio bien.”⁸³

Bajo tal argumento consideramos que la libertad encuentra su máxima expresión y justificación en nuestro objeto de estudio la voluntad anticipada, en la cual no debe intervenir la voluntad, opinión y mucho menos la acción de un tercero material como individuo o ficción jurídica como el Gobierno de un Estado y sus instituciones si no es para que este ultimo garantice la libre voluntad del individuo en decisiones que solo al particular atañen, máxime si no implican un menoscabo o perjuicio a los demás miembros de la sociedad, pues solo en este caso tendría cabida la interferencia del Derecho y otras Disciplinas afines para mantener la convivencia armónica, tal y como lo señala Sánchez Barroso en las últimas líneas de su opinión sobre las implicaciones de la libertad en la voluntad anticipada:

“...la libertad en la voluntad anticipada implica que el individuo debe soportar las consecuencias y recibir alabanzas o censuras por ellas, pues una sociedad libre exige, más que ninguna otra, que los hombres guíen sus acciones por un sentido de responsabilidad mas allá de los deberes marcados por la ley. En este sentido, la bioética, y el derecho tienen una tarea en común: hacer que todo acto de autodeterminación propio de la voluntad anticipada sea responsable.”⁸⁴

Como se puede apreciar la libertad es difícil de definir, por lo que podemos decir que se trata de un concepto inacabado, sin embargo, resulta evidente que se encuentra presente en la voluntad anticipada cuando con esta se busca garantizar y extender la libertad de decisión de los enfermos aun y cuando estos con posterioridad no se encontraran en aptitud de exigir el cumplimiento de sus decisiones. En este sentido la libertad se encuentra ligada a la facultad del ser

⁸³ *Ídem.*

⁸⁴ Sánchez Barroso, José Antonio, *op. cit.*, nota 50, p. 98. El termino bioética fue propuesto en 1971 por Van Rensselaer Potter para referirse a la disciplina que combina el conocimiento biológico y los valores humanos, Potter pensaba que la bioética era una nueva cultura, el encuentro necesario entre la vida y los valores; entre las ciencias y las humanidades. El vocablo bioética, adaptado al ámbito de la salud y la tecnología, es definido 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 a la salud, mediante el empleo de una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario.” Véase: Conbioetica-mexico, ¿Que es la bioética?, <http://goo.gl/l6Gqy>, página consultada el 13 de marzo de 2014

humano, el cual hace uso de la misma para hacer o dejar de hacer de acuerdo a su propia voluntad, no obstante también se encuentra vinculada a otras facultades o virtudes como son la justicia, la autonomía y la igualdad.*

1.3.3. La Autonomía de la Voluntad

Para comprender mejor este principio comenzaremos por determinar que es la autonomía y que es la voluntad. De acuerdo a Valencia Carmona "...para abordar la concepción de autonomía que actualmente prevalece en nuestro derecho, conviene efectuar un primer acercamiento semántico. El termino autonomía, de *autos*, por sí mismo y *nomos*, ley, consiste en la facultad que una persona tiene de darse sus propias normas, sea un individuo, una comunidad o un órgano del Estado." ⁸⁵

Mientras que el termino voluntad deriva del latinismo *voluntas* y significa: "*f.* Potencia del alma que mueve a hacer o no hacer una cosa. ... Elección de una cosa sin precepto o impulso externo que a ello obligue. ... Elección hecha por el propio dictamen o gusto, sin atención a otro respeto o reparo. ..."⁸⁶

Ahora bien, por autonomía de la voluntad se puede entender como aquella "Potestad de las personas para regular sus derechos y obligaciones por el ejercicio de un libre arbitrio representado en contratos o convenciones que los obligue como la ley misma, con la condición de que lo que pactan no sea contrario a la Ley, a la moral, al orden público o a las buenas costumbres."⁸⁷

Sin embargo, la anterior definición se refiere más a una autonomía de la voluntad privada presente en la concepción clásica de los contratos que no resulta del todo adecuada para nuestro objeto de estudio. Nos parece más adecuado

* Por lo que hace a la igualdad y su relación con la libertad, es importante resaltar lo indispensable que resulta esta para poder asumir la libertad, ya que no se puede concebir a la libertad sin presuponer la igualdad, solo existe la libertad entre los iguales, es decir, solo a partir de que se concibe la igualdad se puede admitir la libertad.

⁸⁵ Valencia Carmona, Salvador, *Derecho, Autonomía y Educación Superior*, Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas Unam, serie estudios jurídicos núm. 42, México, 2003, p. 2.

⁸⁶ Palomar de Miguel, Juan, *Diccionario para Juristas*, Ed. Mayo Ediciones, México, 1981, p. 1415

⁸⁷ *Ibidem*, p. 148.

abordar a la Autonomía de la voluntad como un derecho fundamental y/o principio que forma parte del sustento jurídico y bioético de la Voluntad Anticipada, siendo importante mencionar que la Autonomía por si sola también es considerada como uno de los principios básicos de la bioética, base de la deontología médica y clave de una buena práctica en la salud, que adquiere relevancia en las decisiones al final de la vida. Es la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente, y en ausencia de coacción interna o externa.⁸⁸

Así las cosas cabe hacer mención, que la autonomía en el caso de los pacientes reconoce que estos tienen derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles, en la inteligencia que todo paciente o usuario de igual forma derecho a negarse a cualquier tratamiento.⁸⁹

Sánchez Barroso considera que la autonomía de la Voluntad como fundamento de la dignidad de la naturaleza humana o de cualquier otra naturaleza racional se basa en la facultad de la voluntad de darse a sí misma las reglas, independientemente de los argumentos prescriptivos empíricos; el ser persona significa poseer autodeterminación y auto legislación.⁹⁰

Al respecto, nosotros advertimos que el autor en cita retoma esta idea de Kant, quien en su obra *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres* se desprende que el sujeto libre hace uso de su autonomía y de su racionalidad para dotarse de leyes, y estas leyes se pueden considerar universales en tanto que son producto de esta razón autónoma del sujeto; consideramos que en la expresión: “La autonomía implica la libertad de darse uno mismo leyes voluntariamente...”,⁹¹ podemos encontrar esta concepción atomizada de la autonomía que sostiene Kant.

⁸⁸ Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos, México: Secretaría de Salud, 2010, Guía Electrónica, p.17, <http://goo.gl/ABqjCz>, página consultada el 05 de mayo de 2016.

⁸⁹ *Ídem*.

⁹⁰ Sánchez Barroso, José Antonio, *op. cit.*, nota 50, p.22.

⁹¹ Lefranc Weegan, Federico Cesar, *op. cit.*, nota 35, p.119

Este importante filósofo ha influenciado tanto en el derecho que incluso encontramos rastros de sus trabajos en algunas sentencias de ciertos países, como es el caso de la República de Colombia, país que a través de su Corte Constitucional y en concreto mediante la Sentencia No. C-221/94 en el apartado denominado DERECHO AL LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD-Limites/AUTONOMIA PERSONAL⁹² sostuvo respecto de la autonomía lo siguiente:

Se considera que como consecuencia de la autonomía, la propia persona, y no otra es quien le da sentido a su propia existencia, es decir, si a la persona se le reconoce esa autonomía, no puede limitársela sino en la medida en que entra en conflicto con la autonomía ajena. A mayor abundamiento todo aquello que sólo concierne a una persona, sólo por ella debe ser decidido, pues de otra forma al decidir por esta persona se le arrebataría brutalmente su condición ética, y se reduce a la persona a la condición de objeto, que no es otra cosa que convertirla en medio para los fines deseados.⁹³

Esta concepción Kantiana de autonomía que sostuvo la Corte Constitucional de Colombia indudablemente tiene aplicación con el tema que nos ocupa, la voluntad anticipada, así como con la concepción de autonomía de la voluntad que nos interesa dejar establecida para el tema que desarrollamos, sin embargo si nosotros tuviéramos que establecer una definición general sobre de la autonomía de la voluntad lo haríamos de la siguiente manera: “Es el resultado de la auto Legislación y una consecuencia y señal de inteligencia de los individuos que nos permite ceñir nuestro actuar con base en una diferenciación entre lo que consideramos correcto o no.”*

⁹² Cfr. Sentencia No. C-221/94, Despenalización del consumo de la dosis personal, <https://goo.gl/euMZ5J>, página consultada el 12 de abril de 2015.

⁹³ Cfr. *Ídem*, en especial consúltese el apartado titulado DERECHO AL LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD-Limites/AUTONOMIA PERSONAL. En esta sentencia podemos observar la enorme influencia que sigue teniendo el Filósofo Emanuel Kant sobre la construcción de algunos conceptos tales como la autonomía de la voluntad y la dignidad.

* Formulación conceptual del autor sobre la autonomía de la voluntad con base en las distintas concepciones y definiciones abordadas en este apartado.

Es así como principalmente sobre estos tres pilares, **libertad, dignidad y autonomía de la voluntad**, reconocidos como derechos humanos o derechos fundamentales, podemos encontrar el sustento del documento de Voluntad Anticipada en todos aquellos países que han legislado al respecto o que se encuentran en proceso de ello.

1.4 Antecedentes y Origen de la Voluntad Anticipada

Por principio de cuentas debemos señalar que la voluntad anticipada ha presentado problemas conceptuales, y como muestra de lo anterior tenemos que el termino *living will* o bien *testamento vital*, a través del cual tuvo su origen nuestro tema de estudio, surge en 1967 cuando un abogado de Chicago de nombre Luis Kutner ideó un documento a través del cual, el propio individuo podía indicar el tipo de tratamiento que deseaba recibir si su estado corporal llegaba a ser completamente vegetativo y su suscriptor no pudiera recuperar sus capacidades físicas y mentales, a este documento se le denominó *living will*.

Lo asentado en el párrafo que antecede se robustece con lo señalado por los siguientes autores:

Para el Autor Cardenas González el origen del testamento vital o *living will*, se atribuye a Luis Kutner, Abogado de Chicago y cofundador de Amnistía Internacional en 1961, quien desde el año 1967 defiende su implantación y publica en 1969 en el *Indiana Law Journal*⁹⁴ un modelo de documento para expresar voluntades relativas a tratamientos médicos en caso de enfermedad terminal.⁹⁵

⁹⁴ *Law Journal* es una revista de interés general jurídico académico. La revista se publica trimestralmente por los estudiantes de la Universidad de Indiana Maurer Facultad de Derecho, el artículo de Luis Kutner de 1969 se puede consultar en formato electrónico. Véase: Kutner, Luis (1969) "Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal," *Indiana Law Journal*: Vol. 44: Iss. 4, Article 2. Available en <http://www.repository.law.indiana.edu/ilj/vol44/iss4/2>, página consultada el 03 de julio de 2016.

⁹⁵ Cfr. Cárdenas González, Fernando Antonio, *Incapacidad Disposiciones para Nuevos Horizontes de la Autonomía de la Voluntad*, 2ª ed., Ed. Porrúa, México, 2008, pp. 71 y 72.

El autor Calo, Emanuele corrobora el origen Norteamericano de la Voluntad Anticipada o *living will* al señalar: "...El *living will*... tiene una historia principalmente Americana, originada por una corriente de ideas desarrollada en los años sesenta".⁹⁶

Coincide con los anteriores autores, Cristina López, quien en su obra titulada Testamento Vital y Voluntad del Paciente, establece como origen del testamento vital o directrices anticipadas a los Estados Unidos de Norteamérica en el año de 1967, cuando Luís Kutner un abogado de Chicago concibió la idea de un documento en el que cualquier persona pudiera plasmar su deseo para que no se le aplicara un tratamiento en caso de enfermedad terminal; así mismo dicha autora nos menciona otro antecedente, la aprobación de la Ley sobre la muerte natural (*natural death Act*) del Estado de California de 1976, a través de la cual abría la posibilidad de que una persona adulta y con capacidad suficiente pudiera dejar plasmadas por escrito en un documento determinadas instrucciones a su médico en torno a la aplicación, interrupción o rechazo de ciertos procedimientos de mantenimiento de la vida ante una enfermedad terminal o ante situaciones de inconsciencia permanente; y es así como a través de la promulgación de esta Ley en diferentes Estados de Norteamérica fueron legislando paulatinamente al respecto.⁹⁷

Por otra parte tenemos al autor Camacho Díaz, el cual señala: "Su origen está en la jurisprudencia norteamericana (EEUU) que consolida la doctrina del consentimiento informado, y el primer documento conocido como testamento vital se publicó en 1969 por el *Euthanasia Educational Council* de EEUU, a partir de entonces prestigiosos profesionales y organizaciones (*President's Comisión*), preconizan la bondad de la anticipación de las decisiones respecto de la salud".⁹⁸

⁹⁶ Calo Emanuele, *Bioética, Nuevos Derechos y Autonomía de la Voluntad*, Ed. Ediciones la Rocca, Buenos Aires, Argentina, 2000, p.207

⁹⁷ Cfr. López Sánchez, Cristina, Testamento Vital y Voluntad del paciente (conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre), Ed. Dykinson S.L, Madrid, 2003, p.27.

⁹⁸ Camacho Díaz, M., "Testamento Vital", Sociedad Española del Dolor, <http://goo.gl/9snvD>, página consultada el día 11 de enero del 2011. Euthanasia Educational Council de EEUU. EL *Euthanasia Educational Council* o Consejo de Educación de la Eutanasia de Estados Unidos de Norteamérica (traducción del autor), fue la organización dependiente que comenzó con la difusión del primer testamento vital.

En este orden de ideas, también tenemos como parte de los antecedentes de la voluntad anticipada, a las directrices anticipadas, las cuales tienen su origen en los Estados Unidos, tras la aprobación de la llamada *Patient Self-Determination Act*,⁹⁹ a raíz del conocido caso de Nancy Cruzan,¹⁰⁰ pues a raíz de éste caso en noviembre de 1990 el Tribunal Supremo de los Estados Unidos reconoció el derecho de los pacientes competentes a rechazar un tratamiento médico no deseado y fijó un procedimiento para la toma de decisiones por parte de los representantes de los pacientes no competentes.

En su inicio, el impulso de instaurar en el Derecho la posibilidad de confeccionar las directrices anticipadas, surgió como un instrumento de protección del paciente frente al ensañamiento o encarnizamiento terapéutico, conocido también como **distanasia**, práctica médica que implica la prolongación cruel y artificial de la vida sin tomar en cuenta otras consideraciones.

También podemos decir que "... es un instrumento jurídico que busca deslindar de responsabilidades al médico en el ejercicio de su profesión ante

⁹⁹ La Patient Self-Determination Act o Ley de la Libre Determinación de los Pacientes (Traducción del autor), fue aprobada por el Congreso en 1991, a través de ésta se pretende proteger los derechos de sus ciudadanos, deja claro que se tiene el derecho de tomar decisiones sobre la atención médica, incluyendo el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento y el derecho a hacer una directiva anticipada. Para mayor información al respecto Véase: Quijada, Cristina y Tomás y Garrido, Gloria María, Testamento Vital, Conocer y Comprender su Sentido y Significado, <https://goo.gl/fPcE18>, página consultada el 21 de mayo de 2017.

¹⁰⁰ El 11 de Enero de 1983, a los 24 años de edad, Nancy Cruzan perdió el control de su auto en una pista con hielo en Missouri. Nancy salió eyectada del vehículo, quedando boca abajo en un estanque con agua. Luego de dos semanas de permanecer inconsciente, fue diagnosticada con un estado vegetativo persistente, ya que producto de la privación prolongada de oxígeno su cerebro sufrió daños irreversibles. a raíz de su estado, no era capaz de deglutir; los cirujanos instalaron un tubo de alimentación para su cuidado a largo plazo. Los familiares de Nancy esperaron su recuperación, luego de cuatro años aceptaron que su condición no variaría. En 1987 los padres solicitaron que su tubo de alimentación fuese removido. El Hospital y los médicos a cargo de Nancy rechazaron la petición, indicando que requerían una orden judicial para ello. Cuando llegó el caso hasta la Corte Suprema, ésta presentó tres importantes declaraciones. Primero, y de manera más general, reconoció el derecho del paciente competente de rechazar tratamiento médico, incluso si tal decisión conduce a la muerte del paciente. Con la decisión del caso Cruzan, esta fue la primera vez que la Corte Suprema reconoció que la Constitución le otorga a los norteamericanos la libertad de prescindir del tratamiento médico no deseado. Así, la defensa de la vida por parte del Estado no debe ser una privación de la libertad individual. Para mayor información al respecto Véase: González Moran, Luis, *De la Bioética al Bioderecho, libertad, vida y muerte*, Ed. Dykinson, S.L., Madrid, España, 2006, p.31 y 32.

decisiones medicas que pueden dar motivo a una interpretación; esta figura ya es regulada en todos los Estados de la Unión Americana”.¹⁰¹

En virtud de lo anterior, algunos autores consideran que la voluntad anticipada fue creada en un inicio como un instrumento de protección de los pacientes ante el ensañamiento terapéutico, mientras que otros consideran que nuestro objeto de investigación surgió como un instrumento de protección de los médicos y hospitales.

Brena Sesma, es una de las autoras que comulga con la segunda idea, pues considera que la voluntad anticipada es una figura que fue creada por las agrupaciones médicas, quienes lo diseñaron con el objeto de facilitar la exoneración de la culpa de los médicos. Si éstos, atendiendo a la voluntad declarada de un paciente, proporcionaban o dejaban de proporcionar determinados tratamientos, quedarían relevadas de responsabilidad profesional derivadas de las consecuencias que pudiera haber como trastornos físicos, agravamiento de la enfermedad o inclusive la muerte del paciente.¹⁰²

En síntesis la voluntad anticipada puede beneficiar principalmente a dos grupos: pacientes y prestadores del servicio de salud ya que además de ser un instrumento de protección para el enfermo, también se protege al médico y al hospital ante la eventualidad de una demanda de responsabilidad medica, promovida en su contra por el enfermo o los familiares de éste con motivo del tratamiento médico o quirúrgico practicado en el paciente.

La figura del *living will* sigue vigente en el derecho norteamericano, aunque puede variar su nombre dependiendo del territorio Norteamericano de que se trate, además de que a este documento se le pueden agregar otros más como por ejemplo el *durable power of attorney**, mediante el cual se nombra a un representante para que tome decisiones de acuerdo con los deseos del paciente. Así pues tenemos que

¹⁰¹ Cárdenas González, Fernando Antonio, *op.cit.*, nota 95, p.72.

¹⁰² Cfr. Brena Sesma, Ingrid, “Manifestaciones Anticipadas de Voluntad”, *Revista Eutanasia hacia una muerte digna*, Ed. Colegio de Bioética y Foro Consultivo Científico y Tecnológico, Julio, México, 2008, p. 83.

*Un *power of attorney* o poder notarial (traducción del autor), faculta al apoderado para actuar en nombre y representación del poderdante.

en algunos estados de la unión americana se habla de las *Advances Health Care Directives*** en lugar del *Living Will* que son el equivalente a lo que nosotros denominamos voluntades anticipadas o instrucciones previas.

Es importante mencionar que de acuerdo con el Testamento vital (*Living will*), Cualquier persona en estado inconsciente o incapacitada para expresarse, puede manifestar su voluntad con previa anticipación al suceso, de aceptar o rechazar un tratamiento médico en caso de una enfermedad irreversible. Este es el principio que rige el testamento vital. Su fin primordial es evitar mantener con vida a un enfermo cuando, previamente, éste ha expresado su voluntad de morir. Sin embargo podríamos cuestionarnos: ¿Cuándo un tratamiento pasa de prolongar la vida y salvar al enfermo ha alargar su agonía y hacerle sufrir?

En este sentido el testamento vital o documento de Voluntad Anticipada permite que cualquier persona pueda determinar cuáles son las atenciones médicas que no desea recibir en caso de sufrir una enfermedad terminal; luego entonces, regula los derechos del paciente a decidir sobre su propia integridad física y emocional. Se trata de otorgarle, una mayor participación en la toma de decisiones que atañen a su salud, toda vez que a decir de Calo Emanuele el *living will*, es una reacción contra los excesos de la técnica y la consiguiente apuesta de llevar cada vez más adelante los confines entre la vida y la muerte.¹⁰³

Es oportuno precisar que no es necesario que se llegue a una situación donde la vida peligre, porque cualquier persona bien informada, en plenitud de condiciones mentales y sin estar sometida a presiones, puede suscribir un documento de esta naturaleza.

Ahora bien, toda vez que se ha establecido como punto de origen de la voluntad Anticipada al testamento vital o *living will* en los Estados Unidos de Norteamérica, actualmente, en los diferentes territorios que conforman dicho País,

* * *Advances Health Care Directives* o Directivas Anticipadas para el Cuidado de la Salud (traducción del autor), tan solo es otra forma de denominar al documento de voluntades anticipadas o testamento vital.

¹⁰³ Cfr. Calo, Emanuele, *op. cit.*, nota 96, p. 206.

se han dictado disposiciones legales relativas al *living will*, aunque con diferentes denominaciones, y hasta en diversos ordenamientos, luego entonces, tenemos que existen una diversidad de formatos o modelos para suscribir un documento de esta naturaleza, así como otros documentos que se relacionan con el *living will*, como aquellos en los que se establece lo relativo a la donación de órganos, así como aquellos poderes para el cuidado de la salud.¹⁰⁴

Ahora bien, de lo abordado hasta el momento, y de acuerdo a diversos autores consultados en éste primer capítulo de la investigación, podemos establecer que la figura que hoy analizamos tiene su origen a mediados de los años sesenta en los Estados Unidos, incluso algunos nos precisan como origen el año de 1967 a través del denominado *living will*, término que traducido al español significa **testamento vital**, el cual como se verá más adelante en estricto derecho no es correcto emplear, luego entonces, se disemina en diversos Estados de la Unión Americana, hasta llegar a otros países y traspasar continentes, adoptando diversas denominaciones, que por nombrar algunas podríamos citar: voluntades previas, instrucciones previas, directrices anticipadas, directivas previas, voluntades vitales anticipadas, testamento de vida, etcétera.

Como refiere Sánchez Barroso el termino testamento vital se encuentra mal empleado, toda vez que el **testamento** como lo conocemos en el derecho común posee grandes diferencias con el testamento vital en cuanto a su contenido, función, naturaleza, objetivos y regulación, así pues, tenemos que una de las diferencias más notables entre el testamento y el mal llamado testamento vital consiste en que el primero tiene un carácter patrimonial, es decir en el testador dispone de todo su patrimonio o de una parte de él para después de su muerte; mientras que en el

¹⁰⁴Recomendamos consultar la lista que nos presenta la autora Arce Moran para apreciar las diversas denominaciones y formas de regulación de nuestro tema de investigación. Véase: Arce Moran, Ana Isabel, *El Living Will (documento de Voluntad Anticipada)*, Encuentro de Investigación 2008 Universidad Panamericana -UNAM, cit. por García Villegas, Eduardo, *La Tutela de la Propia Incapacidad (Voluntad Anticipada, Tutor Cautelar, Poder Interdicto)*, Ed. Porrúa, México, 2010, pp.69 y 70.

testamento vital se realizan u omiten acciones medicas en un persona incapaz, pero viva, para proteger su dignidad humana.¹⁰⁵

De igual forma precisa Sánchez Barroso que por lo que hace a la institución del testamento tenemos que al testador le resulta imposible ejecutar su última voluntad antes de morir, toda vez que es un requisito sine qua non que contempla la ley para su ejecución, sin embargo, cuando se trata del testamento vital no ocurre la misma situación, ya que esta ideado para que en vida de su suscriptor se pueden ejecutar las disposiciones o instrucciones que se hayan dejado establecidas en dicho documento, pues la condición legal para su ejecución radica en que su titular se encuentre incapacitado para manifestar su voluntad por sí mismo; pero además, que se encuentre en la situación clínica que previó, como por ejemplo el estado vegetativo permanente.¹⁰⁶

Lo anterior se robustece a través del autor Arce Cervantes quien se refiere al testamento como "... el más importante entre los actos jurídicos del derecho privado, porque en él se dispone de todo el patrimonio o de una parte de él, por la trascendencia de los actos extramatrimoniales que pueden contener, y porque, a diferencia de los demás actos jurídicos, produce siempre sus efectos cuando el autor ha fallecido...".¹⁰⁷

Para Cárdenas González, la traducción del término *Living Will* al idioma español sería **testamento de vida**, por lo que opina que es claramente contradictorio hablar de un testamento en vida, toda vez que un testamento surte efectos a partir de la muerte; aunado a lo anterior el autor en cita refiere que el adjetivo de vital o biológico tampoco está bien empleado, toda vez que la palabra **vital** deriva del latín *vitalis*, la cual según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española significa perteneciente o relativo a la vida, así como algo de suma trascendencia e importancia.¹⁰⁸

¹⁰⁵ Cfr. Sánchez Barroso José Antonio, *op. cit.*, nota 50, pp. 214 y 215

¹⁰⁶ *Ibidem*, p.215

¹⁰⁷ Arce y Cervantes, José, *De las Sucesiones*, 9ª ed., Ed. Porrúa, México, 2008, p.53

¹⁰⁸ Cfr. Cárdenas González, Fernando Antonio, *op. cit.*, nota 95, pp.72 y 73.

Es indispensable señalar que el término que ha predominado en el campo del derecho y la medicina para referirse a los problemas bioético-jurídicos relacionados con las disposiciones al final de la vida es el de Voluntades Anticipadas, por ser considerado el más adecuado.

Finalmente, respecto al origen de la voluntad anticipada consideramos relevante agregar algunas consideraciones que señala Sánchez Barroso. Él piensa que la voluntad anticipada puede vincularse a dos causas o detonantes como son: el desarrollo del consentimiento informado debido a la introducción de la autonomía individualista a la medicina; y en segundo lugar, al temor generado en torno a la obstinación terapéutica y a la prolongación de los sufrimientos, así mismo, también refiere que la voluntad anticipada ha sido ideada y promovida en el seno de ciertas culturas, el de la sociedad pluralista que valora ante todo la autonomía de la persona y los derechos individuales sobre el paternalismo médico tradicional, pero que además de estos factores culturales existe otro factor propiamente de tipo técnico, que consiste en hacer todo lo técnicamente posible para alargar la vida del enfermo, que tiene que ver con los avances tecnológicos en el campo de la medicina que permiten alargar la vida de un paciente al máximo a cualquier coste, lo que puede conducir a la obstinación terapéutica.¹⁰⁹

1.5. Definiciones y Conceptos de La Voluntad Anticipada

Para el autor Cárdenas González la Voluntad anticipada es "...el pronunciamiento escrito y previo por el cual una persona física capaz da instrucciones respecto al tratamiento médico que desea o no recibir en el supuesto de padecer una enfermedad terminal o irreversible que lo ubique en un estado en el que ya no pueda expresarse y gobernarse por sí, a efecto de que se le garantice el derecho a morir humanamente y se evite a su persona el encarnizamiento terapéutico o distanasia...".¹¹⁰

¹⁰⁹ Cfr. Sánchez Barroso, José Antonio, Voluntad Anticipada, Ciclo de Conferencias Inaugurales de la Escuela Internacional de Derecho y Jurisprudencia, junio 2012, <http://goo.gl/TSH7d>, página consultada el 28 de agosto de 2013

¹¹⁰ Cárdenas González, Fernando Antonio, *op. cit.*, nota 95, p.73.

En la mayoría de los casos se trata de la voluntad hecha por un enfermo que sabe que irremediablemente va a morir en poco tiempo, para que el lapso que lo separe de la muerte transcurra dentro del marco de posibilidad que la más amplia información técnico científico a su disposición y alcance le permita.

Así mismo, tenemos que para Adib Adib la voluntad anticipada "...es el documento mediante el cual una persona manifiesta sus deseos respecto a ciertas intervenciones médicas, para que tales deseos sean respetados y cumplidos por el médico o equipo sanitario cuando la persona que lo ha otorgado se encuentre imposibilitada de manifestar su voluntad".¹¹¹

Mientras que para Zamudio Teodora la Voluntad Anticipada "Es el documento o declaración escrita que cualquier adulto capaz puede hacer en cualquier momento, disponiendo la prohibición, rechazo o retiro de procedimientos de prolongación de la vida en caso de padecer una condición terminal".¹¹²

En este sentido, y de acuerdo al autor Sánchez Barroso existen diversidad de definiciones y conceptos sobre la voluntad anticipada toda vez que ha sido concebida de diferentes formas, pues para algunos se trata de un *proceso*, para otros de un *documento* y finalmente dentro de este último aspecto también ha sido considerada como un documento cuyo contenido se limita a un aspecto negativo, en el primer supuesto se considera a la voluntad anticipada como aquel proceso a través del cual la persona planifica o concibe aquellos tratamientos y/o procedimientos médicos que desea o no recibir en el futuro en el caso de llegarse encontrar incapacitada para manifestar por si misma su voluntad; mientras que en el segundo supuesto se le ha dado la connotación de un documento por el cual una persona mayor de edad, con capacidad suficiente, de manera libre plasma aquellas instrucciones que deberán de tenerse en cuenta cuando le sea imposible a su suscriptor expresar personalmente su voluntad con posterioridad. Así las cosas,

¹¹¹ Adib Adib, Pedro José, "Comentarios a la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal"; *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Unam, número 123, septiembre-diciembre, México, 2008, p. 1538

¹¹²Zamudio Teodora, Cuestiones Bioéticas en Torno a la Muerte, <http://goo.gl/od0iT>, página consultada el 13 de diciembre del 2010.

finalmente tenemos que en el tercer supuesto se considera a la voluntad anticipada también como un documento, pero a través de éste, la persona planifica y declara su voluntad respecto de aquellos tratamientos y/o procedimientos médicos que no desea recibir, principalmente aquellos considerados como extraordinarios, en caso de llegar a padecer una enfermedad terminal, a fin de que se respete su dignidad.¹¹³

Es importante destacar que por lo que respecta a la normatividad mexicana y española la voluntad anticipada se considera desde un aspecto jurídico o documental, como se advierte de la definición que nos da la misma Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal (actualmente ciudad de México) reformada mediante decreto de fecha 27 de julio del año 2012, la cual en su artículo 3 Fracción III a la letra reza:

“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”.¹¹⁴

Mientras que en Cataluña, España; comunidad autónoma que fue la primera en legislar sobre voluntad anticipada en este país, estableció en la ley 21/2000 denominada *sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía*, específicamente en su artículo 8.1 lo siguiente:

“El documento de voluntades anticipadas es el documento, dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y libremente, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una

¹¹³ Cfr. Sánchez Barroso, José Antonio, “La Voluntad Anticipada en España y México. Un Análisis de Derecho Comparado en torno a su Concepto, Definición y Contenido”, *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, México, nueva serie, año XLIV, número 131, mayo-agosto de 2011, pp. 706 y 707.

¹¹⁴ Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, de fecha 25 de julio de 2012, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, número 1404, Décima Séptima Época, el 27 de julio de 2012, artículo 3, Fracción III, p.4, <http://goo.gl/FqyOh>, página consultada el 28 de octubre de 2015.

situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad.”¹¹⁵

Así mismo tenemos la definición que nos da La Ley Foral de Navarra del Documento de Voluntad Anticipada en su artículo 5 denominado Definiciones:

“...d) Documento de Voluntades Anticipadas: ...aquel dirigido al médico responsable en el cual una persona mayor de edad o un menor al que se le reconoce capacidad conforme a la presente Ley Foral deja constancia de los deseos previamente expresados sobre las actuaciones medicas para cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad, por medio del consentimiento informado, y que deben ser tenidos en cuenta por el o la medico responsable y por el equipo profesional que le asista en tal situación.”¹¹⁶

Así las cosas, éste tratamiento de la voluntad anticipada como un documento e instrumento legal se repite en la legislación de aquellos Estados de la Republica Mexicana que han comenzado a legislar sobre la materia, así como en aquellas comunidades autónomas de España que cuentan con legislación sobre voluntad anticipada.

De lo abordado hasta el momento podemos decir entonces que una definición adecuada sobre la voluntad anticipada seria aquella en la que se tratara a nuestra tema de estudio no solo como un documento limitado a establecer aquellos

¹¹⁵ Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, de fecha 29 de diciembre de 2000, publicada en el Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya número 3303, el 11 de enero de 2001, artículo 8.1, p. 466, <http://goo.gl/wldqi>, página consultada el 19 de mayo de 2014.

¹¹⁶ Ley Foral de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, publicada en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra de la VII Legislatura, número 30, el 28 de marzo de 2011, artículo 5 d), p.10, <http://goo.gl/g0B9J>, página consultada el 3 de febrero de 2011. De la definición de voluntad anticipada que nos da la Ley Foral de Navarra podemos advertir que la esencia de dicho documento es que la persona pueda dejar constancia de los deseos previamente expresados sobre las actuaciones médicas que considera idóneas, para cuando no pueda exteriorizar su voluntad con posterioridad; y que dichos deseos deberán ser tenidos en cuenta. Al establecerse que son deseos y que estos deberán ser tenidos en cuenta, no establece una obligatoriedad lo que facilita que si las circunstancias de la enfermedad o padecimiento cambian no se encuentra obligado el médico o personal de salud al cumplimiento exacto de lo establecido por el suscriptor, lo cual es razonable.

procedimientos y/o tratamientos médicos que el paciente no desea recibir, sino que también debe ser un instrumento a través del cual se puedan planificar aquellos procedimientos, tratamientos y cuidados sanitarios que se desean recibir cuando por algún motivo se encuentre la persona incapacitada para manifestar su voluntad y se encuentre en la situación que previó o se pronosticó, ya que de otra forma limitaríamos enormemente las bondades y función que puede tener la voluntad anticipada al concebirla de forma aislada, tan solo como una de las dos formas que señala Sánchez Barroso, es decir, como un documento limitado a los aspectos negativos, o solo como un proceso.¹¹⁷

Luego entonces, tomando en cuenta las anteriores consideraciones, para nosotros la voluntad anticipada es “la exteriorización de la voluntad de una persona física que goza de capacidad legal y se encuentra libre de cualquier coerción para plasmar en un documento que cumpla con los formalidades esenciales de existencia y validez sus deseos respecto a los tratamientos y/o procedimientos medico-sanitarios que desea o no recibir, cuando a causa de una enfermedad o situación eventual que haya previsto o pronosticado su suscriptor, ya no le sea posible expresar su voluntad con posterioridad, debiéndose respetar en todo momento los principios de Libertad, Dignidad y Autonomía de la Voluntad de la persona.” *

De la anterior definición que nosotros proponemos, se puede advertir que consideramos que toda persona capaz debe poder suscribir un documento de Voluntad Anticipada sin importar que en el momento de su celebración no se encuentre enferma, y mucho menos que dicha enfermedad se encuentre en fase terminal, pues se limitarían las bondades de éste instrumento jurídico únicamente a las personas que se encuentran atravesando una enfermedad, y se excluiría a todos los demás, así mismo, tampoco debe limitarse dicho documento al rechazo o negativa a someterse a tratamientos y/o procedimientos médicos, sino que deberá tener una función más amplia al poder incluirse de igual forma en el, todos aquellos procedimientos, tratamientos y actuaciones sanitarias que se desea recibir en caso

¹¹⁷ Cfr. Sánchez Barroso, José Antonio, *op. cit.*, nota 50, pp. 216 y 217

* Definición del Autor sobre el Documento de Voluntad Anticipada

de encontrarse en la hipótesis prevista; y finalmente que siempre se respeten los principios de libertad, dignidad y autonomía de la voluntad.

No obstante lo anterior, generalmente las instrucciones de estos documentos se aplican sobre una condición terminal,¹¹⁸ bajo un estado permanente de inconsciencia o sobre un daño cerebral irreversible que, más allá de la conciencia, no posibilita que la persona recupere la capacidad para tomar decisiones y expresar sus deseos en el futuro. Un documento de éste tipo insta a que el tratamiento a practicarse se limite a las medidas necesarias para mantener confortable, lúcido, aliviando del dolor (incluyendo los que puedan ocurrir como consecuencia de la suspensión o interrupción del tratamiento).

Actualmente, mucha gente de manera individual, o colectivamente ha redactado y firmado sus manifiestos y lo han comunicado a su familias, a sus personas allegadas o a las instituciones que sostienen este derecho. No obstante, llegado el caso, el testamento no representará un deseo legalmente avalado, hasta en tanto no se encuentre regulado en su país o estado, por lo que las personas involucradas, ya sean profesionales médicos, familiares o autoridades, deberán decidir en conciencia los alcances de su aceptación o no, así como de las sanciones que podrían hacerse merecedores por su indebida aplicación.*

Así mismo, filosóficamente se discute la trascendencia y los posibles conceptos en el contexto de una distinción entre muerte y fallecimiento, sobre el significado de la vida o la continuación de la misma sin calidad, o prolongación del proceso de muerte.

¹¹⁸ 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". Véase: Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, *op. cit.*, nota 114, artículo 3, Fracción IV, p.4

*Al no encontrarse regulado el testamento vital o Documento de Voluntad Anticipada en todos los Estados de la Republica de ejecutarse el mismo se puede incurrir en Responsabilidad Profesional, o incluso tipificarse un delito; dependiendo de la legislación de cada uno de los Estados y de las directrices establecidas en el Documento de Voluntad Anticipada

1.6. Naturaleza Jurídica del documento de Voluntad Anticipada

Ahora bien, con base en las definiciones y características de la voluntad anticipada que hemos abordado hasta el momento, consideramos a la voluntad anticipada como un figura jurídica que ha tenido un mayor desarrollo documental, es decir, se han privilegiado las formalidades legales de su elaboración y suscripción, al grado de constituirse como un instrumento legal que requiere de elementos de existencia y validez, incluyéndose en ambos casos la formalidad específica que requiere la ley.

Consideramos a la voluntad anticipada desde la perspectiva documental como un acto jurídico unilateral inter vivos en el que se instrumentan los derechos del paciente de forma anticipada y eventual, para decidir respecto a los tratamientos, procedimientos médicos, fármacos y demás actuaciones medicas que desea o no recibir, ante una posible situación de incapacidad futura de su otorgante por lo que su fin es el respeto de los principios y derechos fundamentales de la persona (libertad, dignidad y autonomía de la voluntad), en la toma de decisiones concernientes a la salud, las cuales deben observarse por el médico, personal de salud, familiares del enfermo y autoridades correspondientes, siempre y cuando dicha voluntad o decisión no sea contraria al derecho o a la buena práctica médica.**

En vista de lo anterior es pertinente establecer en primer lugar lo que es un acto jurídico, y para lo anterior recurrimos al autor Gutiérrez y González quien nos dice que un acto jurídico es “La manifestación exterior de voluntad que se hace con el fin de crear, transmitir, modificar o extinguir una obligación o un derecho, y que produce el efecto deseado por su autor, porque el derecho sanciona esa voluntad.”¹¹⁹

**Opinión particular del autor. Además consideramos que si bien es un derecho de todos los enfermos asumir un posición activa en el proceso medico asistencial y dejar a un lado la actitud receptiva o pasiva en la que únicamente se supedita el enfermo al criterio del médico tratante; para poder hacer valer este derecho se debe contar con la ayuda del especialista en la materia, es decir, la labor del médico también debe consistir en facilitar de forma adecuada la información al paciente y explicarle su padecimiento y enfermedad de forma que le sea comprensible, a fin de que el paciente pueda tomar una decisión adecuada respecto a los tratamientos y procedimientos médicos y farmacológicos que se le aplicaran o podrían aplicarse en un futuro a su persona.

En el caso específico de la voluntad anticipada, tal parece que se crean obligaciones, y alguno que otro derecho, ya que la libertad, dignidad y autonomía de la voluntad en los que se basa nuestro objeto de estudio, así como cualquier otro derecho que tenga lugar en este instrumento jurídico son inherentes a la persona *per se*, por eso nos aventuramos a afirmar que salvo aquellos casos especiales en los que se nombre un representante y/o interlocutor del documento de voluntad anticipada, no se estarían creando o confiriendo derechos, sino más bien se están creando obligaciones, y reconociendo, reforzando y tutelando derechos, en el caso de que el titular de un documento de voluntad anticipada llegue a encontrarse en una situación de incapacidad para exigir y hacer valer por sí mismo tales derechos.*

Ahora bien, en el acto jurídico figuran dos elementos: a) uno psicológico, voluntario y personal, y b) Otro formado por el Derecho Objetivo. Gutiérrez y González refiere que si falta la voluntad no se producirá el efecto esperado por el solo derecho objetivo; y por el contrario si existe el derecho objetivo pero no la voluntad tampoco se producirá el acto jurídico.¹²⁰

Luego entonces nos da un segundo concepto de acto jurídico en los siguientes términos:

“Es la conducta del ser humano en que hay una manifestación de voluntad, con la intención de producir consecuencias de derecho, siempre y cuando una norma jurídica sancione esa manifestación de voluntad, y sancione los efectos deseados por el autor”¹²¹

Finalmente decimos que es un acto jurídico unilateral por que en aquel interviene para su formación una sola voluntad o varias pero concurrentes a un mismo fin, como ejemplo de esto tenemos el testamento el cual precisa de una sola voluntad para su confección: La del Otorgante.¹²²

¹¹⁹ Gutiérrez y González, Ernesto, *Derecho de las Obligaciones*, 18ª. ed., Ed. Porrúa, México, 2010, p. 109

*Opinión particular del autor.

¹²⁰ Cfr. Gutiérrez y González, Ernesto, *op. cit.*, nota 119, p. 109

¹²¹ *Ídem*

¹²² Cfr. *Ídem*

A mayor abundamiento en el caso del documento de voluntad anticipada consideramos que se crean obligaciones reciprocas principalmente entre el suscriptor del documento y el personal médico, aunque posteriormente irradian a otros sujetos; a lo que nos referimos con esto es que la obligación principal corresponde a cargo del personal médico de tomar en cuenta la voluntad del titular del documento de voluntades anticipadas sin pasar por alto que esta voluntad no debe ser contraria a derecho o a la buen practica medica, sin embargo también existen otras obligaciones, como la obligación de los familiares del enfermo y autoridades de respetar la voluntad previa del enfermo terminal, la cual trasciende aun y cuando la persona sea declarada incapaz con posterioridad, así mismo, tenemos la obligación del enfermo, sus familiares y autoridades judiciales de liberar de cualquier responsabilidad civil, penal o administrativa a los prestadores de los servicios de salud que observen y apliquen la voluntad del enfermo plasmada en un documento de esta naturaleza.*

Por lo que respecta a los elementos de existencia de todo acto jurídico debemos decir que deben existir dos elementos principales y un tercero excepcional: 1.- La manifestación de la voluntad; 2.- Que esa voluntad tenga un fin sancionado por el derecho (un objeto), y 3.- En algunos casos cuando la ley lo exige solemnidad del acto jurídico.¹²³

Estos tres elementos los observamos hasta el momento en las legislaciones de todos los Estados de la Republica Mexicana que cuentan con una Ley de Voluntad Anticipada,** comenzando por la Ley de la Ciudad de México, siendo importante agregar otro aspecto importante al tema que nos ocupa, este es el relativo a la forma de suscripción del documento de voluntad anticipada en México; pues la mayoría de los Estados Mexicanos han adoptado la modalidad que establece la ley de voluntad anticipada de la Ciudad de México, es decir se

*Opinión particular del autor

¹²³ Gutiérrez y González, Ernesto, *op. cit.*, nota 119, p. 120

**Coahuila, Aguascalientes, San Luis Potosí, Michoacán, Hidalgo, Guanajuato, Chihuahua, Nayarit, Guerrero, Estado de México y Colima son algunos de los Estados que cuentan con una ley de voluntad anticipada, aun y cuando su denominación pudiera variar; al respecto recomendamos consultar: El capítulo 3 de esta investigación, en especial el apartado relativo a los Estados de la Republica Mexicana que cuentan con una Ley de Voluntad anticipada.

establecen dos formas de suscribir un documento de voluntad anticipada, en el primer caso tenemos que la manifestación de la voluntad sancionado por el derecho puede ser plasmada en un formato que expide la Secretaria de Salud a los pacientes diagnosticados con enfermedad terminal o en su defecto debe ser exteriorizada y formalizada ante un Notario Público.¹²⁴

En este orden de ideas podemos advertir que se deben observar los requisitos de existencia y formalidad del acto jurídico unilateral generador de derechos y obligaciones denominado voluntad anticipada, sin los cuales no existiría el acto jurídico.

Por lo que hace a los requisitos de validez de todo acto jurídico debemos decir que no basta la creación de un acto, sino que se requiere además de la voluntad o voluntades que en el intervinieron sean de personas conscientes de lo que hace, es decir, de personas capaces, pero además es necesario que el objeto o fin perseguido sea lícito y sea exteriorizada dicha voluntad al mundo del derecho en la forma o manera que éste determina.

Gutiérrez y González considera que la ley establece cuatro requisitos para que un acto valga, a saber:

- a).- Voluntad o Voluntades de personas Capaces.
- b).- Voluntad o Voluntades que se expresen libremente
- c).- Que las Voluntades se propongan alcanzar un objeto, motivo o fin lícitos.

¹²⁴ Hasta el momento la mayoría de las legislaciones de voluntad anticipada en México coinciden en que cualquier persona con capacidad de ejercicio podrá suscribir el documento de voluntad anticipada ante notario público, y solo los enfermos diagnosticados con enfermedad terminal que se encuentren imposibilitados para acudir ante el notario podrán hacerlo mediante formato que les expida la secretaria de salud ante el personal de salud correspondiente y dos testigos, como se podrá observar del artículo 6 del decreto de reforma a la ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal: "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..." Véase: Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, de fecha 25 de julio de 2012, *op. cit.*, nota 114, artículo 6, p.5

d).- Que la o las Voluntades, de ser el caso, se externen en la forma prescrita por la Ley.”¹²⁵

Tratándose de nuestro objeto de estudio en México tomamos nuevamente como ejemplo la Ley de voluntad Anticipada del Distrito Federal (actualmente ciudad de México) en la cual se establece que los documentos en los que conste la declaración de la voluntad anticipada del suscriptor debe ser realizada por una persona capaz, libre de cualquier coacción y de forma inequívoca a través del formato respectivo o documento de voluntad anticipada ante notario público como a continuación se verá:

“III. 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;...”¹²⁶

“V. 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;...”¹²⁷

Respecto a las formalidades y requisitos del documento de voluntad anticipada en México con base en nuestro referente legal (Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito federal) se establecieron las formalidades y requisitos siguientes:

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

¹²⁵ Gutiérrez y González, Ernesto, *op. cit.*, nota 119, p.120

¹²⁶ Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, de fecha 25 de julio de 2012, *op. cit.*, nota 114, artículo 3, fracción III, p.4

¹²⁷ *Ídem*, artículo 3, Fracción V

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

II. 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

III. La manifestación de su voluntad respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados.”¹²⁸

Lo que nos permite comprender que aun y cuando un acto jurídico exista deben observarse los elementos de validez so pena de nulidad absoluta o relativa del acto jurídico.

Por último no queremos dejar de mencionar otro aspecto que consideramos importante respecto de la naturaleza Jurídica de nuestro objeto de estudio, este es el relativo al Acto Jurídico Pendiente. El autor López Monroy dice que el acto jurídico está pendiente cuando aun no se cumple la condición del acto jurídico, y esto significa que el estar pendiente va ligado a la imperfección del acto, interpretada no como negación de la existencia sino solo de la presencia de algún requisito, ya que el Perfeccionamiento del acto tiene lugar con la presencia del requisito faltante. En otras palabras, el acto jurídico pendiente es la manera de ser del hecho intermedio entre la eficacia y la ineficacia, es una imperfección del acto no como negación de su existencia sino solo de la presencia de algún requisito.¹²⁹

Consideramos que cuando nos referimos al documento de voluntad anticipada hay que tener en cuenta que se trata de un instrumento legal que contiene un acto jurídico pendiente; incluso de la misma denominación de nuestro objeto de investigación (voluntad anticipada) se advierte que contiene un acto jurídico pendiente, ya que el fin que se busca es que su suscriptor logre anticiparse a un acontecimiento futuro incierto, es decir puede suceder o no, ese suceso incierto

¹²⁸ *Ibidem*, artículo 7, p. 5

¹²⁹ López Monroy, José de Jesús, *Notas Elementales para los Principios de la Ciencia del Derecho Civil*, Ed. Porrúa, México, 2006, pp. 86 y 87.

es el que dará vida y eficacia al documento de voluntad anticipada, y no es otro que el padecimiento de una enfermedad que imposibilite a su suscriptor manifestar su voluntad respecto al tratamiento médico que desea o no recibir que lo coloca en una situación de incapacidad física o legal.

1.7. Instrumentos Internacionales que contienen los principios y derechos en los que se basa la voluntad anticipada.

Con base en los principios en los que se basa la voluntad anticipada (libertad, dignidad y autonomía de la Voluntad) es posible identificar el incipiente marco jurídico internacional que ha permitido el desarrollo de nuestro objeto de estudio y su aceptación en otros países del mundo, nos referimos a dos instrumentos jurídicos de talla internacional, el primero anterior al surgimiento de la voluntad anticipada en 1967, es decir, la declaración de los derechos del hombre de 1948, y el segundo con motivo de su origen y desarrollo, nos referimos al Convenio de Oviedo de 1997.

1.7.1 La Declaración Universal De Los Derechos Humanos de 1948

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en su preámbulo dispone que el reconocimiento de la libertad intrínseca así como los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana son la base de la libertad, la justicia y la paz.¹³⁰ De igual manera, en los artículos 1, 3, 5, 12, 22, y 28 del Instrumento Internacional se vuelve hacer alusión a los principios que rigen la Voluntad Anticipada al señalar:

Artículo 1.- “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.¹³¹

¹³⁰ Cfr. Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, *op. cit.*, nota 29, Preámbulo.

¹³¹ *Ídem*, artículo 1. Consideramos en general que la Declaración Universal de los Derechos Humanos posee los principios fundamentales que deben ser observados por todas las naciones en sus diversos sistemas políticos, por otra parte, el precepto legal establece su universalidad.

Artículo 3.- “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.¹³²

Artículo 5.- “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”.¹³³

Artículo 12.- “Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la Ley contra tales injerencias o ataques”.¹³⁴

Artículo 22.- “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.¹³⁵

Artículo 28.- “Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos”.¹³⁶

1.7.2. El Convenio de Oviedo de 1997

Por lo que hace a algún tratado o convención internacional que regule nuestro objeto de estudio es importante señalar al Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser Humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (biomedicina), mejor conocido como el Convenio de Oviedo de 1997, instrumento legal que dio la pauta para regular la voluntad anticipada en el país anfitrión **España**, así como en otras latitudes del mundo; ya que de conformidad con su artículo 33 dicho instrumento internacional quedó abierto

¹³² *Ídem*, artículo 3.

¹³³ *Ídem*, artículo 5.

¹³⁴ *Ídem*, artículo 12.

¹³⁵ *Ídem*, artículo 22.

¹³⁶ *Ídem*, artículo 28.

a la firma de los Estados miembros del Consejo de Europa, así como de los Estados no miembros que hayan participado en su Elaboración y en general de la comunidad Europea.¹³⁷

En dicho Instrumento legal se estableció como objetivo y finalidad proteger la dignidad e identidad de todo ser humano, además de garantizar a toda persona sin discriminación el respeto de su integridad y demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina (artículo 1 del convenio de Oviedo de 1997).¹³⁸

Del presente Instrumento podemos resaltar además de su artículo uno el contenido de los artículos cinco, seis punto tres, nueve, quince y dieciséis:

El artículo 5. Se titula Regla General y se deriva del Capítulo II de este Convenio denominado: Consentimiento

En dicha disposición general tenemos que en aquellos aspectos sanitarios en los que se requiera una intervención debe existir previamente un consentimiento del afectado que debe ser libre e informado, dicha información debe abarcar aspectos tales como la finalidad y naturaleza de la intervención, así como los posibles riesgos y consecuencias de la misma, amén de que el paciente, en cualquier momento puede retirar su consentimiento.¹³⁹

El Artículo 6, Numeral 3, denominado protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento señala que aquella persona mayor de edad que no tenga capacidad por causas de un padecimiento mental (disfunción mental), una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no puede efectuarse sin la autorización de su representante, de autoridad o una Institución designada por la Ley. Así mismo

¹³⁷ Cfr. Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser Humano de fecha 04 de abril de 1997, *op. cit.*, nota 33, artículo 33, p. 36829

¹³⁸ Cfr. *Ibidem*, artículo 1, p. 36825

¹³⁹ Cfr. *Ibidem*, artículo 5, p. 36826,

tenemos que la persona afectada deberá intervenir en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.¹⁴⁰

El artículo 9 del Convenio de Oviedo, precisa que deben ser 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.¹⁴¹

Por lo que hace al artículo 15 denominado Regla General, mismo que deriva del Capítulo V titulado: Investigación Científica. Resulta relevante para el tema que nos ocupa, dado que se establece en este una postura de aprobación y apertura a la investigación científica tanto en la biología como en la medicina, que podría favorecer a los suscriptores de la voluntad Anticipada para acceder a nuevos tratamientos médicos, en la inteligencia que la única reserva a dicha actividad se encuentra en las mismas disposiciones de dicho convenio y en otras disposiciones que garanticen la protección del ser humano¹⁴²

En este sentido tenemos que en el artículo 16 del convenio viene a complementar el anterior precepto, dado que se aborda el aspecto relativo a la Protección de las personas que se presten a un experimento, aspecto que tiene trascendencia en nuestro tema de estudio la voluntad anticipada si tenemos en cuenta que la voluntad anticipada no solo contempla la posibilidad de que el enfermo establezca aquellos tratamientos, intervenciones y/o procedimientos médicos que no desea recibir, sino que también puede dejar establecido su consentimiento para ser sometido a los mismos, por lo que este precepto legal permite que previo al cumplimiento de una serie de condiciones el acceso a una práctica médica de alto nivel aun y cuando sea experimental se encuentre al acceso de un mayor número de pacientes, sin que el aspecto económico personal sea determinante para buscar el restablecimiento de la salud y conservación de la vida.¹⁴³

¹⁴⁰ Cfr. *Ídem*, artículo 6.3

¹⁴¹ Cfr. *Ídem*, artículo 9

¹⁴² Cfr. *Ibidem*, artículo 15, p. 36827

¹⁴³ Cfr. *Ídem*, artículo 16

Estas condiciones que prevé el artículo en cita son:

- I) Que no exista un método alternativo al experimento con seres humanos de eficacia comparable.
- II) Que los riesgos en que pueda incurrir la persona no sean desproporcionados con respecto a los beneficios potenciales del experimento.
- III) Que el proyecto de experimento haya sido aprobado por la autoridad competente después de haber efectuado un estudio independiente acerca de su pertinencia científica, comprendida una evaluación de la importancia del objeto del experimento, así como un estudio multidisciplinar de su aceptabilidad en el plano ético.
- IV) Que la persona que se preste a un experimento esté informada de sus derechos y las garantías que la ley prevé para su protección.
- V) Que el consentimiento a que se refiere el artículo 5 se haya otorgado expresa y específicamente y esté consignado por escrito. Este consentimiento podrá ser libremente retirado en cualquier momento.”¹⁴⁴

Cuando España ratificó este convenio tuvo que reformar algunos aspectos de su Ley General de Sanidad¹⁴⁵, así como elaborar una Ley Básica y diversas leyes autonómicas ad hoc al presente Instrumento Internacional, y ciertamente lo mismo aconteció con muchos países que firmaron y ratificaron el presente convenio, al grado que podemos decir que esta convención impulsó legislaciones internas sobre la voluntad anticipada, a demás de otros temas afines, por lo que consideramos relevante desde un aspecto informativo hacer un paréntesis para dar a conocer en un tabla aquellos países que se sumaron a esta convención, no sin antes advertir que la información que a continuación presentamos se encuentra actualizada al día

¹⁴⁴ *Ídem*, artículo 16 fracciones I, II, III, IV y V

¹⁴⁵ *Cfr.* Ley 14/1986, General de Sanidad, de fecha 25 de abril de 1986, Publicada en el Boletín Oficial Número 102, el día 29 de abril de 1986, pp. 15207-15224. Esta ley tiene el carácter de norma básica de acuerdo al artículo 149.1.16 de la Constitución Española de 1978, no obstante, ésta ley resultó ser insuficiente para regular de forma correcta la voluntad anticipada, provocando que las Comunidades Autónomas comenzaran a regular esta materia, expidiendo sus propias leyes, lo que ha originado disparidad de legislaciones en ese país.

12 de febrero de 2017 y hasta la fecha de impresión de la presente investigación no existe actualización alguna:

“Estados que han firmado y ratificado el Convenio para la Protección de los
Derechos y la Dignidad del ser Humano

Apertura a la firma	Entrada en vigor
Lugar: Oviedo Fecha: 04/04/1997	Condiciones: 5 ratificaciones incluyendo 4 Estados miembros. Fecha: 1/12/1999

Estados miembros del Consejo de Europa

	Firma	Ratificación	Entrada en vigor	Notas	R	D	A	T	C	O
Albania	30/3/2011	30/3/2011	01/07/2011							
Andorra										
Armenia										
Austria										
Azerbaiyán										
Bélgica										
Bosnia y Herzegovina	16/12/2005	05/11/2007	01/09/2007							
Bulgaria	31/5/2001	23/4/2003	01/08/2003							
Croacia	5.7.1999	28/11/2003	01/03/2004		X					
Chipre	30/9/1998	20/3/2002	01/07/2002							
Republica Checa	24/6/1998	22/6/2001	01/10/2001							
Dinamarca	4.4.1997	08/10/1999	01/12/1999		X	X		X		
Estonia	4.4.1997	02/08/2002	1.6.2002							
Finlandia	4.4.1997	30/11/2009	01/03/2010							
Francia	4.4.1997	13/12/2011	01/04/2012		X					
Georgia	05/11/2000	22/11/2000	1.3.2001							
Alemania										
Grecia	4.4.1997	06/10/1998	01/12/1999							
Hungría	5.7.1999	1.9.2002	1.5.2002							
Islandia	4.4.1997	10/12/2004	01/02/2005							
Irlanda										
Italia	4.4.1997									

Letonia	4.4.1997	25/2/2010	01/06/2010							
Liechtenstein										
Lituania	4.4.1997	17/10/2002	01/02/2003							
Luxemburgo	4.4.1997									
Malta										
Moldavia	5.6.1997	26/11/2002	1.3.2003			X				
Mónaco										
Montenegro	02/09/2005	19/3/2010	01/07/2010	55						
Países Bajos	4.4.1997									
Noruega	4.4.1997	13/10/2006	01/02/2007			X				
Polonia	5.7.1999									
Portugal	4.4.1997	13/8/2001	01/12/2001							
Rumania	4.4.1997	24/4/2001	01/08/2001							
Rusia										
San Marino	4.4.1997	20/3/1998	01/12/1999							
Serbia	02/09/2005	02/10/2011	01/06/2011	55						
Eslovaquia	4.4.1997	15/1/1998	01/12/1999							
Eslovenia	4.4.1997	05/11/1998	01/12/1999							
España	4.4.1997	1.9.1999	01/01/2000							
Suecia	4.4.1997									
Suiza	5.7.1999	24/7/2008	01/11/2008			X				
La ex República Yugoslava de Macedonia	4.4.1997	03/09/2009	01/01/2010							
Pavo	4.4.1997	2.7.2004	01/11/2004			X				
Ucrania	22/3/2002									
Reino Unido										

Los no miembros del Consejo de Europa

	Firma	Ratificación	Entrada en vigor	Notas	R	D	A	T	C	O
Australia										
Canadá										
Santa Sede										
Japón										
México										
Estados Unidos de América										

Organizaciones Internacionales

	Firma	Ratificación	Entrada en vigor	Notas	R.	D.	A.	T.	C.	O.
Unión Europea										

Número total de firmas no seguidas de ratificaciones:	6
Número total de ratificaciones / adhesiones:	29

Notas:

(55) Fecha de la firma de la unión estatal de Serbia y Montenegro.

Un: Adhesión - s: Firma sin reserva en cuanto a ratificación - Do: Sucesión - r: Firma "ad referéndum".

R.: Reservas - D.: Declaraciones - : Autoridades A - T.: Aplicación territorial - C.: Comunicación - O.: objeción.¹⁴⁶

De la anterior tabla podemos destacar que el último Estado- Nación que firmó y ratificó el convenio de Oviedo fue Albania, con fecha 30 de marzo de 2011, además de que el último País en el que entró en vigencia fue Francia, con fecha uno de abril de dos mil doce, mientras que Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Polonia, Suecia y Ucrania aun y cuando firmaron esta convención, hasta el mes de junio de dos mil dieciséis no la han ratificado.¹⁴⁷

Así las cosas, también podemos destacar que aun y cuando la voluntad anticipada tuvo su origen en los Estados Unidos a través del *Living Will* y el convenio de Oviedo refuerza la figura de la voluntad anticipada, Estados Unidos no figura como uno de los Estados Nación que hayan firmado dicha convención, y lo mismo sucede con Alemania, ya que tampoco ha firmado el convenio de Oviedo, lo cual no pasa desapercibido si tenemos en cuenta que dicho País se encuentra marcado por los acontecimientos históricos contra la humanidad que tuvieron lugar durante el periodo del Nazismo y sus procedimientos Eugénicos, por lo que hubiera

¹⁴⁶ Consejo de Europa, Estados que han firmado y ratificado el Convenio para la protección de los Derechos y la Dignidad del ser Humano, <http://goo.gl/9A9wS>, página consultada el 12 de febrero de 2017.

¹⁴⁷ Cfr. *Ídem*.

resultado de alguna forma significativo que tal País Figurara en la lista de aquellos que han firmado y ratificado el Convenio de Oviedo.¹⁴⁸

1.7.3. Recomendación Relativa a la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos de Fecha 25/06/1999¹⁴⁹

La recomendación relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales viene a profundizar y complementar un poco más el convenio de Oviedo, en específico sobre la voluntad anticipada; dicha recomendación fue adoptada en la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa el día 25 de junio de 1999, y como su nombre lo indica realiza ciertas recomendaciones o sugerencias a los Estados miembros para que en su Derecho Interno se incorporen algunos aspectos importantes en torno al tema de protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos.¹⁵⁰ De las cuales nosotros destacamos las siguientes:

1.- Sugiere que los estados miembros incorporen en su Derecho Interno la protección legal y social necesaria contra algunas amenazas y temores que el enfermo terminal o moribundo se enfrenta.¹⁵¹ Como los siguientes:

a) La prolongación del proceso de la muerte contra la voluntad del enfermo terminal y el morir sometido a síntomas insoportables (por ejemplo, dolor, ahogo, etc.).¹⁵²

b) El morir bajo el temor de ser una carga social y La restricción a los medios de soporte vital por razones económicas.¹⁵³

2.- Recomienda que el comité de ministros inste a los Estados Miembros del Consejo de Europa a respetar y proteger la dignidad de los enfermos terminales o

¹⁴⁸ Cfr. *Ídem*.

¹⁴⁹ Recomendación 1418 de Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, adoptado por la Asamblea el 25 de junio de 1999, pp.1-3, <http://goo.gl/LyIJ1M>, página consultada el 22 de junio de 2016

¹⁵⁰ Cfr. *Ídem*

¹⁵¹ Cfr. *Ibidem*, Recomendación 8, p. 2

¹⁵² Cfr. *Ídem*, Recomendaciones 8.1 y 8.2

¹⁵³ Cfr. *Ídem*, Recomendaciones 8.4 y 8.5

moribundos en todos los aspectos, protegiendo el derecho de las personas en fase terminal o moribundas a la autodeterminación, al tiempo que se adopten medidas necesarias.¹⁵⁴ De las cuales podemos destacar las siguientes:

a) “Dar eficacia al derecho de la persona en fase terminal o moribunda a una información veraz y completa, pero proporcionada con compasión, sobre su estado de salud, respetando, en su caso, el deseo del paciente a no ser informado.”¹⁵⁵

b) “Garantizar que ningún enfermo terminal o persona moribunda sea tratada contra su voluntad y que en esta materia no actúa bajo la influencia o presión de un tercero. Además, se debe garantizar que su voluntad no se configura bajo presiones económicas.”¹⁵⁶

c) “...definir un catálogo de tratamientos que en ningún caso pueden ser omitidos o retirados;”¹⁵⁷

2.- Se deberá Asegurar que se respeté el rechazo a un tratamiento específico recogido en las directivas avanzadas o testamento vital de un enfermo terminal o persona moribunda.¹⁵⁸

3.- Se deben definir criterios de validez sobre la coherencia de tales directivas avanzadas, así como sobre la delegación en personas próximas y el alcance de su autoridad para decidir en lugar del enfermo.¹⁵⁹

4.- Se debe garantizar que las decisiones de las personas próximas que se subrogan en la voluntad del paciente que habrán de estar basadas en los deseos expresados con anterioridad por el paciente o en presunciones sobre su voluntad, se

¹⁵⁴ Cfr. *Ibidem*, Recomendación 9 y 9 b., pp. 2 y 3

¹⁵⁵ *Ibidem*, Recomendación 9.b.1, p. 3

¹⁵⁶ *Ídem*, Recomendación 9.b.3.

¹⁵⁷ *Ídem*, Recomendación 9.b.6

¹⁵⁸ Cfr. *Ídem*, Recomendación 9.b.4

¹⁵⁹ Cfr. *Ídem*.

adoptan solo si el paciente implicado en situación no ha formulado deseos expresamente o si no hay una voluntad reconocible.¹⁶⁰

5.- De igual forma, se debe garantizar que no serán admisibles las decisiones subrogadas que se basen en los juicios de valor generales imperantes en la sociedad, y que, en caso de duda, la decisión se inclinará siempre por la vida y su prolongación.¹⁶¹

6.- Finalmente se propone que se respalde la prohibición de poner fin a la vida intencionadamente de los enfermos terminales o las personas moribundas.¹⁶²

1.7.4. Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

De acuerdo a Sánchez Patrón, “Dentro del sistema de la ONU, ha sido la UNESCO la encargada de liderar los esfuerzos de la comunidad internacional tendientes a promover la reflexión en torno a las consecuencias negativas que los adelantos científicos y tecnológicos en el campo de la biología y la biomedicina pudiesen eventualmente producir sobre el disfrute de los derechos y las libertades fundamentales del ser humano.”¹⁶³

Se corrobora lo anterior si tenemos en cuenta que en el artículo 1.1 de la Constitución de la Unesco se establecen como propósitos de dicha organización contribuir a la paz y a la seguridad, asegurar el respeto universal a la justicia, a la ley, a los derechos humanos y a las libertades fundamentales sin distinción a todos los pueblos del mundo.¹⁶⁴

¹⁶⁰ Cfr. *Ídem*. En este contexto, siempre debe haber una conexión clara con los deseos expresados por la persona en cuestión en un periodo de tiempo cercano al momento en que se adopte la decisión deseos referidos específicamente al morir, y en condiciones adecuadas, es decir, en ausencia de presiones o incapacidad mental.

¹⁶¹ Cfr. *Ídem*.

¹⁶² Cfr. *Ídem*, Recomendación 9.c.1.

¹⁶³ Sánchez Patrón, José Manuel, Villegas Delgado, Cesar, et. al., *Bioderecho Internacional y Europa*, Ed. Tirant lo Blanch, México, D.F., 2014, p.31

¹⁶⁴ Cfr. Constitución de la UNESCO, artículo 1.1., <http://goo.gl/z8V57H>, página consultada el 13 de julio de 2015

Así mismo, de acuerdo a Villegas Delgado, en el seno de dicha organización se han adoptado tres declaraciones relevantes, sobre biología y biomedicina:¹⁶⁵

1.- La declaración Universal sobre el Genoma Humano y los derechos humanos de 11 de noviembre de 1997.¹⁶⁶

2.- La declaración Internacional sobre los datos genéticos humanos de 16 de octubre de 2003.¹⁶⁷

3.- La declaración Universal sobre bioética y derechos humanos de 19 de octubre de 2005.¹⁶⁸

De estas tres declaraciones la última guarda estrecha relación e importancia con nuestro objeto de estudio, y lo anterior se aprecia desde el propio título de la declaración en la que resaltan los términos bioética y derechos humanos, además de que a través de algunos de sus objetivos plasmados en su primer numeral se aprecia la expresa alusión a la dignidad, libertad y derechos humanos y fundamentales; siendo importante destacar que en el cuerpo del instrumento que nos ocupa se establecen una serie de principios que son parte de la normativa internacional que regula la voluntad anticipada.

Con fecha 19 de octubre de 2005 la 33a sesión de la Conferencia General de la Unesco aprobó la Declaración Sobre Bioética y Derechos Humanos, a través de la cual los Estados Miembros se comprometían con la comunidad internacional, a respetar y aplicar los principios fundamentales de la bioética reunidos en dicha declaración la cual está compuesta por 28 artículos contenidos en 5 apartados denominados: Disposiciones Generales, Principios, Aplicación de los Principios, Promoción de la Declaración y Disposiciones Finales¹⁶⁹

¹⁶⁵ Cfr. Sánchez Patrón, José Manuel, Villegas Delgado, Cesar, et. al, *op. cit.*, nota 163, p.31

¹⁶⁶ Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, <http://goo.gl/DmJcJE>, página consultada el 13 de julio de 2015.

¹⁶⁷ Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, <http://goo.gl/z8V57H>, página consultada el 13 de julio de 2015

¹⁶⁸ Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, <http://goo.gl/71V9BF>, página consultada el 14 de julio de 2015

¹⁶⁹ Cfr. *Ídem*

1.7.4.1. Disposiciones Generales

Artículo 1.

Por principio de cuentas, en el primer numeral de dicha declaración se establece su alcance, dividido en dos puntos:

En el primero se establece la materia o temas objeto del Instrumento Internacional, como son las cuestiones éticas con implicaciones en la medicina, ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta los aspectos sociales, jurídicos y ambientales.¹⁷⁰

En el segundo punto de dicho numeral se aprecia lo extensivo de dicha declaración al ser dirigida a los Estados y en especial a los individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas para brindarles orientación en sus decisiones y practicas cuando procede.¹⁷¹

Artículo 2.

En este numeral se establecen los objetivos en una serie de incisos, de los cuales destacamos los incisos a), c), d), y f). En el inciso a) se encuentra el objetivo de proveer un marco universal de principios y procedimientos con el fin de servir de guía a los Estados en la formulación de sus legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética; en el inciso C) se encuentra promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales; en el inciso d) reconocer la importancia de que la investigación científica sea libre así como los beneficios del desarrollo científico y tecnológico, en la inteligencia que esa investigación y los consiguientes adelantos se realicen en el marco de los principios éticos enunciados en la presente Declaración, además de que se respete la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales; y f) promover el acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como el

¹⁷⁰ Cfr. *Ídem*, artículo 1.1.

¹⁷¹ Cfr. *Ídem*, artículo 1.2

aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios, que incluyan a las necesidades de los países en desarrollo.¹⁷²

Posteriormente encontramos los principios que conforman el marco normativo internacional y al cual se sujetan los países parte a través de los artículos 3 al 17, de los cuales abordaremos únicamente aquellos numerales que contienen los principios adecuados para nuestro objeto de estudio, la voluntad anticipada:

1.7.4.2. Principios:

Artículo 3. Dignidad Humana y derechos humanos

El presente dispositivo legal se divide en dos puntos:

En el primer punto se advierte como principio el respeto a la dignidad humana, así como los derechos humanos y libertades fundamentales.¹⁷³

En el segundo punto se encuentra como principio la relevancia que guarda el bienestar de la persona y sus intereses frente al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad¹⁷⁴

Artículo 4. Beneficios y Efectos Nocivos; en el se establece que en la aplicación y promoción del conocimiento científico, así como en la práctica médica y el uso de tecnologías, se deben maximizar los beneficios directos e indirectos para los pacientes y todas las personas implicadas, debiéndose reducir al máximo cualquier posible efecto adverso para los involucrados.¹⁷⁵

¹⁷² Cfr. *Ídem*, artículo 2, incisos a, c, d, y f.

¹⁷³ Cfr. *Ídem*, artículo 3.1

¹⁷⁴ Cfr. *Ídem*, artículo 3.2. Llama nuestra atención este punto ya que comúnmente se opta por sacrificar los intereses particulares o de una minorías a cambio del bienestar general, este no es el caso del punto que analizamos, ya que la declaración es clara en señalar lo contrario, no puede haber un interés exclusivo de la ciencia o la sociedad frente a la persona, esto quizá se debe a que del título del precepto legal invocado se desprende que se trata de la dignidad humana y derechos humanos a los que la presente declaración les ha dado un peso mayor en el aspecto individual; tal parece que no admite ponderación alguna.

¹⁷⁵ Cfr. *Ídem*, artículo 4. En este artículo de la declaración podemos encontrar un importante coincidencia con la voluntad anticipada, en el sentido de que por lo menos en la teoría también pretende nuestro objeto de estudio que los avances

Artículo 5. Autonomía y Responsabilidad Individual.

Este precepto legal contiene el principio de respeto a la autonomía para asumir decisiones de forma responsable y sin vulnerar la autonomía de los demás. Así mismo se prevé que se deben tomar medidas adecuadas para proteger esta autonomía e intereses en el caso de aquellas personas incapaces de ejercer su autonomía.¹⁷⁶

Es notoria la relevancia de este artículo quinto de la declaración, con la voluntad anticipada que analizamos, ya que nuestro tema de estudio se basa entre otros principios con el de la autonomía de la voluntad, y en este sentido nuestro objeto de investigación es un instrumento que busca proteger la autonomía de la voluntad del paciente aun y cuando en el futuro le sobrevenga una incapacidad que le impida manifestar su voluntad respecto de los tratamientos, medicamentos y procedimientos médicos que desea o no recibir, por lo que podemos decir que la voluntad anticipada pretende observar en estricto derecho el principio contenido en el artículo quinto de la declaración que nos ocupa, especialmente en los ámbitos médico, jurídico y ético.

Artículo 6. Consentimiento.

En tal numeral se aborda al consentimiento en tres apartados o puntos:

En el punto 1. Se habla de que debe existir un consentimiento previo por parte de toda persona o personas objeto de cualquier tipo de intervención médica, ya sea esta con fines preventivos, con diagnóstico o terapéutica, pues solo podrá ser objeto de cualquier intervención, el sujeto o sujetos que hayan expresado su consentimiento previo y que para lo anterior hubiera recibido la información

tecnológicos y la aplicación de los conocimientos científicos y práctica médica brinden al paciente beneficios directos en su salud, y no producir efectos adversos como la disminución de la calidad de vida y dignidad del enfermo a costa de tratamientos y procedimientos médicos desmedidos que prolongan la vida, pero también la agonía.

¹⁷⁶ Cfr. *Ídem*, artículo 5

adecuada, en la inteligencia que dicho consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por el interesado sin importar motivo.¹⁷⁷

En el punto 2. Se aborda al mismo consentimiento previo que debe otorgar el interesado o interesados pero ahora para ser objeto de investigación científica; dicho consentimiento debe ser expreso, libre e informado de tal forma que sea de fácil comprensión; y una vez otorgado dicho consentimiento deberá haber la posibilidad de revocación del mismo en cualquier momento y por cualquier motivo sin que por ello repercuta en una desventaja o perjuicio en el individuo. Al final de este punto se plantean una serie de excepciones a este principio de consentimiento previo con base en las normas éticas y jurídicas aprobadas por los Estados que sean compatibles con los principios y disposiciones establecidos en la misma declaración, en particular con el dispositivo legal 27 y con el derecho internacional tocante a los derechos humanos.¹⁷⁸

En el punto 3. Se trata el tema del consentimiento previo en las investigaciones llevadas a cabo a un grupo de interesados o comunidad, y se establece que en tales casos se podrá pedir de forma complementaria el acuerdo de los representantes legales del grupo o la comunidad en cuestión, sin embargo este consentimiento del representante, dirigente o autoridad de la comunidad, incluso el acuerdo colectivo de una comunidad o grupo no debe sustituir jamás el consentimiento informado de una persona.¹⁷⁹

En el numeral citado, se establece en tres puntos el principio internacional de consentimiento previo e informado, tanto en la investigación científica como en la aplicación en cualquiera de sus etapas de un procedimiento médico, mismo que se encuentra vigente en la regulación de la voluntad anticipada a nivel internacional, ya

¹⁷⁷ Cfr. *Ídem*, artículo 6.1

¹⁷⁸ Cfr. *Ídem*, artículo 6.2. El artículo 27 se titula Limitaciones a la aplicación de los principios y a la letra reza: "Si se han de imponer limitaciones a la aplicación de los principios enunciativos en la presente Declaración, se debería hacer por ley, en particular las leyes relativas a la seguridad pública para investigar, descubrir y enjuiciar delitos, proteger la salud pública y salvaguardar los derechos y libertades de los demás. Dicha ley deberá ser compatible con el derecho internacional relativo a los derechos humanos." Véase: *Ídem*, artículo 27.

¹⁷⁹ Cfr. *Ídem*, artículo 6.3.

que la voluntad anticipada sirve como un instrumento jurídico a través del cual su suscriptor previa información adecuada que recibe del personal sanitario deja plasmada su voluntad respecto de un acontecimiento eventual, es decir deja establecido su consentimiento previo e informado respecto de los tratamientos y/o atención sanitaria, incluso la experimental que desea o no recibir en caso de encontrarse incapacitado con posterioridad su consentimiento o voluntad.*

Artículo 7. Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento.

En dicho Precepto legal tenemos la consigna de que a través de las legislaciones de los Estados se debe dar protección a las personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento:

- a) Para que se lleven a cabo investigaciones y practicas medicas en un individuo debe obtenerse su autorización previa, además de que deben de traducirse en un interés para el implicado y de acuerdo con la legislación nacional, es decir, el consentimiento debe estar presente en los procesos de adopción de las decisiones, así como la posibilidad de revocación de dicho consentimiento.¹⁸⁰
- b) Tratándose de actividades de Investigación únicamente pueden llevarse a cabo cuando se traduzcan en un provecho directo para el interesado, sin embargo como excepción a lo anterior las actividades de investigación pueden llevarse aun y cuando no exista un beneficio directo para el interesado siempre y cuando se lleven a cabo con las mayores restricciones y con un mínimo de coerción y riesgo si dicha investigación tiene como finalidad que se obtengan beneficios en la salud de otras personas en la misma categoría o situación, siempre con protección de los derechos humanos de la

*Como se puede apreciar la voluntad anticipada encuentra en estos instrumentos internacionales un marco al cual debe ceñirse y al mismo punto una serie de principios que deben observarse en las diferentes legislaciones de los Estados Nación que proporcionan cierto grado de certidumbre jurídica aun y cuando no se encontrara regulada la voluntad anticipada.

¹⁸⁰ Cfr. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, *op. cit.*, nota 168, artículo 7, inciso a)

persona y con la premisa de respetar la negativa de esas personas a tomar parte en actividades de investigación.¹⁸¹

El inciso a) del artículo que analizamos, es el que más relación tiene con nuestro tema en cuestión, ya que podemos desprender del mismo la premisa de que debe existir el consentimiento previo del interesado antes de que sea objeto de cualquier práctica médica, sin embargo, no en todos los casos la persona se encuentra en aptitud física y mental para otorgar o negar dicho consentimiento, por lo que la voluntad anticipada es un importante medio a través del cual se prevé dicho obstáculo y se da solución a tal problemática al permitir a sus suscriptor deje plasmada su voluntad en sentido positivo o negativo ante eventualidades específicas inciertas.

Artículo 8. Respeto de la Vulnerabilidad Humana y la integridad personal.

La Vulnerabilidad humano debería estar presente tanto en la aplicación como en el fomento del conocimiento científico y la práctica médica, además de las tecnologías inherentes, por lo que se deberían proteger a los individuos en su integridad personal así como a los grupos vulnerables.¹⁸²

La voluntad anticipada encuentra cabida en el numeral previamente enunciado, ya que precisamente porque el individuo es cada vez más vulnerable ante los adelantos científicos inherentes a la medicina y sus prácticas, es por lo que nuestro objeto de estudio ha encontrado cabida en una sociedad por un lado cada vez más alejada del paternalismo médico y por otra parte más consciente de que debe asumir el individuo una postura más participativa sobre su propia salud, vida y muerte aun y cuando llegara a encontrarse en una situación de incapacidad que lo imposibilitara para tomar sus propias decisiones, por lo que opta por dejar

¹⁸¹ Cfr. *Ídem*, artículo 7, inciso b). La redacción de dicho artículo es un tanto confusa, en especial el incisos b) sin embargo puede entenderse que la investigación en aspectos de la salud deben contar con el consentimiento previo del interesado y deben de generar un beneficio directo para el implicado, pues solo como excepción a lo anterior y de forma parcial y limitada se puede proceder a las actividades científicas sin los requisitos previos cuando se pueda obtener un beneficio colectivo, no obstante esa transgresión al interés ajeno del particular debe ser lo más mínima y con protección a los derechos humanos de la persona.

¹⁸² Cfr. *Ídem*, artículo 8

establecido en un documento las instrucciones a seguir respecto a los tratamientos y actuaciones medicas que desea o no recibir en caso de esa eventual incapacidad, las cuales deben observarse o tomarse en cuenta.

Artículo 9.Privacidad y Confidencialidad.

En este precepto legal encontramos como premisa la privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de su información, en ambos casos debe respetarse en la mayor medida posible, ya que no debe utilizarse o divulgarse para un fin distinto al inicial.¹⁸³

Artículo 14. Responsabilidad Social y Salud.

Se trata el tema en cuestión en dos puntos:

1.- En el primer punto se coloca la promoción a la salud y el desarrollo social para los pueblos como un aspecto elemental para los gobiernos y todos los sectores de la sociedad.¹⁸⁴

2.- Como segundo punto se establece que el goce máximo de la salud que se pueda obtener es uno de los derechos fundamentales del ser humano sin distinción alguna, por lo que los progresos en la ciencia y tecnología deben fomentar: a) Acceso a una atención medica de calidad con medicamentos, especialmente para la salud de mujeres y niños, en la inteligencia que la salud es indispensable para la vida misma y constituye un bien social y humano; b) Acceso a una alimentación y un agua adecuadas; c) La mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente; d) La supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo; y e) la reducción de la pobreza y analfabetismo.¹⁸⁵

¹⁸³ Cfr. *Ídem*, artículo 9. Tal precepto legal tiene aplicación en un sinfín de áreas en los que el individuo se desenvuelve y no solo en lo que se refiere a la voluntad anticipada, pues implica un riesgo la creación de bancos de datos y registros que contienen información del individuo y que puede ser utilizada para fines distintos a los de sus creación, por lo que en los últimos años nos hemos percatado como se ha tratado de proteger la información y garantizar la privacidad de las personas a través de las tecnologías de la información y de legislaciones a nivel local e internacional cada vez más complejas.

¹⁸⁴ Cfr. *Ídem*, artículo 14.1

¹⁸⁵ Cfr. *Ídem.*, artículo 14.2, incisos a), b), c), d) y e). Indudablemente que la salud constituye un bien fundamental para el ser humano que debe ser protegido y garantizado por los Estados a su población sin discriminación, por lo que la voluntad

Artículo 15. Aprovechamiento compartido de los beneficios

Se aborda el tema en dos puntos:

1. En este primer punto se tratan los aspectos en los que se deben compartir los beneficios resultado de la investigación Científica y sus aplicaciones, los cuales deben compartirse con toda la sociedad y la comunidad internacional, en particular con aquellos países en desarrollo de la siguiente manera:¹⁸⁶

“a) asistencia especial y duradera a las personas y los grupos que hayan tomado parte en la actividad de investigación y reconocimiento de los mismos;

b) acceso a una atención médica de calidad;

c) suministro de nuevas modalidades o productos de diagnóstico y terapia obtenidos gracias a la investigación;

d) apoyo a los servicios de salud;

e) acceso a los conocimientos científicos y tecnológicos;

f) instalaciones y servicios destinados a crear capacidades en materia de investigación;

g) otras formas de beneficio compatibles con los principios enunciados en la presente Declaración.”¹⁸⁷

2. En este segundo punto se advierte que los beneficios no deberían constituir incentivos indebidos para participar en actividades de investigación.¹⁸⁸

anticipada jamás debe ser utilizada como un medio de descongestionar los altos costos Sanitarios que genera un enfermo en etapa terminal, pues se corre el riesgo de que la vida del ser humano adquiera un valor basado en lo que pueda retribuir a los fines del Estado, lo cual es aberrante si tenemos en cuenta que el hombre por sí mismo es un ser dotado de dignidad y que el estado está para proteger y velar por los intereses del individuo, ya que cuando se opera en sentido inverso, se han cometido atrocidades en contra de la humanidad.

¹⁸⁶ Cfr. *Ídem*, artículo 15.1

¹⁸⁷ *Ídem*, artículo 15.1 incisos a), b), c), d), e), f) y g).

¹⁸⁸ Cfr. *Ídem*, artículo 15.2. “...un estudio de caso en la India se discutió específicamente en relación con los artículos 14 (Responsabilidad Social y Salud) y 15 (Aprovechamiento compartido de los beneficios) de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos: una reciente decisión de la Corte Suprema de India (1 de abril de 2013) desestimó la apelación de una empresa farmacéutica respecto a la protección de la patente de una nueva versión de su medicamento contra el

1.7.4.3. Aplicación de los Principios:

Artículo 18.- Adopción de decisiones y tratamiento de las cuestiones bioéticas

A través de tres puntos se desarrolla el artículo en cita

1. En el primer punto tenemos como recomendación la promoción del profesionalismo, honestidad, integridad y transparencia en la toma de decisiones, en particular las declaraciones de todos los conflictos de interés y el aprovechamiento compartido de conocimientos.

También se recomienda en el mismo punto que los esfuerzos para tratar y examinar periódicamente las cuestiones sobre bioética deben llevarse a cabo procurando utilizar los mejores conocimientos y métodos científicos.¹⁸⁹

2. Se recomienda la existencia de un diálogo permanente entre las personas y los profesionales interesados y la sociedad en su conjunto.¹⁹⁰

3. Finalmente se recomienda promover un debate público pluralista e informado, en el que se expresen todas las opiniones pertinentes.¹⁹¹

Artículo 19.- Comités de Ética

A través de cuatro incisos se recomienda crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas.¹⁹²

En el fin es el siguiente:

“a) Evaluar los problemas éticos, jurídicos, científicos y sociales pertinentes suscitados por los proyectos de investigación relativos a los seres humanos;

cáncer. ...”. Véase: UNESCO, Servicio de Prensa, El Comité Internacional de Bioética Advierte Sobre los Nuevos Riesgos de Discriminación <http://goo.gl/xd8BHK>, página consultada el 28 de agosto de 2015

¹⁸⁹ Cfr. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, *op. cit.*, nota 168, artículo 18.1.

¹⁹⁰ Cfr. *Ídem*, artículo 18.2

¹⁹¹ Cfr. *Ídem*, Artículo 18.3. Consideramos que estos tres puntos no poseen aspectos concretos para la aplicación de los principios del presente Instrumento Internacional, pues únicamente se hacen una serie de recomendaciones, pero no se establecen mecanismos específicos para la realización de tales recomendaciones.

¹⁹² Cfr. *Ídem*, artículo 19

- b) Prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos;
- c) Evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología, formular recomendaciones y contribuir a la preparación de orientaciones sobre las cuestiones que entren en el ámbito de la presente Declaración;
- d) Fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la bioética, así como su participación al respecto.”¹⁹³

Artículo 20 Evaluación y gestión de riesgos

A través de este precepto legal se recomienda impulsar una evaluación y una gestión adecuadas acerca de aquellos riesgos que tengan relación con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías ligadas.¹⁹⁴

Nos permitamos afirmar que en el caso de la voluntad anticipada, las biotecnologías juegan un papel importante en la suscripción o no de un documento de este tipo y su contenido, dado que existen importantes avances en la tecnología de mantenimiento vital y tratamiento de diversas enfermedades, al grado que aquellas alteraciones a la salud que anteriormente eran mortales, actualmente no necesariamente lo son, por lo tanto solo aquellos que gozan de soltura económica, a

¹⁹³ Cfr. *Ídem*, artículo 19, incisos a), b), c), y d)

De acuerdo a la autora Brena Sesma como antecedentes de los comités de ética para la investigación tenemos el acontecimiento del siglo XX, específicamente los experimentos sádicos realizados por los médicos e investigadores Nazis con prisioneros en los campos de concentración provocaron la necesidad de crear un marco legal para evitar que se volvieran a repetir tales actos, a través del Código de Nuremberg de 1947, así como el documento que se redactó en 1964 en Helsinki que vetó el exceso en la investigación con base en principios éticos, posteriormente la declaración de Tokio en 1975 donde se recomienda expresamente que en cada fase de experimentación con sujetos humanos se considere la opinión y consejo de un comité independiente especialmente constituido. Mientras que para la aparición de los comités hospitalarios de bioética se considera como detonante el caso de Karen Ann Quinlan, ya que en 1975 esta joven asistió a una fiesta en la que ingirió un cocktail de drogas y barbitúricos, la cual le ocasionó una apnea y con ello un coma apálico; ante la negativa del retiro de la ventilación asistida por parte de los médicos que atendían a Quinlan, los padres de la joven acudieron al Tribunal Supremo para que resolviera el asunto: El veredicto para resolver la controversia se dictó en el Tribunal Supremo en marzo de 1976, a favor de la familia Quinlan: Desafortunadamente Karen Ann Quinlan muere diez años después. En esta histórica decisión el Tribunal Supremo solicitó el auxilio de un comité para adoptar su resolución y motivó que a comienzos de la década de los ochenta, una comisión presidencial de los EE UU apoyara la creación de dichos comités asistenciales de ética en los hospitales. El informe de la comisión dio un impulso decisivo a los comités al proponer la formación y utilización de los mismos para la toma de decisiones en pacientes terminales. Véase: Brena Sesma, Ingrid, *el Derecho y la Salud. Temas a reflexionar*, Ed. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., 2004, pp. 146 y 147

¹⁹⁴ Cfr. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, *op. cit.*, nota 168, artículo 20.

través de un documento de voluntad anticipada no solo podrán rehusarse a recibir tratamientos y/o procedimientos médicos cuando las esperanzas de restablecer su salud sean nulas, sino que además podrán hacer uso de todos sus recursos económicos para poder ser objeto de aquellos tratamientos y procedimientos experimentales y de alta tecnología, cuando se considere que la salud puede ser restablecida; en este sentido, es importante destacar que la vida, la salud y la muerte han sido objeto de una revalorización económica y axiológica.¹⁹⁵

Artículo 21 Prácticas Transnacionales

Este artículo está compuesto por cinco puntos a través de los que se trata de normar las prácticas internacionales en las que formen parte los Estados, las instituciones públicas o privadas y profesionales que sean realizadas, financiadas o llevadas a cabo de cualquier otra manera, en su totalidad o en parte, en distintos Estados; principalmente se refiere a prácticas de investigación en materia de salud, en la que un Estado o Estados puede ser el anfitrión o anfitriones, o en su defecto sean los que aporten los recursos, en el entendido que en cualquiera de estos casos, se deben observar los principios enunciados en la presente declaración o aquellas normas éticas y jurídicas propias de la legislación interna que sean compatibles con la presente declaración, cuidando tanto a nivel nacional como internacional tomar las medidas pertinentes para que las actividades de investigación transnacionales en materia de salud respondan a las necesidades de los países anfitriones y se contribuya a la paliación de los problemas urgentes de salud a escala mundial, además de luchar contra el bioterrorismo, así como contra el tráfico ilícito de órganos, tejidos, muestras, recursos genéticos y materiales relacionados con la genética.¹⁹⁶

¹⁹⁵ Para mayor información al respecto, véase: Cambrón Infante, Ascensión, "Algunos Problemas de la Biotecnología y su Tratamiento Jurídico: Ciencia o Doctrina del Derecho?", *Anuario de Filosofía del Derecho*, Rioja España, Año, 2010, Número 26, pp. 149-175.

¹⁹⁶ *Cfr.* Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, *op. cit.*, nota 168, artículo 21. Son incuestionables las diferencias que existen entre los países desarrollados y los subdesarrollados o en vías de desarrollo, y esto se refleja enormemente en la calidad de vida de su ciudadanos de muchas formas, una de estas diferencias las observamos en la calidad de sus servicios sanitarios y en la disposición y manejo de nuevos fármacos, tratamientos, procedimientos y biotecnología empleada al servicio de unos cuantos, por lo que algunos autores han llegado a considerar que la salud se ha

De lo plasmado en el artículo 21, así como de lo establecido en el artículo 15 de la convención que analizamos, podemos deducir que se busca la participación de los países en desarrollo en la investigación y en los beneficios que se obtengan, sin embargo, debido a las diferencias económicas, científicas y tecnológicas entre un país y otro, también se puede deducir que la participación de un Estado Nación en clara desventaja en esta especie de colaboración internacional, provoca que la participación de algunos Países se pueda reducir única y exclusivamente a la de proveedor de sujetos dispuestos a ser sometidos a prácticas experimentales, lo cual implica un riesgo y un beneficio para los sectores vulnerables de la sociedad; un beneficio porque se abre la posibilidad de que aquellos enfermos desahuciados o críticos con recursos económicos limitados puedan acceder a fármacos, procedimientos y tratamientos médicos experimentales de un elevado costo que podrían significar el restablecimiento de la salud o un incremento en su calidad de vida; sin embargo el riesgo de deshumanizar a la sociedades vulnerable en estas prácticas es un riesgo latente en todo momento.*

No obstante, la voluntad anticipada en su aspecto documental también debe ser un instrumento en el que se pueda dejar constancia acerca de los tratamientos, procedimientos y fármacos experimentales que se desea recibir, con base en la

comercializado de forma exponencial, al grado que solo pueden acceder a la misma, aquellos que cuentan con el recurso monetario que se convierte en un boleto de pase a una mejor calidad de vida, mientras que los valores éticos y morales han pasado a segundo término, incluso se ha dicho que el ser humano se ha convertido en un producto de consumo del propio hombre y como ejemplo de lo anterior tenemos el tráfico y venta de órganos, la creación de células madre, la maternidad subrogada, la clonación, etcétera; Luigi Ferrajoli hace tiempo advertía del riesgo que corría la humanidad por parte de aquellas hegemonías que detentan el poder económico y tecnológico, ya que podían fijar su atención en la población de los países pobres y tercermundistas como fuentes de material biológico. Véase: Cambrón Infante, Ascensión, *op. cit.*, nota 195, pp. 149-175, así como: Ferrajoli Luigi, "La Cuestión del Embrión Entre Derecho y Moral" *Instituto de Investigaciones Jurídicas Unam*, México D.F., Año 2006, Tomo LVI, Número 245, pp. 255-275.

*Por lo que hace a nuestro objeto de estudio cabe señalar que se ha privilegiado la suscripción del mismo en su efecto negativo, es decir, se ha utilizado en mayor medida a la voluntad anticipada para establecer los tratamientos, medicamentos y procedimientos médicos que no se desea recibir ante una situación clínica determinada y una incapacidad del suscriptor para expresar su voluntad de forma personal, sin embargo, a través de este tipo de instrumentos internacionales y desde una perspectiva utilitaria las actividades de investigación trasnacionales que pudieran llevarse a cabo en el ámbito sanitario, abrirían la posibilidad de que un enfermo crítico, desahuciado y de recursos económicos muy limitados pueda dejar establecido en un documento de voluntad anticipada sus deseos de recibir asistencia especial y duradera o incluso que se le apliquen nuevas modalidades o productos de diagnóstico y terapia como algunos de los beneficios propios por ser voluntario en un procedimientos de investigación médica.

valoración personal acerca de su propia salud, vida, libertad, dignidad y cualquier otro derecho fundamental propio del individuo para que sea el propio paciente el que determine el orden de precedencia de sus derechos.**

1.7.4.4. Promoción de la Declaración:

Artículo 22 Función de los Estados

Se recomienda en este precepto legal que se promocióne la declaración y sus principios a través de la adopción de medidas legislativas, administrativas o de cualquier otra especie afines a sus principios, además, de llevar a cabo aquellas medidas en las áreas de la educación, formación e información pública compatibles a sus objetivos.¹⁹⁷

De igual forma se recomienda que los Estados impulsen la creación de comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas, de conformidad con el artículo 19 de la convención que se analiza.¹⁹⁸

Al respecto cabe señalar que en el ámbito interno de los Estados Nación se han impulsado comités de ética o bioética, ya sea para la práctica clínica o para la investigación científica; España y México entre otros muchos Estados Nación, no son la excepción ya que han legislado al respecto para la creación y funcionamiento de estos comités.¹⁹⁹

**En relación con lo anterior, nos parece lamentable que predomine en varias legislaciones de voluntad anticipada en México, la limitación de su suscripción a un aspecto negativo, es decir, que los suscriptores establezcan únicamente las prácticas, procedimientos y tratamientos que no desean recibir, cuando lo lógico sería que también exista la posibilidad de que el paciente pueda optar por recibir todos los tratamientos, y procedimientos médicos que estén disponibles o que incluso se encuentren en fase experimental, pues solo así, se puede hablar de un verdadero ejercicio de la libertad, dignidad, autonomía de la voluntad y disposición de la propia salud y vida.

¹⁹⁷ Cfr. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos, *op. cit.*, nota 168, artículo 22.1

¹⁹⁸ Cfr. *Ídem*, artículo 22.2

¹⁹⁹ El Comité de Bioética de España fue creado por la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica con fecha de 3 de julio de 2007 como un órgano colegiado, independiente y de carácter consultivo, que desarrollará sus funciones, con plena transparencia, sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud. Tiene la misión

Artículo 23 Educación, formación e información en materia de bioética

Se recomienda que los estados estimulen los programas de información y difusión de conocimientos sobre la bioética para promover así los principios de la declaración que se analiza y lograr un mejor entendimiento de los problemas en el campo ético que se derivan de los adelantos tecnológicos y científicos; para tal fin deben participar las organizaciones intergubernamentales, internacionales, regionales, organizaciones no gubernamentales internacionales, regionales y nacionales.²⁰⁰

Artículo 24 Cooperación internacional

En tres puntos se aborda la cooperación internacional en materia de conocimientos científicos:

de emitir informes, propuestas y recomendaciones para los poderes públicos de ámbito estatal y autonómico sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud. Se recomienda consultar los artículos 77 y 78 de la citada Ley.

Por otra parte, en México es de destacarse el decreto por el que se adiciona el artículo 41 Bis y se reforma el artículo 98 de la Ley General de Salud de fecha 14 de diciembre de 2012, ya que a través del mismo se contempla la creación de Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética para la resolución de los problemas derivados de la atención médica, Investigación, así como para el análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica o en la docencia; en la inteligencia que los Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética en la Investigación se sujetarán a la legislación vigente y a los criterios que establezca la Comisión Nacional de Bioética, los cuales serán interdisciplinarios y deberán estar integrados por personal médico de distintas especialidades y por personas de las profesiones de psicología. Véase: Ley 14/2007 de Investigación biomédica de fecha de 3 de julio de 2007, publicada en el Boletín oficial del Estado número 159, con fecha 4 de julio de 2007, pp. 28826-28848, <https://goo.gl/0z5nQ5>, página consultada el 23 de mayo de 2017 y Decreto por el que se adiciona el artículo 41 Bis y se reforma el artículo 98 de la Ley General de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación sección Primera con fecha 14 de diciembre de 2011, pp. 68-89, <https://goo.gl/AI514>, página consultada el 23 de mayo de 2017.

²⁰⁰ Cfr. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, *op. cit.*, nota 168, artículo 23. Por lo que hace a México, la Secretaría de Salud a través de la Comisión Nacional de Bioética es el conducto para cumplir con esta recomendación ya que es a través de ésta se determinan las estrategias para el fomento de la cultura bioética, teniendo entre sus estrategias la operacionalización de las Comisiones Estatales, en este sentido es la comisión Nacional de Bioética es la encargada de difundir una cultura bioética. Para mayor información al respecto Véase: Gobierno del Estado de México, Secretaria de Salud, <https://goo.gl/MfP1FT>, página consultada el 14 de junio de 2015.

En el primero se habla de propiciar la información científica entre los diversos Estados, la libre circulación y aprovechamiento compartido de los conocimientos científicos y tecnológicos.²⁰¹

En el segundo se habla de que esta cooperación entre los Estados se debe promover con miras a obtener acuerdo bilaterales y multilaterales para que los países que se encuentren en un desarrollo menor en comparación con otros puedan participar en la creación, intercambio y aprovechamiento compartido de conocimientos científicos y sus beneficios.²⁰²

En el tercer punto se recomienda la solidaridad entre los estados y entre su propia población como son grupos, familiar comunidades, llevando a cabo principalmente estas acciones con aquellos más vulnerables por enfermedad, discapacidad, aspectos sociales, ambientales o aquellos con recursos limitados.²⁰³

Artículo 25 Actividades de seguimiento de la UNESCO

En dos puntos se establecen las medidas a seguir por parte de la UNESCO para promover y difundir los principios de la declaración que se analiza, para ello se propone que se sirva del Comité Intergubernamental de Bioética (CIGB) y del Comité Internacional de Bioética (CIB), debiéndose promover la bioética y la colaboración entre ambos comités.²⁰⁴

²⁰¹ Cfr. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, *op. cit.*, nota 168, artículo 24.1

²⁰² Cfr. *Ídem*, artículo 24.2

²⁰³ Cfr. *Ídem*, artículo 24.3

²⁰⁴ Cfr. *Ídem*, artículo 25. El Comité Intergubernamental de Bioética (CIGB) fue creado en 1998, en virtud del artículo 11 de los Estatutos del Comité Internacional de Bioética (CIB). Está compuesta por 36 Estados miembros cuyos representantes se reúnen al menos una vez cada dos años para examinar el asesoramiento y las recomendaciones del CIB. Informa el IBC de sus dictámenes y presenta estas opiniones, junto con las propuestas para el seguimiento de la labor del CIB a Director General de la UNESCO para su transmisión a los Estados miembros, el Consejo Ejecutivo y la Conferencia General. Los 36 Estados miembros son elegidos por la Conferencia General de la UNESCO, teniendo en cuenta la diversidad cultural y la representación geográfica equilibrada. Los miembros sirven por períodos de cuatro años, desde el final de la reunión ordinaria de la Conferencia General en la que hayan sido elegidos hasta el final de la segunda reunión ordinaria siguiente.

Por otra parte el Comité Internacional de Bioética (CIB) es un cuerpo de 36 expertos independientes que sigue el progreso en las ciencias de la vida y sus aplicaciones con el fin de garantizar el respeto de la dignidad humana y la libertad Fue creado en

1.7.4.5. Disposiciones Finales.

Finalmente en este apartado únicamente se hacen algunas advertencias respecto a la forma en la que se debe entender y analizar la presente declaración y sus principios:

Artículo 26. Interrelación y complementariedad de los principios

La Declaración que se analiza y sus principios deben entenderse como un todo, además de que los principios deben entenderse como complementarios y relacionados unos con otros. Cada principio debe considerarse en el contexto de los demás principios, según proceda y corresponda a las circunstancias.²⁰⁵

Artículo 27. Limitaciones a la aplicación de los principios

En caso de existir limitaciones respecto a la aplicación de la declaración que se analiza debe ser por ley, como aquellas relativas a la seguridad pública para investigar, descubrir y enjuiciar delitos, proteger la salud pública y salvaguardar los derechos y libertades de los demás. No obstante dicha ley debe ceñirse con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.²⁰⁶

Artículo 28 Salvedad en cuanto a la interpretación: actos que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana.

1993. El IBC ofrece el único foro mundial para la reflexión en materia de bioética; desde 1998, el IBC ha tenido Estatutos que definen su mandato, composición, etc. El Director General de la UNESCO convoca la IBC al menos una vez al año. A través de sus sesiones y grupos de trabajo, el Comité produce consejos y recomendaciones sobre cuestiones concretas que se adopten por consenso y son ampliamente difundidos y presentados al Director General para su transmisión a los Estados miembros, el Consejo Ejecutivo y la Conferencia General. Para mayor información sobre el tema Véase: UNESCO. Comité Intergubernamental de Bioética (CIGB), <http://goo.gl/D0QRYZ>, página consultada el 28 de agosto de 2015 y UNESCO. Comité Internacional de Bioética (CIB), <http://goo.gl/fRlyA3>, página consultada el 28 de agosto de 2015.

²⁰⁵ Cfr. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, *op. cit.*, nota 168, artículo 26

²⁰⁶ Cfr. *Ídem*, artículo 27

Se realiza la advertencia de que ninguna disposición de la Declaración que se analiza podrá interpretarse de tal forma que se alcanzara entender que se confiere a un Estado, grupo o individuo derecho alguno a comenzar acciones o ejecutar acciones que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana.²⁰⁷

²⁰⁷ Cfr. *Ídem*, artículo 28

CAPITULO 2.

LA REGULACIÓN DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA EN ESPAÑA.

En el presente apartado abordaremos las principales Leyes que se han encargado de regular la Voluntad Anticipada en España, país que ha acogido en buena medida nuestro objeto de estudio ya que cuenta con leyes de observancia general y leyes aplicables específicamente en las comunidades autónomas de dicho país. Escogimos a España como un referente en nuestro análisis porque consideramos que ha tratado con mayor profundidad a la voluntad anticipada, creando un marco jurídico más completo y sólido al suscribir el Convenio de Oviedo de 1997, además de contar con una ley básica en materia de voluntad anticipada observable en todas las comunidades autónomas; siendo importante mencionar además que muchas de estas comunidades autónomas cuentan con su propia legislación sobre voluntad anticipada, lo que nos permite fijar en el ámbito internacional la normativa sobre voluntad anticipada que nos permite realizar un estudio de derecho comparado con el incipiente marco jurídico de la voluntad anticipada en México.

Es oportuno señalar que nos proponemos realizar un análisis de la Voluntad Anticipada con base en los principios y derechos fundamentales que logremos identificar de nuestro objeto de estudio, partiendo desde el máximo ordenamiento español (Constitución Española de 1978),²⁰⁸ y continuar con nuestro estudio tratando

²⁰⁸ La Constitución Española se puede catalogar como rígida en cuanto a las pocas facilidades que da para su reforma. Las únicas reformas hasta el momento de la Constitución tuvieron lugar en dos momentos, el primero el día 27 de agosto de 1992 cuando se reformó el artículo 13, apartado 2 de la misma, en el cual se estableció que solamente los españoles son titulares de los derechos sobre la participación política reconocidos en su artículo 23, salvo lo que, atendiendo a criterios de reciprocidad, pueda establecerse por tratado o Ley para el derecho de sufragio activo y pasivo en las elecciones municipales. La segunda reforma se llevo a cabo el 27 de septiembre de 2011 cuando se reformó su artículo 135 estableciéndose en su exposición de motivos que el fin de dicha reforma era garantizar el principio de estabilidad presupuestaria vinculando a todas las Administraciones Publicas, reforzar el compromiso de España con la Unión Europea y garantizar la sostenibilidad económica y social. Véase: Reforma del artículo 13, apartado 2, de la Constitución Española, de fecha 27 agosto de 1992, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 207, el 28 de agosto de 1992, p. 29909, <http://goo.gl/4wF86>, página consultada el 23 de enero de 2014. y Reforma del artículo 135 de la Constitución Española, de 27 de septiembre de 2011, Publicada en el Boletín Oficial del Estado, Número 233, con fecha 27 de septiembre de 2011, pp. 101931-101933, <http://goo.gl/P7rP36>, página consultada el 20 de mayo de 2014.

de respetar un orden jerárquico descendente* hasta llegar a la legislación de la comunidad autónoma de Cataluña,²⁰⁹ la cual nos servirá de muestra en nuestro estudio, con el fin de realizar un análisis más profundo y exhaustivo.

2.1. Constitución Española de 1978.

En la constitución española encontramos disposiciones que son el sustento legal de la Voluntad Anticipada o también llamada directrices anticipadas, para muestra de lo anterior, podemos citar algunos de los derechos fundamentales que consagra la presente constitución:**

Primero, el derecho a la protección de la salud, que se encuentra establecido en el artículo 43 de la Constitución Española de 1978 que a la letra reza:

“Artículo 43.

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física”²¹⁰.

*Cuando decimos que trataremos de establecer un orden jerárquico descendente en nuestro análisis, significa que en algunas ocasiones podríamos omitir el orden jerárquico establecido, simplemente para comprender como se fue conformando el marco jurídico de la voluntad anticipada en España y para recalcar el impacto que han tenido ciertas normativas en la figura que analizamos, o en su defecto para evitar ser repetitivos en nuestro estudio, como podría pasar con el Convenio de Oviedo de 1997, que ya fue abordado en el primer capítulo de la presente investigación.

²⁰⁹ Cataluña España fue la primera comunidad autónoma en legislar en materia de Voluntad Anticipada a través de su ley 21/2000, denominada sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía. Véase: Ley 21/2000, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía, *op. cit.*, nota 115, pp.464-467.

**Si bien en el texto Constitucional de España no encontramos disposición alguna que de forma específica y clara se ocupe de nuestro objeto de estudio, si podemos encontrar algunos principios indispensables y derechos fundamentales que permiten la existencia y regulación de la Voluntad Anticipada en éste país.

²¹⁰ Constitución Española, de fecha 27 de diciembre de 1978, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 311.1, el 29 de diciembre de 1978, artículo 43, p. 29320, <http://goo.gl/KeVt5>, página consultada el 23 de mayo de 2014.

Segundo, la libertad Ideológica y Religiosa que encontramos consagrada en el artículo 16 sección primera relativa a los derechos fundamentales y las libertades públicas, que a la letra señala:

“Artículo 16

1. Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la Ley.

2. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias.

3. Ninguna confesión tendrá carácter Estatal. Los poderes públicos tendrán en cuenta las creencias religiosas de la sociedad española y mantendrán las consiguientes relaciones de cooperación con la Iglesia Católica y las demás confesiones”.²¹¹

Consideramos importantes para nuestro objeto de estudio, los preceptos constitucionales anteriormente aludidos porque indiscutiblemente la Voluntad Anticipada se encuentra ligada al ámbito sanitario, teniendo como objeto el respeto de los derechos del enfermo, sobre todo de aquellos que se encuentran en una situación terminal, luego entonces, es un instrumento utilizado por médicos y pacientes en el ejercicio de los derechos de la libertad, autonomía y dignidad de los enfermos. Así mismo, por lo que respecta a la libertad ideológica, debemos decir que ésta resulta clave para que el enfermo pueda expresar su voluntad respecto del tratamiento y/o procedimiento que desea o no recibir, siempre y cuando se le haya proporcionado la información precisa y veraz en relación con su enfermedad o padecimiento, en la inteligencia que las decisiones que se asuma no deben ir en contra de Ley o de la buena práctica médica, en este orden de ideas, la ideología de cada persona influye en la toma de nuestras decisiones, ya que de acuerdo a la misma cultivamos principios y fijamos parámetros de lo que consideramos digno o no, en el entendido que uno de los objetivos que encontramos en la Voluntad

²¹¹ *Ibidem*, artículo 16, p.29317.

Anticipada es evitar que los enfermos sean sometidos a tratamientos y/o procedimientos considerados como extraordinarios que afectan la dignidad y calidad de vida del enfermo.*

En el primer capítulo de la presente investigación señalamos como principios y derechos fundamentales en los que se basa la voluntad anticipada a **La libertad, la dignidad y la autonomía de la voluntad**, en este sentido, del análisis de la Constitución Española podemos encontrar el reconocimiento y respeto de los mismos derechos y principios en algunos de sus dispositivos legales.

En el texto legal se reconoce y establece el derecho a la libertad en los siguientes artículos:

Artículo 1.1. “España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político...”.²¹²

Artículo 9.2. “Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que **la libertad** y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social...”.²¹³

Artículo 10.2. “Las normas relativas a los derechos fundamentales y a **las libertades** que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España”.²¹⁴

*Opinión particular del autor

²¹² Constitución Española, de fecha 27 de diciembre de 1978, *op. cit.*, nota 210, artículo 1, p.29315.

²¹³ *Ibidem*, artículo 9, p. 29316.

²¹⁴ *Ídem*, artículo 10

Artículo 17.1. “Toda persona tiene derecho a **la libertad** y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la Ley...”.²¹⁵

De igual forma en la norma fundamental Española encontramos el reconocimiento del derecho a la Dignidad de la siguiente forma:

Artículo 10.1. “La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social...”.²¹⁶

Así mismo, podemos destacar lo establecido en el artículo 18.1 del capítulo segundo denominado Derechos y Libertades, a través del cual se garantizan entre otros aspectos **el derecho al honor**, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.²¹⁷

De lo antes expuesto se advierte que la Constitución Española brinda a las legislaciones de voluntad anticipada en España un importante sustento jurídico, pero al mismo tiempo en el mundo del *deber ser* las sujeta a una serie de principios que deben observarse en todo momento para no entrar en conflicto con la ley fundamental.

Después de la Constitución Española de 1978 deberíamos continuar con algún tratado Internacional que regule de manera directa o indirecta nuestro objeto de estudio, sin embargo hemos decidido omitir este apartado ya que el instrumento internacional por excelencia lo sería el Convenio de Oviedo de 1997, el cual ya fue abordado en el capítulo primero de la presente investigación en la parte relativa a los Instrumentos Internacionales que contienen los principios y derechos en los que se basa la Voluntad Anticipada, por lo que continuaremos nuestro análisis con la Ley General de Sanidad 14/1986.

²¹⁵ *Ibidem*, artículo 17, p. 29317

²¹⁶ *Ibidem*, artículo 10, p. 29316

²¹⁷ *Cfr. Ibidem*, artículo 18, p. 29317

2.2 Ley 14/1986 General de Sanidad, de fecha 25 de abril de 1986.

Por lo que hace a la Ley General de Sanidad 14/1986, esta es un instrumento básico vigente de rango superior a cualquier Ley autonómica que regula la atención de la salud en España; ésta Ley en su artículo 44 establece que el Sistema Nacional de Salud lo forman todas las estructuras y servicios públicos puestos al servicio de la salud de los ciudadanos,²¹⁸ sin embargo, poco aporta a la figura de la Voluntad Anticipada, por lo que las Comunidades Autónomas comenzaron a regular en el ámbito de sus competencias, la figura jurídica que hoy nos ocupa, así como lo referente a los derechos de los enfermos y/o usuarios de los servicios de salud, lo que trajo como consecuencia una disparidad normativa, por lo que posteriormente el legislador español a través de la Ley Básica 41/2002, trató de evitar esa disparidad legislativa.

En este sentido, podemos encontrar en la Ley Básica 41/2002, y en las diversas legislaciones de las comunidades autónomas de España, que se ha tratado con mayor profundidad a la Voluntad Anticipada, así como lo relativo a los derechos y obligaciones de los enfermos y/o usuarios de los centros de salud pública y privados, sin embargo, para efectos de brindar un panorama más amplio sobre el marco jurídico de la Voluntad Anticipada en España es necesario rescatar algunos aspectos que contempla la Ley General de Sanidad, y que se vinculan con la figura jurídica objeto de la presente investigación.

Estos aspectos son el consentimiento informado,²¹⁹ y los principios de libertad, dignidad, y autonomía de la voluntad han pasado a ser derechos de los enfermos o

²¹⁸ Cfr. Ley 14/1986 General de Sanidad, *op. cit.*, nota 145, artículo 44, p. 15214

²¹⁹El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. Es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento. Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa en calidad y en cantidad suficiente al paciente competente, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva así como las posibles alternativas. ...El consentimiento informado consta de dos partes: Derecho a la información: consiste en que la información debe de ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente del diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento de la persona. Previo a la realización de cualquier procedimiento, también se debe informar adecuadamente acerca de los riesgos, beneficios (físicos o emocionales) y de la duración del mismo, así como de

usuarios del Sistema Nacional de Salud en España, motivo por el cual para proceder a nuestro análisis abordaremos de forma un tanto breve al consentimiento informado en la Ley General de Sanidad.

El consentimiento informado se introdujo en España con la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin embargo en la práctica no es hasta unos años más tarde cuando comienza a cobrar relevancia. Lo anterior en virtud de que en un inicio, únicamente se pedía la firma del paciente en el documento de autorización de la intervención quirúrgica a realizar, de manera que él médico quedaba protegido de responsabilidades jurídicas; pero en la actualidad el artículo 10.5 de la Ley General de Sanidad se refiere a la información que debe recibir el paciente para decidir si acepta o no someterse a un tratamiento médico y, en su caso, escoger entre los varios que se le ofrece.²²⁰

De este modo, por consentimiento informado se debe entender: "... la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. ..."²²¹

Tanto si se firma el consentimiento o no, la consecuencia inmediata será la aceptación o el rechazo del tratamiento lo cual guarda cierta semejanza con el llamado documento de Voluntad Anticipada. En relación con ello, aunque la Ley General de Sanidad ya incluye el derecho de los pacientes a decidir si siguen o

otras alternativas, si las hubiera. Libertad de elección: consiste en otorgar o denegar el consentimiento a los médicos, acerca de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, después de haber sido informado adecuadamente. ...". Véase: Comisión Nacional de Bioética, Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, 3ª ed., México, 2012, p.40.

²²⁰ Cfr. Ley 14/1986 General de Sanidad, *op. cit.*, nota 145, artículo 10.5, p.15210. En el ámbito sanitario la autodeterminación exige el acceso a una información veraz y oportuna para tomar cualquier decisión concerniente a la propia salud; éstos derechos a su vez se encuentran vinculados con otro derecho, la libertad, en la medida en que conocemos los aspectos importantes de una enfermedad o padecimiento que afecta nuestra salud, así como las alternativas medicas que se encuentran a nuestro alcance para restablecerla o en su defecto mejorar nuestra calidad de vida, podemos entonces tomar decisiones libres y consientes para ejercer un derecho más, el derecho a la salud, por lo que en suma consideramos que el derecho a la información es una manifestación concreta del derecho a la protección de la salud.

²²¹ Domínguez Luelmo, Andrés, *Derecho Sanitario y Responsabilidad Médica*, 2ª ed., Ed. Lex Nova S.A., Valladolid, España, 2007, p. 178

rechazan un determinado tratamiento, no resuelve el problema que se derivaría de aquellas situaciones en las que por ejemplo, con ocasión de una urgencia o cuando el paciente no puede expresar su opinión, no se pueden conocer sus deseos, de ahí la importancia del documento de Voluntades Anticipadas, que facilita a la toma de decisiones y ayuda a que los enfermos pierdan el miedo al ensañamiento terapéutico.*

Entre los derechos enumerados en la Ley 14/1986, General de Sanidad también encontramos el derecho a la autonomía. Este derecho personal se refiere al gobierno deliberado de uno mismo, y en el contexto médico implica, fundamentalmente, la autodeterminación sobre el final de la propia vida sin la interferencia de terceros. Lo anterior significa que se ha de tener derecho a decidir libremente que tratamientos médicos se desea o no recibir, siempre que no sean infringidos los límites legales y se tenga suficiente capacidad en el momento de adoptar dicha decisión. Es aquí donde podemos ubicar un documento de Voluntad Anticipada, el cual es un documento que realiza una persona en pleno uso de sus facultades mentales con el objeto de que surta efecto cuando se encuentre gravemente enferma y no tenga suficiente capacidad para expresar nuevamente su voluntad.

En este sentido, aunque dicho documento guarda relación con el consentimiento informado, el documento de Voluntad Anticipada es más amplio, toda vez que en él se expresa la voluntad de una persona, la cual no se limita a indicar la aceptación o rechazo de lo que ha sido propuesto por el médico en un determinado momento, sino que permite anticiparse a diversos hechos y situaciones clínicas concretas respecto a su salud, las cuales pueden suscitarse o no, al grado que en el mismo instrumento se pueden integrar aspectos tales como la donación de órganos²²² o incluso expresar los deseos respecto del destino final de nuestro cuerpo en caso de que se pierda la vida.

*Nosotros consideramos que cuando un enfermo se encuentra impedido para otorgar su consentimiento informado respecto de aquellas actuaciones médicas que desea o no recibir, el documento de voluntades anticipadas es un importante herramienta que puede subsanar dicha imposibilidad, sin embargo, si el enfermo no cuenta con un documento de voluntad anticipada,

Dentro de los artículos que podemos destacar en la presente Ley se encuentran los numerales 9, y 10.

En el artículo 9 encontramos que el sistema público sanitario o aquellos vinculados a él, están obligados a informar a los usuarios de sus derechos y deberes.²²³

En el artículo 10 se establecen los derechos de los usuarios de los servicios de salud pública y privados, de los cuales destacamos los siguientes:²²⁴

1. Respeto a la personalidad, dignidad humana, intimidad
2. Derecho a la información sobre los servicios sanitarios que se encuentran a su disposición y aquellos requisitos necesarios para su uso.
3. Derecho a la confidencialidad, derivado de toda la información vinculada con el proceso asistencial en las instituciones públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
4. Derecho a ser advertido sobre si los procedimientos que se le apliquen al paciente que sean de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos podrían ser utilizados para un proyecto docente o de investigación, para lo cual además debe contarse con la autorización previa y por escrito del paciente, así como la aceptación del médico y de la dirección del centro sanitario que corresponda

jamás deberá permitirse que otra persona, incluidos los familiares del enfermo suscriban un documento de esta naturaleza en representación del paciente impedido, ya que se estarían vulnerando gravemente los principios de libertad, dignidad y autonomía de la voluntad en los que se basa nuestro objeto de estudio; no obstante ante la necesidad de tomar decisiones a favor de la salud de un paciente que se encuentre impedido para manifestar su voluntad, el médico deberá obtener siempre que así se requiera el consentimiento informado de los familiares del enfermo o su representante legal por cada actuación médica que implique un riesgo para el enfermo, esto es así dado que el consentimiento informado tiene una aplicación más restringida que un documento de voluntad anticipada, y por lo tanto la afectación a los derechos de libertad, dignidad y autonomía de la voluntad de las persona es menor a través de esta figura.

²²² Consideramos importante resaltar que de conformidad con algunos diarios de España, especialmente el diario el Mundo, España es considerado el líder mundial en donación y trasplante de Órganos, seguido por Croacia y EEUU. En este sentido España presenta el mejor índice de trasplantes por millón de población. Véase: España, líder mundial en trasplantes por 24^o año consecutivo, <https://goo.gl/IYpkUJ>, pagina consultada el 25 de mayo de 2017.

²²³ Cfr. Ley 14/1986 General de Sanidad, *op. cit.*, nota 145, artículo 9, p.15209

²²⁴ *Ibidem*, artículo 10, pp. 15209-15210

5. Derecho a que se le asigne un médico, del cual se le dará a conocer su nombre, y deberá fungir como su interlocutor principal con el equipo asistencial. En el entendido que en caso de que éste se encuentre ausente otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
6. Derecho a elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en la presente Ley.
7. Derecho a obtener los medicamentos y productos sanitarios necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, de acuerdo a los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.

2.3. Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, de fecha 14 de noviembre de 2002.

La Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, de fecha 14 de noviembre de 2002, es una de las Leyes más importantes sobre Voluntad Anticipada en España,²²⁵ además de que regula distintos aspectos respecto de la información y consentimiento informado de los pacientes, siendo importante mencionar que al tratarse de una Ley básica²²⁶ ésta posee una mayor Jerarquía Normativa, por lo que las comunidades autónomas deben observar lo establecido por ella, en el ámbito de sus respectivas competencias, así como adoptar las medidas necesarias para la efectividad de tal Ley. A continuación presentamos un análisis de la misma:

2.3.1. Exposición de Motivos.

En la exposición de motivos de la presente Ley podemos encontrar que se hace énfasis a la importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje

²²⁵ Cfr. Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, de fecha 14 de noviembre de 2002, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 274, el 15 de noviembre de 2002, pp. 40126-40132, <http://goo.gl/YqaQi>, página consultada el 22 de abril de 2014.

²²⁶ Lo anterior tiene su fundamento la Constitución Española de 1978. Véase: Constitución Española de 1978, *op. cit.*, nota 210, artículo 149.1.1, p. 29333

básico de las relaciones clínico-asistenciales, incluso se mencionan algunas organizaciones internacionales que han tratado estos temas, sobre todo aquellas con injerencia en la materia. Luego entonces se destaca a la ONU, UNESCO, OMS, LA UNIÓN EUROPEA o EL CONSEJO DE EUROPA. Así mismo, se destaca la labor que han desempeñado las mismas impulsando declaraciones o promulgando normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con los derechos de los pacientes y la salud. De igual forma, se menciona el texto de la declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948, que ha servido de referencia para el texto de las constituciones de muchos Estados Nación, así como un punto de referencia en el ámbito sanitario.

De igual forma se destaca el Convenio de Oviedo de 1997, ya que establece un marco común que permite la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina, reconociendo los derechos de los pacientes como son el derecho a la Información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud; luego entonces también se hace referencia a la Ley 14/1986, General de Sanidad de 25 de abril de ese mismo año, a pesar de que considera el legislador que fija básicamente su atención al establecimiento y ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo, toda vez que también se encuentran plasmados en la misma, los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud, lo que hace prevalecer el respeto de la dignidad de la persona y la libertad individual.

Luego entonces, el legislador nos presenta a la Ley Básica 41/2002, como una Ley que completa las previsiones de la Ley General de Sanidad, reforzando y dando a un trato especial al derecho a la autonomía del paciente, destacándose la regulación sobre instrucciones previas o Voluntad Anticipada que contempla, en su artículo 11 de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo, y

finalmente alude lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales.²²⁷

2.3.2. Capítulo I. Principios Generales.

Artículo 1.

En el primer artículo denominado ámbito de aplicación, se fija el objeto que tiene la Ley 41/2002, el cual no es otro que: la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios públicos y privados en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.²²⁸

Artículo 2.

El artículo dos denominado principios básicos se subdivide en 7 puntos a saber, los cuales en esencia establecen lo siguiente:

1. Toda actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y documentación clínica de un paciente debe realizarse sin afectar la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad.²²⁹
2. Se hace énfasis de lo que se conoce como consentimiento informado, previo a cualquier actuación en el ámbito de la sanidad, el cual debe constar por escrito.²³⁰
3. Se establece como derechos del paciente o usuario, la libertad de decidir entre las opciones clínicas disponibles, previo a la información adecuada que reciba.²³¹

²²⁷ Cfr. Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, Exposición de Motivos, pp. 40126 y 40127.

²²⁸ Cfr. *Ibidem*, artículo 1, p. 40127. La presente Ley entró en vigor seis meses después de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

²²⁹ Cfr. *Ídem*, artículo 2.1

²³⁰ Cfr. *Ídem*, artículo 2.2. En relación a lo anterior cabe señalar que en el artículo 3 de la misma Ley se establecen una serie de definiciones, dentro de la cuales se define al Consentimiento informado como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

4. Se establecen como derechos del paciente o usuario la posibilidad de negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley, en la inteligencia que dicha negativa deberá constar por escrito.²³²
5. Es un deber de los pacientes o usuarios facilitar todos aquellos datos sobre su estado físico o de salud de manera leal y verdadera, incluso el deber de colaborar en la obtención de esta información, especialmente cuando llegan a ser necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.²³³
6. Es obligación de los profesionales que intervienen en la actividad asistencial la correcta prestación de sus técnicas, el cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica y el respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.²³⁴
7. Finalmente se establece en armonía con los demás puntos, el derecho a la intimidad de los enfermos toda vez que la persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.²³⁵

Artículo 3.

El artículo tres inserta en la Ley una serie de definiciones legales de las cuales podemos destacar por su importancia las siguientes:

²³¹ Cfr. *Ídem*, artículo 2.3. En este punto podemos advertir que se hace alusión a uno de los principios en los se basa la Voluntad Anticipada como son la libertad de decisión respecto al tratamiento y/o procedimiento que desea o no recibir, mismo que se complementa con el punto cuatro del artículo segundo que se analiza.

²³² Cfr. *Ídem*, artículo 2.4. En este sentido, aunque de forma muy limitativa podemos advertir algunas semejanzas con nuestro objeto de estudio, mismo que en síntesis consiste una serie de instrucciones previas que deja el paciente para que sean tomadas en cuenta al momento en que éste no pueda manifestar su voluntad, las cuales también deberán constar por escrito.

²³³ Cfr. *Ídem*, artículo 2.5. El deber que se fija por parte de los pacientes o usuarios, es congruente con el derecho que tienen de recibir información oportuna y veraz respecto a su tratamiento y enfermedad, a fin de poder elegir entre los tratamientos disponibles o incluso manifestar su negativa.

²³⁴ Cfr. *Ídem*, artículo 2.6

²³⁵ Cfr. *Ídem*, artículo 2.7

- a) “Centro sanitario: El conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.”²³⁶
- b) “Consentimiento informado: La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.”²³⁷
- c) “Historia clínica: El conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.”²³⁸
- d) “Información clínica: Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.”²³⁹
- e) “Intervención en el ámbito de la sanidad: Toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación.”²⁴⁰
- f) “Libre elección: La facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso.”²⁴¹
- g) “Médico responsable: El profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.”²⁴²

²³⁶ *Ídem*, artículo 3, Definición de Centro Sanitario.

²³⁷ *Ídem*, artículo 3, Definición de Consentimiento Informado

²³⁸ *Ídem*, artículo 3, Definición de Historia Clínica. Cabe señalar que en la Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, de fecha 29 de diciembre de 2000, específicamente en su artículo 9.1 aparece una definición de la historia clínica que consideramos más completa.

²³⁹ *Ídem*, artículo 3, Definición de Información Clínica

²⁴⁰ *Ídem*, artículo 3, Definición de Intervención en el ámbito de la sanidad

²⁴¹ *Ídem*, artículo 3, Definición de libre elección

²⁴² *Ídem*, artículo 3 Definición de Médico Responsable

2.3.3. Capítulo II. El Derecho de Información Sanitaria.

Artículo 4.

El artículo cuatro de la Ley que analizamos se denomina derecho a la información asistencial y se compone de tres puntos:

1. En este primer punto encontramos en esencia dos aspectos; uno relativo al derecho que tienen los pacientes de conocer toda la información disponible derivada de cualquier actuación en el ámbito de su salud, salvo los casos excepcionales que establezca la Ley; y el otro relativo al derecho que tiene toda persona a que se respete su voluntad de no ser informada.
Ahora bien, en el primer aspecto relativo al derecho a la información, esta deberá proporcionarse de forma verbal, dejando constancia en la historia clínica, la cual contendrá como mínimo la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.²⁴³
2. En este segundo punto tenemos por principio de cuentas que la información clínica como derecho del paciente debe ser verdadera, formar parte de todas las actuaciones asistenciales, y ser brindada de forma comprensible y adecuada a las necesidades del paciente; lo anterior con el objeto de que pueda tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.²⁴⁴
3. Por lo que hace a éste tercer punto nos encontramos con que el médico responsable del paciente es quien deberá garantizar a éste el derecho a la información, no obstante esta obligación también la extendió el legislador a todos los profesionales que lo atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto, pues también es su responsabilidad informarle.²⁴⁵

²⁴³ Cfr. *Ídem*, artículo 4.1. Si bien nos encontramos ante una serie de derechos de los pacientes, no debemos pasar por alto que también se brinda seguridad a los profesionistas de la salud en caso de ser demandados por los enfermos o sus familiares en el supuesto de que los resultados de una intervención no sean del todo favorables a sus pretensiones.

²⁴⁴ Cfr. *Ibidem*, artículo 4.2, pp. 40127 y 40128.

²⁴⁵ Cfr. *Ibidem*, artículo 4.3, p.40128. Es claro que a través de este punto se pretende garantizar el derecho a la información que tienen los pacientes, obligación que corre a cargo de todo aquel que intervenga en la asistencia a su salud.

Artículo 5.

Ahora bien, si en el anterior artículo el legislador Español señaló como derecho de los pacientes varios aspectos de la información asistencial, en el artículo quinto se establece quien es el titular de tales derechos en cuatro puntos:

1. En el primer punto se señala como titular del derecho a la información, al propio paciente, sin embargo también extiende este derecho a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, las cuales recibirán esta información en la medida en que lo permita el paciente de forma expresa o tacita.²⁴⁶
2. En éste segundo punto tenemos que el paciente debe ser informado de modo adecuado y de acuerdo a su grado de comprensión, sin que sea obstáculo de lo anterior su incapacidad, ya que incluso se cumple con el deber de informarle a través de su representante legal.²⁴⁷
3. Ahora bien, en este punto se establece que el médico que asiste al paciente, de acuerdo a su criterio puede determinar en qué casos se encuentra incapaz físicamente o psíquicamente el paciente para recibir directamente la información asistencial, motivo por el cual puede cumplir con su obligación de brindarle información de forma indirecta a través de las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.²⁴⁸
4. Por lo que respecta a éste último punto encontramos una limitación al derecho a la información sanitaria que contempló el legislador; dicha limitación se hace consistir en el estado de necesidad terapéutica acreditada, en el entendido que de darse la hipótesis establecida, el médico deberá dejar constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará

²⁴⁶ Cfr. *Ídem*, artículo 5.1

²⁴⁷ Cfr. *Ídem*, artículo 5.2

²⁴⁸ Cfr. *Ídem*, artículo 5.3. Tanto en el punto dos como en el tres, se trata de respetar el derecho a la información del paciente en todo momento, al grado que puede recibir esta información aun cuando se encuentra incapacitado a través de su representante, o a través de algún familiar o persona vinculada al paciente de hecho. Sin embargo no se establece un orden de preferencia cuando concurren varios familiares en representación del paciente.

su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.²⁴⁹

Artículo 6.

El artículo seis se denomina Derecho a la información epidemiológica y en él se establece una excepción al derecho a la intimidad que tienen los pacientes y que contempla la presente Ley, sin embargo tal excepción es justificada toda vez que se establece como un derecho de los ciudadanos conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando exista un riesgo de que se vea afectada la salud individual o publica, para lo cual este derecho se complementa con otro; el derecho a que ésta información sea difundida de forma comprensible, veraz y adecuada para la protección de la salud.²⁵⁰

2.3.4. Capítulo III. Derecho a la Intimidad.

Artículo 7.

El artículo siete denominado derecho a la intimidad, se subdivide en dos puntos:

1. En el primer punto se hace mención del derecho que tiene toda persona de que se respete la confidencialidad de su información referente a la salud, por lo que nadie puede acceder a esa información a no ser que previamente exista autorización amparada por la Ley para ello.²⁵¹
2. Por otra parte tenemos que corresponde a los centros sanitarios garantizar los derechos señalados en el apartado anterior, es decir el derecho a la

²⁴⁹ Cfr. *Ídem*, artículo 5.4. La misma Ley precisa en el artículo 5.4 que se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Al respecto consideramos que debería de señalarse con mayor claridad cuáles son esas razones objetivas, pues se deja una puerta abierta a la interpretación que puede generar confusión y ambigüedad.

²⁵⁰ Cfr. *Ídem*, artículo 6. El presente artículo es de suma relevancia para toda la sociedad española, toda vez que el derecho a la intimidad de un particular, o de unos cuantos se encuentra supeditado por el derecho a la información a través de la cual se protege la salud pública como en el caso de epidemias.

²⁵¹ Cfr. *Ídem*, artículo 7.1. Debemos recordar que en el artículo 6 de la presente Ley encontramos que el derecho a la intimidad queda en segundo término tratándose de la protección de la salud pública.

intimidad, pues, deberán adoptar de forma oportuna las medidas necesarias para tal fin, no obstante cuando proceda el acceso a dicha información también deberán establecer las normas y procedimientos protocolizados que permitan tal fin.²⁵²

2.3.5. Capítulo IV. El Respeto de la Autonomía del Paciente.

Artículo 8.

El artículo ocho denominado consentimiento informado se subdivide en cinco apartados o puntos:

1. Por lo que hace a éste apartado nos encontramos con que el legislador establece como requisitos previos para llevarse a cabo toda actuación en el ámbito de la salud; primero el respeto al derecho a la información previsto en el artículo 4 de la Ley en comento, lo anterior con el objeto de que el paciente pueda valorar las opciones propias del caso, y segundo, debe existir el consentimiento libre y voluntario del paciente.²⁵³
2. En el presente apartado se precisa que el consentimiento que otorgue el paciente por regla general será verbal, sin embargo deberá constar por

²⁵² Cfr. *Ídem*, artículo 7.2. De acuerdo con algunos autores la Ley básica 41/2002 ha propiciado el incremento considerable de peticiones de acceso a la información por parte de los pacientes y de los familiares autorizados por el titular de este derecho, en la inteligencia que a las demandas de los pacientes se unen las demandas de la Administración de Justicia mediante oficio de juzgado, para solicitar información del episodio asistencial, incluida la radiología, lo cual ha generado importantes gastos para los centros de salud, por lo que se ha optado por entregar en soporte digital esta información para reducir gastos. Para mayor información al respecto véase: Ramos López, J.M. et al, “Disminución de los costes radiológicos en el entorno de la Ley 41/2002”, *Revista Española de Economía de la Salud*, Ed. Contenidos e Información de la Salud, S.L., volumen 91, número 2, Madrid, España, 2010, pp. 59, 60 y 61.

²⁵³ Cfr. Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 8.1., p. 40128. Resulta interesante para nosotros la observación que hace el autor González Moran al respecto, pues refiere que en la doctrina se ha abordado el apartado 1 del artículo 8 considerando que para llevarse a cabo toda actuación en el ámbito de la Salud se requiere el previo consentimiento, por lo que, luego entonces se preguntan si habrá de tomarse al pie de la letra la expresión del texto legal de “toda actuación médica”, alegando que son numerosas las intervenciones que revisten poca importancia y tan frecuentes que, si respecto de ellas se impusiera esta exigencia del consentimiento informado se colapsaría la asistencia sanitaria; considera el autor que el consentimiento debe darse siempre, lo que sucede es que en algunos casos la información que recibe el paciente y el consentimiento que otorga este son sencillos, por lo tanto la información, como el consentimiento se acomodan en su sencillez a las circunstancias concurrentes en cada caso. Véase: González Moran, Luis, *op. cit.*, nota 100, p. 283.

escrito el consentimiento en aquellos casos en los que el paciente vaya a ser sometido a intervención quirúrgica, procedimientos, diagnósticos y terapéuticos invasores, siendo extensiva la excepción a toda aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.²⁵⁴

3. Luego tenemos que el consentimiento escrito del paciente deberá ser otorgado en cada una de las actuaciones específicas que se señalaron en el punto 2 del artículo que analizamos, así mismo, se contempla la posibilidad de que obren anexos y otra información complementaria que permita al paciente estar informado sobre el procedimiento que se aplicará y los riesgos inherentes al mismo.²⁵⁵
4. Se establece como derecho del paciente o usuario ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos denominados de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, los cuales en ningún caso podrán implicar riesgo adicional para su salud.²⁵⁶
5. En el último apartado del artículo se indica que el paciente puede en cualquier momento revocar por escrito su consentimiento.²⁵⁷

²⁵⁴ Cfr. Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo, 8.2., p. 40128. Al respecto, resultan obvios los motivos por los cuales el legislador consideró que tratándose de procedimientos y/o tratamientos que impliquen un riesgo para la salud del paciente, deberá constar por escrito dicho consentimiento informado, pues a través de este medio el médico responsable puede justificar su actuar y protegerse de cualquier responsabilidad que llegara a surgir en la práctica médica por cualquier complicación ajena al profesional de la salud, en el entendido que el presente apartado se encuentra vinculado con el artículo 2 de la misma Ley denominado principios básicos, en el que se establecen como derechos del paciente el consentimiento informado, la autonomía de la voluntad y otros más.

²⁵⁵ Cfr. *Ídem*, artículo 8.3.

²⁵⁶ Cfr. *Ídem*, artículo 8.4. Un texto parecido es el que encontramos en la Ley 14/1986, General de Sanidad, en el artículo 10, apartado 4, el cual a la letra reza: Artículo 10. "Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: ...4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización, y por escrito, del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario". Véase: Ley 14/1986, General de Sanidad, *op. cit.*, nota 145, artículo 10.4, pp. 15209 y 15210.

²⁵⁷ Cfr. Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 8.5, p.40128.

Artículo 9.

El artículo nueve se denomina Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación, el cual se conforma en tres apartados a saber:

1. En este primer apartado se contempla la posibilidad de que el paciente renuncie a recibir información, sin embargo, dicha voluntad deberá constar expresa y documentalmente, además de que no es un derecho absoluto, pues pasa en segundo término la voluntad del paciente, cuando esta información sea de interés para la salud del mismo, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. En estos casos, el facultativo tiene la obligación de informar al paciente.²⁵⁸
2. Posteriormente en este segundo punto se indica a través de incisos los casos en los cuales se podrán llevar a cabo intervenciones clínicas a favor de la salud del paciente sin que sea necesario obtener su consentimiento, luego entonces tenemos: ²⁵⁹
 - a) Se establece como excepción del consentimiento informado los casos en que exista riesgo para la salud pública, como es el caso de enfermedades transmisión, ante contingencias de esta naturaleza el legislador permitió que las actuaciones medicas se realicen sin el consentimiento del paciente, por lo que el presente apartado nos remite a la Ley Orgánica 3/1986 que contempla en sus cuatro artículos las medidas de urgencia y necesidad que se aplicaran para proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, facultando a las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones Públicas aplicar las medidas necesarias previstas en dicha Ley.²⁶⁰

²⁵⁸ Cfr. *ídem*, artículo 9.1.

²⁵⁹ Cfr. *Ídem*, artículo 9.2

²⁶⁰ Cfr. *Ídem*, artículo 9.2.a). La Ley orgánica 3/1986 en sus artículos 2 y 3 establece lo siguiente: "Artículo Segundo. Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad." "Artículo Tercero. Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias

b) Se establece como excepción del Consentimiento Informado los casos en que existe un posible riesgo inmediato y grave que pueda afectar la salud del enfermo (integridad física o psíquica), además de que no sea posible conseguir su autorización, sin embargo se deberá consultar a los familiares o personas vinculadas al enfermo si las circunstancias lo permiten.²⁶¹

3. En este apartado tenemos en tres incisos los supuestos en los cuales se podrá otorgar el consentimiento por representación:²⁶²

a) En el primer supuesto se contempla a los pacientes que se encuentran incapaces a criterio del médico responsable de la asistencia, para tomar decisiones, incluidos aquellos casos en los que la incapacidad consista en la imposibilidad física o psíquica de hacerse cargo de asumir las decisiones concernientes a su salud; en tales hipótesis, el consentimiento será otorgado por su representante legal, y para el caso de carecer de éste, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.²⁶³

b) En el segundo supuesto tenemos la incapacidad legal del paciente.²⁶⁴

c) Como tercer supuesto tenemos que cuando se trate de un menor de edad que no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, el consentimiento deberá otorgarlo el representante legal del menor, pero si el menor tiene doce años cumplidos, primero debe ser escuchada su opinión. Por otra parte también tenemos que si se trata de menores no incapaces ni incapacitados y se encuentran emancipados o

en caso de riesgo de carácter transmisible". De lo anteriormente transcrito se desprende que el legislador español contempló las medidas urgentes en las que los derechos de un particular o un grupo quedan supeditados en los casos en que esté en peligro la salud pública. Véase: Ley Orgánica 3/1986, de Medidas Especiales en Materia de Salud, de fecha 14 de abril de 1986, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 102, el 29 de abril de 1986, artículos 2 y 3, p. 15207, <http://goo.gl/wa8Fu>, página consultada el 5 de enero de 2015.

²⁶¹ Cfr. Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 9.2.b), p.40128.

²⁶² Cfr. *Ídem*, artículo 9.3

²⁶³ Cfr. *Ídem*, artículo 9.3.a)

²⁶⁴ Cfr. *Ídem*, artículo 9.3.b)

cuentan con dieciséis años de edad no es necesario que se otorgue el consentimiento por representación. No obstante, para el caso de que se deban realizar actuaciones de grave riesgo según el criterio del médico facultativo, los padres deberán ser informados, debiéndose tomar en cuenta la opinión de estos al momento de tomar la decisión que corresponda.²⁶⁵

4. En el Punto cuatro del presente artículo se hace referencia a la práctica de ensayos clínicos, y técnicas de reproducción humana asistida, para lo cual el legislador español precisa que lo anterior deberá regirse por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.²⁶⁶
5. Finalmente en el punto cinco tenemos que cuando se otorgue el consentimiento por representación se debe tener en cuenta las circunstancias y necesidades que haya que atender, respetándose además la dignidad del paciente quien podrá participar en la toma de decisiones durante el proceso sanitario.²⁶⁷

Artículo 10.

El artículo diez se denomina Condiciones de la información y consentimiento por escrito. Se subdivide en dos puntos o apartados:²⁶⁸

1. En el primer punto tenemos que se le debe proporcionar al paciente cierta información básica antes de obtener su consentimiento por escrito, respecto de los siguientes aspectos:²⁶⁹

“a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

²⁶⁵ Cfr. *Ídem*, artículo 9.3.c)

²⁶⁶ Cfr. *Ibidem*, artículo 9.4, p. 40129

²⁶⁷ Cfr. *Ídem*, artículo 9.5. La dignidad es uno de los principios sobre los que se basa la Voluntad Anticipada o instrucciones previas, a través de ella se le garantiza al enfermo que se evitara a su persona el obstinamiento o encarnizamiento terapéutico, también conocido como distanasia, además de que en la mayoría de los textos legales la encontramos como un derecho que tienen todas las personas.

²⁶⁸ Cfr. *Ídem*, artículo 10

²⁶⁹ Cfr. *Ídem*, artículo 10.1

b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

d) Las contraindicaciones”.²⁷⁰

Llama nuestra atención, que en el artículo 10 se trate lo relativo al consentimiento por escrito del paciente, cuando en el artículo 8 de la misma Ley se señala que el consentimiento será verbal; en este sentido el autor Domínguez Luelmo se pronunció al respecto, de la siguiente manera: “...como ya he mantenido debe entenderse que lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley 41/2002 se refiere a los supuestos en que el artículo 8.2 dispone que el consentimiento debe prestarse por escrito. En estos casos la información a suministrar al paciente reviste unos caracteres especiales, que son los que ha querido destacar el legislador en este precepto con una evidente falta de sistemática”.²⁷¹

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.²⁷²

Artículo 11.

Por lo que respecta al artículo once, denominado Instrucciones Previas, éste se encuentra conformado por cinco puntos o apartados, los cuales en su conjunto pasamos a analizar:

²⁷⁰ *Ídem*, artículo 10.1, Incisos a), b), c) y d). Tales aspectos permiten al paciente tomar una decisión adecuada respecto a los procedimientos y/o tratamientos que desea o no recibir, por ello el artículo en mención obliga a informar de todas las consecuencias relevantes que la intervención vaya a originar con seguridad, así como de los riesgos probables relacionados con el tipo de intervención de que se trate.

²⁷¹ Domínguez Luelmo, Andrés, *op. cit.*, nota 221, p. 381

²⁷² *Cfr.* Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 10.2, p. 40129

Por principio de cuentas se establece en dicho numeral que las Instrucciones previas son concebidas como un documento mediante el cual una persona mayor de edad y capaz, exterioriza su voluntad, dejando constancia por escrito, de forma anticipada y libre, con el objeto de que sea respetada y cumplida la voluntad del suscriptor de llegarse a dar el supuesto previsto por él mismo, aun cuando con posterioridad le surja una incapacidad que le impida expresar nuevamente dicha voluntad de forma personal.²⁷³

Luego entonces se establece que tal documento deberá contener los siguientes aspectos:

- a. Lo referente a los cuidados y el tratamiento de su salud.
- b. De ser el caso que fallezca el suscriptor, lo relativo al destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.
- c. La Posibilidad de designar un representante para que, de darse el supuesto previsto, asuma el papel de interlocutor del otorgante, con el médico o el equipo sanitario; lo anterior con el objeto de procurar el debido cumplimiento de las instrucciones previas. Siendo importante destacar que él suscriptor de éstas instrucciones Previas en cualquier momento puede revocarlas libremente, pero lo cual se debe dejar constancia por escrito.²⁷⁴

De igual forma, podemos advertir del artículo 11 de la Ley en cuestión que el legislador estableció ciertos límites a la Autonomía de la Voluntad del suscriptor del documento de éste tipo, pues se aclara, que no se aplicarán las instrucciones previas:

- a. Contrarias al ordenamiento jurídico.²⁷⁵
- b. A la *lex artis*.²⁷⁶

²⁷³ Cfr. *Ídem*, artículo 11.1

²⁷⁴ Cfr. *Ídem*

²⁷⁵ Cfr. *Ídem*, artículo 11.3.

²⁷⁶ Cfr. *Ídem*. Por otra parte para el autor García Villegas el latinismo *Lex artis* es una "forma jurídica de hacer referencia a los criterios más o menos aceptados en cada profesión, que no aparecen en ningún código, y que cambian conforme avanza la medicina". Véase: García Villegas, Eduardo, *op. cit.*, nota 104, p.94

- c. Ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas.²⁷⁷

Finalmente, nos encontramos en el presente artículo, que con el objetivo de dotar de eficacia a las instrucciones previas de las personas formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en las respectivas legislaciones de las Comunidades Autónomas, se establecieron dos medidas:

1. Cada Servicio de salud tiene la obligación de regular el procedimiento adecuado para garantizar el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona.²⁷⁸
2. El Ministerio de Sanidad y Consumo creará el Registro Nacional de Instrucciones Previas que se registrará por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El fin es asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas.²⁷⁹

²⁷⁷ Cfr. Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 11.3, p.40129

²⁷⁸ Cfr. *Ídem*, artículo 11.2

²⁷⁹ Cfr. *Ídem*, artículo 11.5. En el Presente artículo se hace mención del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España, así como del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, por lo que consideramos oportuno realizar las siguientes precisiones: El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España, es el órgano permanente de cooperación, coordinación e intercomunicación de los servicios de salud de las comunidades autónomas entre sí y con la administración del Estado, que permite dar cohesión al sistema y garantizar los derechos ciudadanos en todo el territorio; está constituido por el Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que ostentará su presidencia, y por los Consejeros competentes en materia de sanidad de las comunidades autónomas. En la inteligencia que la vicepresidencia de este órgano la desempeñará uno de los Consejeros competentes en materia de sanidad de las comunidades autónomas, el cual es elegido por todos los Consejeros que lo integran. Así mismo, cuenta con una Secretaría, la cual es un órgano de soporte permanente del Consejo, cuyo titular es propuesto por el Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y ratificado por el mismo Consejo, sin embargo, asiste a las sesiones con voz, pero sin voto.

Por otra parte El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, es el encargado actualmente de desarrollar la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria y de consumo, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud. El ministerio tiene su sede central en el Paseo del Prado de Madrid, frente al Museo del Prado. Para mayor Información al respecto recomendamos consultar La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de fecha 28 de mayo

Artículo 12.

El Artículo doce denominado Información en el Sistema Nacional de Salud²⁸⁰(SNS) consta de tres apartados:

1. En este primer apartado se reconocen como derechos de los pacientes y usuarios del Sistema Nacional de Salud además de los ya señalados en la presente Ley que se analiza, el derecho a recibir información respecto de los servicios y unidades asistenciales disponibles, así como la información concerniente a su calidad y requisitos de acceso a ellos.²⁸¹
2. En el segundo apartado tenemos que los centros y servicios de salud deberán disponer de una guía o carta en la que se especificaran los servicios, los derechos y las obligaciones de los usuarios, así como las prestaciones disponibles y las características asistenciales del centro o del servicio, además del personal con el que cuenta, instalaciones y medios técnicos.²⁸²
3. Ya para finalizar en el último apartado se indica que corresponderá a cada servicio de salud regular los procedimientos y los sistemas para garantizar el efectivo cumplimiento de las previsiones de este artículo.²⁸³

Artículo 13.

El artículo trece se denomina Derecho a la información para la elección de médico y de centro.

En el presente numeral encontramos al igual que en el anterior que el derecho a la información va un paso más allá al establecerse que los usuarios y pacientes del SNS, tienen derecho a la información previa que se necesite para elegir médico y

de 2003, en especial su capítulo X; así como el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se Regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal, y por último la Orden SCO/2823/207, de 14 de septiembre, por la que se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado Registro Nacional de Instrucciones Previas.

²⁸⁰ El Sistema Nacional de Salud de España lo forman todas las estructuras y servicios públicos puestos al servicio de la salud de los ciudadanos. Véase: Ley 14/1986, General de Sanidad, *op. cit.*, nota 145, artículo 44.1, p.15214.

²⁸¹ *Cfr.* Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 12.1, p. 40129

²⁸² *Cfr. Ídem*, artículo 12.2.

²⁸³ *Cfr. Ídem*, artículo 12.3

centro de salud, sin importar que sea para recibir atención primaria o especializada.²⁸⁴

2.3.6 Capítulo V. La Historia Clínica.

Artículo 14.

El artículo catorce se denomina definición y archivo de la historia clínica, mismo que consta de cuatro puntos:

1. En este primer punto se establece que la historia clínica está conformada por la documentación relativa a los procesos asistenciales de cada paciente, en la que se asentaran los médicos y todos aquellos profesionales que han participado. Lo anterior con el objeto de obtener la mayor información posible de cada paciente en el ámbito de cada centro.²⁸⁵
2. Ahora bien, este segundo punto trata sobre el archivo y conservación de las historias clínicas de los pacientes de cada centro, las cuales podrán constar en soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo siempre y cuando

²⁸⁴ Cfr. *Ídem*, artículo 13. La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece que la atención primaria es el nivel básico e inicial de atención al paciente, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. La asistencia sanitaria se presta a demanda ya sea, programada o urgente y tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo; mientras que la atención especializada pertenece a un nivel de asistencia superior a la atención primaria prestada a los pacientes, la cual es realizada por médicos especialistas y se presta a petición de los facultativos de atención primaria; en la inteligencia que se realiza en los hospitales en régimen de internamiento, en las consultas externas de centros de especialidades y en los hospitales de día; comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel. Preferentemente La atención especializada se prestará, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día. En España hay reconocidas en 2010, cincuenta especialidades médicas. Véase: Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de fecha 28 de mayo de 2003, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 128, el 29 de mayo de 2003, artículos 12 y 13, p. 20573, <http://goo.gl/2rrMx>, página consultada el 16 de agosto de 2016.

²⁸⁵ Cfr. Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 14.1, p.40129

quede garantizada su seguridad, correcta conservación y la recuperación de la información.²⁸⁶

3. Corresponde a las Administraciones Sanitarias establecer aquellos mecanismos para garantizar la autenticidad del contenido de la historia clínica, de los cambios operados en ella y la posibilidad de su reproducción futura.²⁸⁷
4. Finalmente, corre a cargo de las comunidades autónomas aprobar aquellas disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas, evitando así su destrucción o su pérdida accidental.²⁸⁸

Artículo 15.

El artículo quince se denomina contenido de la historia clínica de cada paciente, y se conforma de cuatro puntos:

1. En este primer punto se señala que La historia clínica debe contener aquella información trascendental, veraz y actualizada sobre el estado de salud del paciente, además de que es un derecho de todos los usuarios o pacientes, que exista constancia por escrito o a través del soporte técnico más adecuado sobre aquella información obtenida en los procesos asistenciales realizados tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.²⁸⁹
2. El fin principal de la historia clínica es facilitar la asistencia sanitaria, y dejar constancia de todos aquellos datos que, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud; luego entonces el legislador español fija el contenido mínimo de la historia clínica en dieciséis incisos:²⁹⁰

“a) La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.

²⁸⁶ Cfr. *Ídem*, artículo 14.2

²⁸⁷ Cfr. *Ídem*, artículo 14.3.

²⁸⁸ Cfr. *Ídem*, artículo 14.4.

²⁸⁹ Cfr. *Ídem*, artículo 15.1.

²⁹⁰ Cfr. *Ídem*, artículo 15.2.

- b) La autorización de ingreso.
- c) El informe de urgencia.
- d) La anamnesis y la exploración física.
- e) La evolución.
- f) Las órdenes médicas.
- g) La hoja de interconsulta.
- h) Los informes de exploraciones complementarias.
- i) El consentimiento informado.
- j) El informe de anestesia.
- k) El informe de quirófano o de registro del parto.
- l) El informe de anatomía patológica.
- m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- n) La aplicación terapéutica de enfermería.
- ñ) El gráfico de constantes.
- o) El informe clínico de alta”²⁹¹

También se indica que los párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.²⁹²

3. Por lo que respecta a la cumplimentación de la historia clínica, ésta debe correr a cargo de los profesionales que intervengan en la asistencia directa del paciente.²⁹³
4. Finalmente, tenemos que la historia clínica debe integrarse bajo los criterios de unidad y de integración de cada institución asistencial, con la intención de

²⁹¹ *Ibidem*, artículo 15.2, incisos a), b), c), d), e), f), g), h), i), j), k), l), m), n), ñ) y o), p. 40130. Para una mejor comprensión del término médico anamnesis inserta en el inciso d) nos permitimos citar la siguiente definición: “(del gr. *anamnesis*, recuerdo)... Reminiscencia, acto de volver a la memoria las ideas de los objetos olvidados.// parte del examen clínico que reúne todos los datos personales y familiares del enfermo anteriores a la enfermedad; opuesto a *catamnesis*. // arte de recordar o adquirir memoria”. Véase: Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 11ª ed., Ed. Salvat Editores S.A., México, 1978, p.48

²⁹² Cfr. Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 15.2, p. 40130.

²⁹³ Cfr. *Ídem*, artículo 15.3.

facilitar a los facultativos el conocimiento veraz y oportuno del proceso asistencial de paciente.²⁹⁴

Artículo 16.

El artículo dieciséis se titula usos de la historia clínica, y se subdivide en siete apartados:

1. Por principio de cuentas tenemos que la finalidad de la historia clínica es garantizar una asistencia adecuada del paciente, ya que la misma funciona como un instrumento de los profesionistas de la salud para brindar una debida asistencia.²⁹⁵
2. Los profesionales que asisten a un paciente deberán poder tener acceso en todo momento a la historia clínica de éste, por lo que corre a cargo de cada centro establecer los métodos que permiten dicho fin.²⁹⁶
3. En este tercer punto nos percatamos que existe un notable interés por parte del legislador español en proteger la información del usuario de los servicios de salud, tan es así que indica que el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, además de aquellas normas de aplicación en cada caso. Pero lo más importante de éste punto, es que el acceso a la historia clínica con estos fines, obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, a fin de que quede asegurado el anonimato, no obstante el propio paciente puede dar su consentimiento para no separarlos. Sin embargo, en aquellos casos en que exista una investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos

²⁹⁴ Cfr. *Ídem*, artículo 15.4.

²⁹⁵ Cfr. *Ídem*, artículo 16.1.

²⁹⁶ Cfr. *Ídem*, artículo 16.2.

identificativos con los clínico-asistenciales, se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente.²⁹⁷

4. Por lo que toca a este apartado, tenemos que sólo pueden acceder a los datos de la historia clínica relacionados con las propias funciones del personal de administración y gestión de los centro sanitarios.²⁹⁸
5. El personal sanitario que se encuentre acreditado como tal, y que además ejerza aquellas funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, podrán tener acceso a las historias clínicas de los pacientes siempre y cuando sea para el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, respeto de los derechos del paciente, así como cualquier otra obligación del centro y/o Administración Sanitaria con los pacientes y usuarios.²⁹⁹
6. El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.³⁰⁰
7. Las Comunidades Autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.³⁰¹

Artículo 17.

²⁹⁷ Cfr. *Ídem*, artículo 16.3. Por lo que respecta a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal tiene como objeto "...garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar". Véase: Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, de fecha 13 de diciembre de 1999, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 298, el día 14 de diciembre de 1999, artículo 1, p. 43088, <http://goo.gl/CaqGv>, página consultada el 20 de junio de 2012.

²⁹⁸ Cfr. Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 16.4, p.40130

²⁹⁹ Cfr. *Ídem*, artículo 16.5.

³⁰⁰ Cfr. *Ídem*, artículo 16.6. El presente punto guarda estrecha relación con lo señalado en el artículo 7.1 de la Ley que analizamos, el cual a la letra reza: "Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley". Véase: *Ibidem*, artículo 7.1, p. 40128

³⁰¹ Cfr. *Ibidem*, artículo 16.7, p. 40130. Por lo que hace a éste punto, el mismo concuerda con lo establecido en el artículo 7.2 de la Ley que analizamos, el cual a la letra reza: "Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes". Véase: *Ibidem*, artículo 7.2, p. 40128

El artículo diecisiete se titula la conservación de la documentación Clínica, del cual podemos destacar por su importancia los siguientes aspectos:

La obligación de conservar la documentación clínica corresponde a los centros sanitarios quienes deberán de velar por su correcto mantenimiento y seguridad, con la posibilidad de que varíe el soporte original que la contenga, debiendo conservarla por el tiempo mínimo de cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial. Sin embargo También deberá conservarse la documentación clínica para efectos judiciales, y cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.³⁰²

La unidad de admisión y documentación clínica de los centros, será la encargada de gestionar e integrar las historias clínicas de los pacientes, y la custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario. En la inteligencia que aquellos profesionistas que brindan su servicio de forma privada o individual son responsables de la gestión y custodia de la documentación asistencial que generen.³⁰³

Finalmente, se indica que le es aplicable a la historia clínica lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, así como las

³⁰² Cfr. *Ibidem*, artículos 17.1 y 17.2, p. 40130. A nivel autonómico, las comunidades de Cataluña y de Navarra, establecen el periodo en veinte años, la primera a través de la Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, específicamente en su artículo 12.1 y la segunda en la Ley Foral 11/2002 sobre los Derechos del Paciente a las Voluntades Anticipadas, a la Información y a la Documentación Clínica, específicamente en su artículo 13.2, mientras que las Comunidades Extremeña y Valenciana no establecen plazo de conservación.

³⁰³ Cfr. *Ídem*, artículos 17.3, 17.4. y 17.5. Consideramos importante que se contemple la integración de la historia clínica de los pacientes tanto en el sector público como en el privado, así mismo, consideramos que cada ciudadano debería contar con un historial clínico completo y actualizado, que se conforme desde los primeros años de nuestra vida, en la inteligencia que las nuevas tecnologías permiten que el archivo e integración del mismo puede llevarse a cabo en soporte electrónico lo que reduce los gastos que se generan si el mismo constara en soporte papel, luego entonces los médicos tendrían valiosa información que les permitiría tratar con eficacia las enfermedades de sus pacientes.

medidas técnicas de seguridad establecidas para la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal.³⁰⁴

Artículo 18.

El artículo dieciocho se llama derechos de acceso a la historia clínica, en el que se aborda en cuatro puntos su contenido:

1. Se establece como derecho del paciente el derecho de acceso a la historia clínica con las reservas señaladas en el apartado tres de este artículo, así como el derecho a obtener copia de los datos que figuren en ella.³⁰⁵
2. El derecho señalado en el punto anterior también puede ser hecho valer en representación debidamente acreditada.³⁰⁶
3. Por lo que hace a este tercer punto a continuación lo transcribimos textualmente para evitar una indebida interpretación de nuestra parte:
Artículo 18.3. “El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas”.³⁰⁷
4. El punto cuatro guarda estrecha relación con el punto anteriormente transcrito y permite una mejor comprensión del mismo, en el se dispone, que tanto los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual, sólo facilitarán el acceso a la historia clínica del fallecido, a las personas vinculadas al mismo, a

³⁰⁴ Cfr. *Ídem*, artículo 17.6. Un Fichero es: “Todo conjunto organizado de datos de carácter personal, cualquiera que fuere la forma o modalidad de su creación, almacenamiento, organización y acceso”. Véase: Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, de fecha 13 de diciembre de 1999, *op. cit.*, nota 297, artículo 3, pp. 43088 y 43089.

³⁰⁵ Cfr. Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 18.1, p.40130

³⁰⁶ Cfr. *Ídem*, artículo 18.2.

³⁰⁷ Cfr. *Ídem*, artículo 18.3. Consideramos un poco confusa la redacción del presente apartado, máxime si tenemos en cuenta que deberá establecerse con precisión aquella información que viola el derecho de confidencialidad de terceros, incluidos los profesionales médicos, y aquella propia del paciente, a la que tiene derecho a acceder, dejando a cargo de cada una de las comunidades autónomas regular estos supuestos.

no ser que lo hubiera prohibido de forma expresa, además, siempre el acceso a la historia clínica por un tercero deberá ser motivado por un riesgo para la propia salud y deberá limitarse a los datos pertinentes, debiéndose en todo momento evitar facilitar aquella información que afecte la intimidad del fallecido, así como aquellas anotaciones subjetivas de los profesionales o que afecte a terceros.³⁰⁸

Artículo 19.

El artículo diecinueve lleva por nombre derechos relacionados con la custodia de la historia clínica.

A través de dicho numeral, se establece a nuestro parecer más que un derecho de los pacientes, una obligación a cargo de los centros sanitarios para que a través de ellos se establezcan los mecanismos que permitan la custodia de las historias clínicas, así como el acopio, integración, recuperación y la comunicación de aquella información sometida al principio de confidencialidad de acuerdo a lo establecido por el artículo 16 de la Ley que analizamos.³⁰⁹

2.3.7. Capítulo VI. Informe de alta y otra documentación clínica.

Artículo 20

El artículo veinte se denomina Informe de alta. En él se establece que una vez que concluya el proceso asistencial, los familiares o personas vinculadas al paciente tendrán derecho a recibir del centro o servicio sanitario el informe de alta

³⁰⁸ Cfr. *Ibidem*, artículo 18.4. pp. 40130 y 40131. Lo anterior significa que deberá tenerse mucho cuidado de que se brinde aquella información que pueda afectar la dignidad del fallecido o a terceros, incluidos a los profesionales que hayan intervenido, lo que puede traducirse en procedimientos judiciales por la violación de estos derechos, incluido el derecho a la intimidad.

³⁰⁹ Cfr. *Ibidem*, artículo 19, p.40131.

que contenga por lo menos aquellos aspectos señalados en el artículo 3 de la presente Ley.³¹⁰

Artículo 21.

El artículo 21 se titula, el alta del paciente, y consta de dos puntos:

1. En este primer punto nos encontramos con que el legislador previo que para el caso de aquellos pacientes o usuarios de los servicios de salud, a los cuales se les haya prescrito un tratamiento y no deseen llevarlo a cabo, se les propondrá la firma del alta voluntaria, y para el caso de no firmarla la dirección del centro sanitario a propuesta del médico responsable podrá disponer al alta forzosa con apego a la Ley. Posteriormente, se hace la aclaración que dicha disposición no es aplicable, cuando el paciente opte por un tratamiento alternativo, aunque solo tenga el carácter de paliativo, siempre que el paciente reciba dicho tratamiento a través del centro sanitario, debiendo quedar debidamente documentadas tales circunstancias.³¹¹
2. En el segundo punto en concordancia con el apartado anterior contempla que para el caso de que el paciente insista de forma injustificada a firmar el alta voluntaria, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente deberá, oír al paciente y, si persiste en su negativa, pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.³¹²

Por lo que hace a los Artículos 22 y 23 no poseen mayor relevancia para nuestro estudio, el primero se denomina Emisión de certificados médicos. En el se

³¹⁰ Cfr. *Ídem*, artículo 20. El artículo 3 de la Ley que analizamos contiene las definiciones legales que el legislador español considero importante establecer para efectos de comprender con mayor claridad el contenido de la presente Ley. Véase: *Ibidem*, artículo 3, p. 40127.

³¹¹ Cfr. *Ibidem*, artículo 21.1, p.40131. A través de los establecido en este articulo podemos advertir que la intención del legislador por una parte es la de proteger a los centros de salud de cualquier responsabilidad derivada de las decisiones particulares del paciente o usuario de los servicios de salud, no obstante por otra parte también pretende garantizar el derecho de libertad, dignidad y autonomía de la voluntad del enfermo para que sea él quien decida sobre su propia salud, principios que de igual forma podemos encontrar en la Voluntad Anticipada.

³¹² Cfr. *Ídem*, artículo 21.2.

establece, que los pacientes o usuarios tienen derecho a que se les expidan los certificados médicos de su estado de salud cuando lo soliciten.³¹³

El Artículo 23 se denomina, obligaciones profesionales de información técnica, estadística y administrativa. A través de esta disposición legal se establece como obligación de los profesionales sanitarios cumplimentar los protocolos, registros informes, estadísticas y toda documentación asistencial y administrativa vinculada a los procesos clínicos en los que intervinieron, y que requieren los centros de salud competentes y las autoridades sanitarias, incluidos los relacionado con la investigación médica y la información epidemiológica.³¹⁴

2.3.8. Disposiciones Adicionales.

Para concluir con el análisis y comentarios que hemos dejado apuntados en el presente apartado respecto de la Ley Básica 41/2002, es menester no pasar por alto seis disposiciones finales que la misma Ley prevé, además de una disposición derogatoria única y también una disposición final única.

En éste tenor, y de forma breve pasamos a comentar las mismas:

El carácter de legislación básica se encuentra contemplado en la primera disposición adicional; fundándose para tal efecto en el artículo 149.1.1 y 16 de la Constitución Española. Por otra parte se contempla que tanto el estado como las Comunidades Autónomas deben adoptar de acuerdo a la competencia que les corresponde, aquellas medidas indispensables que permitan la efectividad de la presente Ley.³¹⁵

En la disposición adicional segunda tenemos que todas aquellas normas relativas a la información asistencial, la información para el ejercicio de la libertad de

³¹³ Cfr. *Ídem*, artículo 22.

³¹⁴ Cfr. *Ídem*, artículo 23.

³¹⁵ Cfr. *Ídem*, Disposición Adicional Primera. Por lo que respecta al carácter de ley Básica de la legislación que analizamos basta señalar que este aspecto ha sido abordado en el apartado en el se aborda la Constitución Española de 1978 y en la Exposición de Motivos de la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

elección de médico y de centro, el consentimiento informado del paciente y la documentación clínica que contemple la presente Ley serán aplicadas supletoriamente en los proyectos de investigación médica, en los procesos de extracción y trasplante de órganos, en los de aplicación de técnicas de reproducción humana asistida y en los que carezcan de regulación especial.³¹⁶

En la Disposición adicional tercera se contempla una coordinación por parte del Ministerio de Salud y las comunidades autónomas que permita el uso de las historias clínicas por parte de los centros asistenciales de España; lo anterior con el objeto de evitar que los pacientes atendidos en diversos centros se sometan a procedimientos y exploraciones de innecesaria repetición.³¹⁷

En la Disposición adicional cuarta tenemos que, tanto el Estado como las comunidades autónomas de acuerdo a la competencia que les corresponda están obligadas a dictar aquellas disposiciones que garanticen a los usuarios y pacientes con necesidades especiales (discapacidades) el derecho de autonomía, información y documentación clínica que contempla la presente Ley.³¹⁸

En la Disposición adicional quinta se contempla que toda aquella información, documentación y la publicidad relativas a los medicamentos, productos sanitarios, así como el régimen de las recetas y de las órdenes de prescripción correspondientes, son reguladas por la normatividad específica que les corresponda, sin embargo, también podrán aplicarse las reglas establecidas en la presente Ley que se refieran a la prescripción y uso de medicamentos o productos sanitarios durante los procesos asistenciales.³¹⁹

Finalmente se indica en la disposición adicional sexta, que se aplicaran las sanciones contempladas en el Capítulo VI del Título I de la Ley 14/1986, General de

³¹⁶ Cfr. *Ídem*, Disposición Adicional Segunda.

³¹⁷ Cfr. *Ídem*, Disposición Adicional Tercera. Consideramos que el objetivo que se plantea no es el correcto, pues no debe de verse como fin evitar la repetición de algunos procedimientos y exploraciones, sino el beneficio que puede representar para el paciente y para el personal de salud contar con aquella información contenida en la historia clínica que permite brindar una mejor asistencia médica.

³¹⁸ Cfr. *Ídem*, Disposición Adicional Cuarta.

³¹⁹ Cfr. *Ídem*, Disposición Adicional Quinta.

Sanidad, además de la responsabilidad Civil o Penal y la responsabilidad profesional cuando se infrinja lo dispuesto en la Ley Básica 41/2002.³²⁰

En la Disposición derogatoria única la podemos resumir en una idea simple. Se derogan todas aquellas disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo previsto en la presente Ley, precisándose que se deroga lo dispuesto en el artículo 10 apartados 5, 6, 8, 9 y 11, lo establecido en el artículo 11 apartado 4, y el artículo 61, todos de la Ley 14/1986 General de Sanidad.³²¹

En la disposición final única se trata lo relativo a la entrada en vigor de la Multicitada Ley que analizamos, en el entendido que la misma entro en vigor en el plazo de seis meses a partir del día siguiente de su publicación en el Boletín oficial del Estado.³²²

2.4. Ley 21/2000 de la Comunidad Autónoma de Cataluña.

Hemos decidido analizar en el presente apartado a la ley 21/2000³²³ de la Comunidad Autónoma de Cataluña, sobre los derechos de información concernientes a la salud, la autonomía del paciente, y la documentación clínica, por haber sido esta la primera legislación interna Española en regular la voluntad anticipada y tutelar los derechos fundamentales de los enfermos, logrando con ello un importante avance en el tema. Es importante señalar que esta ley es anterior incluso a la misma Ley Básica 41/2002, además de que muchas de las disposiciones que contiene la Ley 21/2000, también las encontramos con una redacción muy similar en la Ley Básica 41/2002, por lo que deducimos que al ser la legislación de la

³²⁰ Cfr. *Ídem*, Disposición Adicional Sexta. De acuerdo a la Ley y Capítulo mencionado de la Ley 14/1986 General de Sanidad, las infracciones se califican como leves, graves y muy graves, atendiendo a los criterios de riesgo para la salud, cuantía del eventual beneficio obtenido, grado de intencionalidad, gravedad de la alteración sanitaria y social producida, generalización de la infracción y reincidencia. Véase: Ley 14/86 General de Sanidad, *op. cit.*, nota 145, artículo 34, p.15212.

³²¹ Cfr. Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, Disposición derogatoria única, p. 40132

³²² Cfr. *Ídem*, Disposición final única

³²³ No pasamos por desapercibido que el artículo 12 de la presente Ley denominado Conservación de la Historia Clínica fue reformado. Véase: Ley 16/2010, de 3 de junio, de Modificación de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y la Documentación Clínica, Publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 156, el 28 de junio de 2010, pp. 56462-56467, <http://goo.gl/if0k2>, página consultada el 25 de junio de 2014.

Comunidad Autónoma de Cataluña, anterior a la Ley Básica, esta última pudo haberse inspirado en la ley de la Comunidad de Cataluña.

A mayor abundamiento en España se comienza a legislar internamente sobre la voluntad anticipada a partir de la ley 21/2000 de la comunidad autónoma de Cataluña; posteriormente otras comunidades autónomas seguirán el ejemplo de Cataluña y harán lo propio en sus respectivos territorios, hasta la creación y consolidación de un marco legal que cada vez se ha venido fortaleciendo y unificando a pesar de la soberanía de cada comunidad autónoma para crear sus propias leyes sobre la materia.*

Algo parecido ha venido sucediendo en nuestro País, ya que en el año 2008 a través de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal se comienza a legislar sobre Voluntad Anticipada en México, y posteriormente se reproducirá este fenómeno en otros Estados de la República Mexicana, los cuales en buena medida han tomado como modelo al Distrito Federal y a su ley de voluntad anticipada para hacer lo propio en sus territorios, sin embargo consideramos que aun no se ha logrado la conformación de un marco legal que unifique criterios y dote de fuerza y aplicabilidad la figura jurídica que hoy analizamos. Dicho lo anterior queda por demás justificado el análisis que pretendemos realizar a tan importante ley 21/2000 de la Comunidad de Cataluña:³²⁴

2.4.1. Preámbulo.

En el preámbulo de la Ley 21/2000 de Cataluña, se menciona la importancia que se le ha atribuido a los derechos de los pacientes en las relaciones clínico asistenciales, al grado que Organizaciones Internacionales como LA UNESCO, LA OMS, LA UNION EUROPEA y EL CONSEJO DE EUROPA entre otras, han mostrado interés, y en este sentido sobresale el Convenio del Consejo de Europa

*En todo el territorio Español podemos encontrar alguna disposición que regule el tema de la voluntad anticipada y el consentimiento informado como algunos de los derechos que tienen los enfermos, aspecto que aun no acontece en el caso de México, dado que algunos Estados no cuentan con legislación sobre el tema; en este sentido en España uno de los principales problemas que se ha tratado de resolver con la Ley Básica 41/2002 es la diversidad de criterios.

³²⁴ Para el análisis que realizaremos en este apartado utilizaremos: La Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.* nota 115, pp. 464-467

para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano, respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina) suscrito el día 4 de abril de 1997, mismo que entró en vigor en España el 1 de enero de 2000, convirtiéndose en primer Instrumento Internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben, estableciendo un marco jurídico común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología. Aunado al convenio de Oviedo de 1997 contribuyen al reconocimiento de los derechos de los pacientes en España el artículo 43 de la Constitución Española y la Ley 14/1986 General de Sanidad.³²⁵

Por otra parte, en el preámbulo de la Ley que se analiza se destaca la influencia de la Ley 15/1990, de Ordenación Sanitaria de Cataluña, la cual a pesar de enfocarse más a un aspecto organizativo del sistema sanitario de dicha comunidad, dedica diversas previsiones sobre la voluntad de los pacientes, la humanización de los servicios sanitarios, el respeto a la dignidad de la persona, la libertad individual, y garantiza la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que deberán prestarse sin ningún tipo de discriminación, en el entendido que la Ley 21/2000 de Cataluña pretende completar extensamente las previsiones que la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña enunció como principios generales, además de que se fija como objetivo básico profundizar en la concreción práctica de los derechos a la información, al consentimiento informado y al acceso a la documentación clínica de los ciudadanos de Cataluña en el ámbito sanitario, sin perjuicio de un ulterior desarrollo por reglamento, recogiendo la filosofía del reconocimiento amplio del principio de la autonomía del paciente y materializando, por medio de una explicitación de rango legal, las declaraciones producidas al más alto nivel en este sentido.³²⁶

³²⁵ Cfr. *Ibidem*, Preámbulo, pp.464 y 465

³²⁶ Cfr. *Ídem*. Para mayor información respecto Véase: Ley 15/1990, de Ordenación Sanitaria en Cataluña, de fecha 9 de julio de 1990, publicada en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, número 1324, el 30 de julio de 1990, pp.1-37, goo.gl/UCTGoK, página consultada el día 17 de junio de 2016.

2.4.2. Capítulo 1. Las disposiciones directivas.

Artículo 1

El artículo uno se denomina objeto, por lo que a través de dos incisos se establecen los objetivos de la Ley en cuestión; siendo el primero de ellos, determinar cómo derecho de los pacientes recibir información sobre la propia salud y a la autonomía de decisión; y el segundo regular la historia clínica en la que se asientan los servicios sanitarios de los pacientes.³²⁷

2.4.3. Capítulo 2. El derecho a la información.

Artículo 2

El artículo dos se titula Formulación y alcance del derecho a la información asistencial y consta de tres puntos o apartados:

1. En éste primer punto se destaca el derecho a la información que tienen los pacientes sobre su propia salud, tratándose de cualquier intervención asistencial, sin embargo también tienen el derecho de que se respete su decisión de no ser informados si así lo desean.³²⁸
2. Como segundo punto encontramos que el derecho a la información debe observarse en todas las actuaciones asistenciales, en el entendido que la información que reciba el paciente debe proporcionarse de forma comprensible atendiendo a las necesidades y requerimientos de éste, en la

³²⁷ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 1, p.465.

³²⁸ Cfr. *Ídem*, artículo 2.1. Antes de que comenzáramos con el análisis sobre la Ley 21/2000 de la Comunidad de Cataluña, mencionamos que existía en la redacción de esta legislación mucha similitud con la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación clínica. En este sentido, el artículo 2.1 es una muestra clara de lo anterior, pues encontramos un texto muy similar en el artículo 4.1 de la Ley 41/2002, el cual señala: Artículo 4.1. "Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias". Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 4.1, p.40127.

inteligencia que tal información debe ser verdadera con el fin de que dicha información pueda facilitarle al paciente tomar decisiones autónomas.³²⁹

3. Por lo que hace al tercer punto del artículo que nos ocupa, se destaca el papel que juega el médico responsable y los profesionales asistenciales que atienden o aplican una técnica o un procedimiento al paciente, pues todos ellos deberán garantizarle el derecho de información.³³⁰

Artículo 3.

El artículo tres lleva por nombre; él titular del derecho a la información asistencial, el cual consta de tres apartados:

1. Se establece como titular del derecho a recibir información asistencial sobre la propia salud al paciente, sin embargo también se informará a las personas vinculadas a él en la medida que éste lo permita expresa o tácitamente.³³¹
2. Cuando el paciente no sea capaz de ser debidamente informado, recibirá aun así la información asistencial atendiendo a su grado de comprensión, además, se deberá informar de igual manera al representante del paciente si lo tiene.³³²

³²⁹ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 2.2, p.465. La Ley 41/2002 también se pronuncia al respecto: Artículo 4.2. “La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”. Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 4.2, pp.40127 y 40128.

³³⁰ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 2.3, p.465. La Ley 41/2002 contiene un texto parecido: Artículo 4.3. “El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle”. Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 4.3, p. 40128.

³³¹ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 3.1, p.465. A continuación nos permitimos citar el artículo 5.1 de la Ley básica 41/2002 para podernos percatar que se regula de la misma forma la titularidad de los derechos de la información: Artículo 5.1. “El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita”. Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 5.1, p. 40128

³³² Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 3.2, p.465. De igual forma el artículo 5.2 de la Ley 41/2002 contempla el

3. En este tercer punto el legislador catalán prevé un supuesto, que hace consistir en el hecho de que, cuando a criterio del médico responsable, él paciente no sea competente para entender la información que se le proporcione, y dicha incompetencia consista en un estado físico o psíquico que le imposibilite al titular de éste derecho hacerse cargo de su situación, ante tal supuesto deberá informarse también a los familiares o personas vinculadas al paciente.³³³

Artículo 4.

Tal disposición legal se denomina: Formulación del derecho a la información epidemiológica. En ella se indica el derecho que poseen todos los ciudadanos catalanes de tener conocimiento sobre los problemas de salud de la colectividad y que se traduzcan en un riesgo para la propia salud, luego entonces dicha información deberá difundirse de forma comprensible, adecuada y verídica para la protección de la salud.³³⁴

2.4.4. Capítulo 3. Derecho a la intimidad.

Artículo 5

mismo supuesto: Artículo 5.2. “El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal”. Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 5.2, p.40128.

³³³ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 3.3, p.465. Compárese con el artículo 5.3 de la Ley 41/2002: Artículo 5.3. “Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”. Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 5.3, p.40128.

³³⁴ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 4, p.465. Compárese el presente precepto legal con el artículo 6 de la Ley 41/2002 que a la letra señala: Artículo 6. “Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley”. Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 6, p.40128.

El artículo cinco lleva por nombre formulación y alcance del derecho a la intimidad, mismo que se conforma de dos apartados o puntos:

1. En éste primer punto podemos destacar que además del derecho a la información, también se encuentra el derecho a la confidencialidad o intimidad de los datos de la salud de la persona, y en este orden de ideas nadie puede acceder a dicha información si no está autorizado para ello o bajo el amparo de la Ley.³³⁵
2. Posteriormente tenemos que corre a cargo de los centros sanitarios garantizar el derecho a la confidencialidad descrito en el punto anterior, para lo cual se deben crear las normas y procedimientos protocolizados que permitan la legitimación del acceso a los datos de los pacientes.³³⁶

2.4.5. Capítulo 4. Respeto al derecho a la autonomía del paciente.

Artículo 6

El artículo seis se titula *El consentimiento Informado*, y se compone de cuatro puntos:

1. En el primer punto encontramos dos aspectos fundamentales, el primero es el relativo al derecho a la información, y el segundo es el concerniente al consentimiento específico y libre, es decir que ante cualquier intervención en el ámbito de la salud es requisito indispensable que el paciente haya recibido

³³⁵ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 5.1, p. 465. La Ley 41/2002 contiene un texto parecido: Artículo 7.1. "Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley". Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 7.1, p. 40128.

³³⁶ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 5.2, p. 465. De igual forma en la Ley 41/2002 encontramos una disposición similar: Artículo 7.2. "Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes". Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 7.2, p. 40128.

la debida información en términos del artículo 2 de la Ley en cuestión, para que a su vez pueda otorgar su consentimiento sobre la medida asistencial.³³⁷

2. Ahora bien el consentimiento que otorgue el paciente debe constar por escrito en aquellos casos en que el paciente vaya a ser sometido a intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos y, cuando se trate de procedimientos que supongan riesgos e inconvenientes notorios y previsibles que pueden repercutir en la salud del paciente.³³⁸
3. Por otra parte se contempla que el documento de consentimiento debe ser específico de acuerdo a cada supuesto, no obstante se puede hacer acompañar de anexos y de todos aquellos medios informativos de carácter general, pero principalmente el documento de consentimiento debe contener como aspecto fundamental el procedimiento de que se trate y los riesgos inherentes al mismo.³³⁹
4. Finalmente resulta lógico que así como el paciente puede otorgar su consentimiento libremente, también se prevé que lo puede revocar.³⁴⁰

³³⁷ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 6.1, p.465. Texto similar es el que encontramos en el artículo 8.1 de la Ley 41/2002 que transcribimos textualmente: Artículo 8.1. "Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso". Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 8.1, p.40128

³³⁸ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 6.2, p. 465. Concuerda con dicho precepto legal el artículo 8.2 de la Ley 41/2002 que a la letra reza: Artículo 8.2. "El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente". Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 8.2, p. 40128.

³³⁹ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 6.3, p. 465. En el mismo sentido se pronuncia el artículo 8.3 de la Ley Básica 41/2002, que citamos a continuación: Artículo 8.3. "El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de éste artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos". Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 8.3, p.40128.

³⁴⁰ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 6.4, p.465. Como concordancia de dicho precepto legal nos permitimos citar el artículo 8.5 de la Ley Básica 41/2002, el cual a la letra señala: Artículo 8.5. "El paciente puede revocar libremente por escrito

Artículo 7

El artículo siete bajo la denominación *Excepciones a la exigencia del consentimiento y otorgamiento del consentimiento por sustitución*, contempla a través de cuatro puntos e incisos, los supuestos en los cuales no necesariamente se observará lo establecido en el precepto legal anterior:

1. En el primer punto se señala como excepción a la exigencia del consentimiento:
 - a) Cuando está en juego la salud pública; y la situación de riesgo sanitario lo amerita en concordancia con la legislación que sea aplicable.³⁴¹
 - b) Tratándose de los derechos del paciente, tenemos que cuando exista una situación de riesgo inmediato y grave que pueda afectar la integridad física o psíquica del enfermo además de que no se pueda conseguir su autorización o la de sus familiares o personas vinculadas a él se podrá dejar de observar lo establecido en el numeral anterior, y se podrán aplicar todas las intervenciones necesarias desde la óptica clínica que favorezcan la salud del enfermo.³⁴²

su consentimiento en cualquier momento". Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 8.5, p.40128.

³⁴¹ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 7.1.a). pp. 465 y 466. Puede compararse lo anterior con lo señalado en la Ley 41/2002, Básica para apreciar su similitud: Artículo 9.2. "Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos: a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas". Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 9.2, p.40128.

³⁴² Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 7.1.b). p.466. La Ley Básica 41/2002 trata el mismo supuesto en los siguientes términos: Artículo 9.2.b) "Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él". Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 9.2.b), p. 40128.

2. En el segundo punto se señala que el otorgamiento del consentimiento puede otorgarse por sustitución en los siguientes supuestos:
- a) El primer supuesto contempla al enfermo incapaz psíquica o físicamente a criterio del médico responsable para tomar sus propias decisiones sobre su estado de salud, por lo que ante tal situación el consentimiento debe ser otorgado por los familiares del enfermo o por las personas a él vinculadas.³⁴³
 - b) El segundo supuesto nos remite al artículo 219 de la Ley 9/1998, de 15 de julio, del Código de familia que se refiere a la tutela de personas incapacitadas.³⁴⁴
 - c) El tercer supuesto prevé aquellos casos de personas internadas por trastornos psíquicos, en quienes concurren las circunstancias del artículo 255 de la Ley 9/1998, de 15 de julio, del Código de familia.³⁴⁵

³⁴³ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 7.2. a), p.466. De igual forma encontramos en la Ley Básica 41/2002 una regulación similar: Artículo 9.3.a). “Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”. Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 9.3.a), p. 40128.

³⁴⁴ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 7.2.b), p. 466. El precepto legal invocado a la letra reza: **Artículo 219.** “Autorización previa. 1. La persona titular de la tutela necesita autorización judicial para: a) Internar a la persona incapacitada en un establecimiento adecuado. b) Aplicar a la persona incapacitada tratamientos médicos que fundamentalmente puedan poner en grave peligro su vida o su integridad física o psíquica. 2. Las medidas indicadas en el apartado 1 pueden ser tomadas sin autorización previa si el hecho de su obtención puede suponer un retraso que implique un grave riesgo para la persona tutelada, para otras personas o para los bienes. En este caso, debe comunicarse al Juzgado que corresponda y al consejo de tutela, si lo hay, la decisión adoptada, en el plazo de veinticuatro horas, como máximo”. Véase: Ley 9/1998, del Código de Familia, de fecha 15 de julio de 1998, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 198, el 19 de agosto de 1998, artículo 219, p. 28338, goo.gl/w24qXy, página consultada el 28 de agosto de 2016.

³⁴⁵ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 7.2.c), p. 466. El precepto legal invocado a la letra reza: **Artículo 255.** “Autorización judicial y comunicación del internamiento. 1. El internamiento de una persona por razón de trastorno psíquico, cualquiera que sea su edad, en una institución adecuada y cerrada requiere autorización judicial previa si su situación no le permite decidir por sí misma. No se requiere esta autorización si razones de urgencia médica hacen necesaria la adopción de esta medida, pero en tal caso el director o directora del centro donde se efectúe el internamiento debe dar cuenta del hecho al Juez o Jueza del partido judicial al que pertenece el centro, en el plazo máximo de veinticuatro horas. La misma obligación se produce cuando la persona voluntariamente internada se halla en una situación que no puede decidir libremente por sí misma la continuación del internamiento. 2. Una vez se ha efectuado la solicitud de internamiento o se ha comunicado el

d) Finalmente tenemos aquellos casos en los que se trata de menores y estos no son competentes ni emocional ni intelectualmente para poder comprender la justa dimensión de la intervención a la que pueden ser sometidos, por lo que ante tal situación el consentimiento puede otorgarlo su representante después de haber escuchado la opinión del menor si es que éste resulta ser mayor a los doce años de edad. En este tenor para todos los demás casos, principalmente tratándose de menores emancipados y adolescentes que posean una edad mayor a los dieciséis años de edad, el menor puede dar su consentimiento de forma personal.³⁴⁶

En concordancia con lo anterior la presente Ley indica que tratándose de aquellos supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, ensayos clínicos y de técnicas de reproducción humana asistida se observara con carácter general lo establecido en la legislación civil sobre mayoría de edad, así como lo correspondiente a la normatividad específica que corresponda.³⁴⁷

internamiento, el Juez o Jueza, después de realizar la exploración personal y oír el dictamen del facultativo o facultativa que designe y el informe del Ministerio Fiscal, debe acordar motivadamente la autorización o denegación del internamiento o su continuación. El Juez o Jueza, cada dos meses, debe revisar la situación de la persona internada. 3. En el caso de que se pretendan aplicar tratamientos médicos que puedan poner en peligro la vida o integridad física o psíquica de la persona afectada, es de aplicación lo establecido en el artículo 219 para estos tratamientos, y las funciones atribuidas por el artículo 219 al tutor o tutora, en este supuesto, son ejercidas por los familiares de la persona internada o, si no los hay, por el Juez o Jueza". Véase: Ley 9/1998, del Código de Familia, de fecha 15 de julio de 1998, *op. cit.*, nota 344, artículo 255, pp. 28341 y 28342.

³⁴⁶ *Cfr.* Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 7.2.d). p. 466. A continuación transcribimos el texto del artículo 9.3.c) de la Ley 41/2002 para verificar el gran parecido que guarda con el artículo que analizamos: Artículo 9.3. c). "Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente". Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 9.3. c), p.40128.

³⁴⁷ *Cfr.* Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 7.2.d). p. 466. A continuación transcribimos el artículo 9.4 de la Ley Básica 41/2002 para poder comparar la similitud de ambos preceptos legales: Artículo 9.4. "La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter

3. En el tercer punto se aclara, que en los supuestos definidos en los incisos a), b) y c) del apartado 2, se pueden llevar a cabo las intervenciones indispensables desde el punto de vista clínico a favor de la salud de la persona afectada.³⁴⁸
4. Por último en el último apartado del artículo siete tenemos que en aquellos casos en los que se haya sustituido la voluntad del afectado la decisión tomada en su nombre debe ser la más objetiva y proporcionalmente posible a su favor, sin que se óbice de lo anterior que en la medida que le sea posible pueda intervenir en la toma de las decisiones, además de que deberá respetarse su dignidad personal.³⁴⁹

Artículo 8

El artículo ocho se titula Las voluntades anticipadas y se integra de cuatro puntos o apartados, en el primero se da una definición del documento de voluntades anticipadas, en el segundo apartado se abordan los requisitos que debe contener para que sea válido, en el tercer punto tenemos algunos límites sobre el documento de Voluntad Anticipada y en el cuarto se contempla que dicho documento debe ser entregado al centro de salud donde se atiende a la persona así como su historia clínica.³⁵⁰

general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación". Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 9.4, p. 40129.

³⁴⁸ *Cfr.* Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 7.3, p. 466.

³⁴⁹ *Cfr. Ídem*, artículo 7.4. Con el objeto de poder comparar la similitud que existe entre la Ley Básica 41/2002, y la Ley 21/2000 de Cataluña nos permitimos transcribir el texto del artículo 9.5 de la Ley Básica 41/2002: Artículo 9.5. "La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario". Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 9.5, p. 40129.

³⁵⁰ *Cfr.* Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 8, p. 466.

1. La definición del documento de Voluntad Anticipada que nos da el legislador catalán es la siguiente: "...es el documento, dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y libremente, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad. En este documento, la persona puede también designar a un representante, que es el interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario, para que la sustituya en el caso de que no pueda expresar su voluntad por sí misma".³⁵¹
2. Con el objeto de que exista certeza de que el documento ha sido realizado de acuerdo al apartado 1 de éste artículo la Voluntad Anticipada debe formalizarse a través de los siguientes procedimientos:
 - a) Ante notario. Para lo cual no resulta imprescindible la presencia de testigos.³⁵²
 - b) Ante tres testigos los cuales deberán contar con la mayoría de edad y con plena capacidad de ejercicio; dos de esos testigos no deberán tener relación de parentesco hasta el segundo grado, así como tampoco deberán estar vinculados patrimonialmente con el otorgante.³⁵³
3. Como limite al documento que contiene la voluntad del paciente u otorgante se estableció que las voluntades que contengan instrucciones contrarias al orden jurídico o a la buena práctica médica, así como aquellas que no correspondan exactamente con el supuesto previsto por el otorgante al momento de emitirlas no serán tomadas en cuenta, debiéndose en estos

³⁵¹ Cfr. *Ídem*, artículo 8.1

³⁵² Cfr. *Ídem*, artículo 8.2.a)

³⁵³ Cfr. *Ídem*, artículo 8.2.b). La Ley 41/2002 Básica, para no entrar en controversia con las Leyes de las comunidades autónomas en su artículo 11.2 prevé que cada servicio de salud deberá regular el procedimiento adecuado a fin de garantizar el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, sin embargo, es contundente al indicar que deberán constar siempre por escrito. Véase: Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 11.2, p.40129.

casos hacer la anotación razonada pertinente en la historia clínica del paciente.³⁵⁴

4. Para la efectividad y cumplimiento de un documento de esta naturaleza en el último de los apartados del artículo ocho se precisa que la persona que ha otorgado dicho documento, o en su defecto los familiares o representante de éste deberán entregar el documento que las contiene al centro de salud donde reciba la asistencia sanitaria, para que a su vez sea incorporado o anexado a la historia clínica del paciente.³⁵⁵

2.4.6. Capítulo 5. Sobre la historia clínica.

Artículo 9

El precepto legal que nos ocupa lleva por nombre definición y tratamiento de la historia clínica, y al igual que el anterior se conforma de cuatro apartados:

1. En el primer punto se establece que la historia clínica deberá acumular todos aquellos documentos concernientes al proceso asistencial de cada uno de los enfermos, debiéndose indicar en la misma los médicos y todos aquellos profesionales de la salud que han brindado asistencia al paciente. Así mismo en el apartado que nos ocupa se indica que se debe intentar componer la

³⁵⁴ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 8.3, p.466. Por su parte la Ley Básica 41/2002 señala: Artículo 11.3. "No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la *lex artis*, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones". Véase: Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 11.3, p. 40129.

³⁵⁵ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 8.4, p. 466. La efectividad de éste derecho del paciente exige que el documento de instrucciones previas, independientemente del lugar en el que haya sido formalizado, pueda ser conocido precisa y oportunamente por los profesionales de la salud a los que en su momento corresponda la responsabilidad de la asistencia sanitaria que deba prestársele, por esta razón, en el mencionado artículo 11.5 de la Ley 41/2002, dispone que, para asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas comunidades autónomas, señala la creación del Registro Nacional de Instrucciones Previas, y dispone que se registrará por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

historia clínica con la mayor documentación clínica de cada paciente, además de que dicha integración de la historia clínica debe llevarse a cabo como mínimo en el ámbito de cada centro, en la inteligencia que en cada uno de ellos debe existir una historia clínica única para cada paciente.³⁵⁶

2. Corresponde al centro sanitario través de Instalaciones propicias almacenar las historias clínicas y garantizar su seguridad además de su conservación y recuperación de la información que contienen.³⁵⁷
3. En virtud del punto anterior una historia clínica puede constar en soporte papel, audiovisual e informático, siendo el único requisito que se garantice la autenticidad del contenido de la misma, así como su plena reproductibilidad futura, además de lo anterior debe garantizarse que cualquier cambio que se realice a la historia clínica quede registrado así como el médico y profesionales asistenciales que hayan efectuado dichos cambios.³⁵⁸
4. Nuevamente corresponde a los centros sanitarios la obligación de adoptar todas aquellas medidas técnicas y organizativas adecuadas encaminadas a proteger los datos personales recogidos y evitar su destrucción o su pérdida

³⁵⁶ Cfr. *Ídem*, artículo 9.1. En la Ley Básica 41/2002, encontramos un texto similar: Artículo 14.1. “La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro”. Véase: Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 14.1, p. 40129.

³⁵⁷ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 9.2, p. 466. Se contempla de forma muy similar en la Ley Básica 41/2002 el archivo y conservación de las historias clínicas: Artículo 14.2. “Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información”. Véase: Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 14.2, p. 20129.

³⁵⁸ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 9.3, p. 466. Podemos observar el mismo tratamiento que se da a la historia clínica en la Ley Básica 41/2002: Artículo 14.3. “Las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura”. Véase: Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 14.3, p. 40129.

accidental, y también el acceso, alteración, comunicación o cualquier otro procesamiento que no sean autorizados.³⁵⁹

Artículo 10

El artículo diez se titula contenido de la historia clínica, y se conforma de tres apartados:*

En el primer apartado inciso a) denominado datos de identificación del enfermo y de la asistencia se indican una serie de datos que debe contener la historia clínica además de un número de identificación de la misma como se muestra a continuación:

“1. La historia clínica debe tener un número de identificación y debe incluir los siguientes datos:

a) Los Datos de identificación del enfermo y de la asistencia:

- Nombre y apellidos del enfermo.
- Fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Domicilio habitual y teléfono, con vistas a localizarlo.
- Fecha de asistencia y de ingreso, si procede.
- Indicación de la procedencia, en caso de derivación desde otro centro asistencial.
- Servicio o unidad en que se presta la asistencia, si procede.
- Número de habitación y de cama, en caso de ingreso.
- Médico responsable del enfermo.
- Así mismo, cuando se trata de usuarios del Servicio Catalán de la Salud y la atención se presta por cuenta de dicho ente, debe hacerse constar también el

³⁵⁹ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 9.4, p.466. En la Ley Básica 41/2002 encontramos un texto similar al anterior: Artículo 14.4. “Las Comunidades Autónomas aprobarán las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental”. Véase: Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 14.4, p.40129.

*En este artículo existe una errata, ya que aunque se mencionan cuatro apartados o puntos, no aparece el punto 2, es decir, únicamente aparece el artículo 10.1, 10.3 y 10.4.

código de identificación personal contenido en la tarjeta sanitaria individual.”³⁶⁰

Posteriormente en el inciso b) denominado Datos clínicoasistenciales (*sic*) se indican los datos que en este rubro debe contener la historia clínica en el siguiente orden:

“b) Datos clínicoasistenciales:

- Antecedentes familiares y personales fisiológicos y patológicos.
- Descripción de la enfermedad o el problema de salud actual y motivos sucesivos de consulta.
- Procedimientos clínicos empleados y sus resultados, con los dictámenes correspondientes emitidos en caso de procedimientos o exámenes especializados, y también las hojas de interconsulta.
- Hojas de curso clínico, en caso de ingreso.
- Hojas de tratamiento médico.
- Hoja de consentimiento informado si procede.
- Hoja de información facilitada al paciente en relación con el diagnóstico y el plan terapéutico prescrito, si procede.
- Informes de *epicrisis* o de alta, en su caso.
- Documento de alta voluntaria, en su caso.
- Informe de necropsia, si existe.
- En caso de intervención quirúrgica, debe incluirse la hoja operatoria y el informe de anestesia, y en caso de parto, los datos de registro.”³⁶¹

³⁶⁰ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.* nota 115, artículo 10.1.a), p. 466. Por otra parte la “La Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), donde consta el Código de Identificación Personal (CIP), identifica y acredita a ciudadanos y ciudadanas como usuarios del sistema sanitario público de Cataluña. Es gratuita y facilita el acceso a los centros de la red sanitaria pública, siendo también necesaria presentarla en las farmacias para obtener los medicamentos financiados por el Servicio Catalán de la Salud. La tarjeta es personal e intransferible y cada miembro de la familia debe tener su TSI, independientemente de la edad que tenga”. Véase: Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), <http://goo.gl/Omx1o>, página consultada el 12 de junio de 2014

³⁶¹ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.* nota 115, artículo 10.1.b), p.466. En el precepto legal en cita se desprende el término médico *Epicrisis*, del cual a continuación establecemos su definición: “(de *epi-* y *crisis*). f. crisis segunda o suplementaria; fenómeno

En el inciso c) denominado Datos Sociales, deberá agregarse un informe social si es necesario, tal y como se aprecia del inciso que se transcribe a continuación:

“c) Datos sociales:

- Informe social, si procede.”³⁶²

Finalmente, cabe señalar que en el texto del artículo 10 existe la omisión del punto 2, mientras que en los puntos 3 y 4 se busca obtener expedientes clínicos completos al mismo tiempo que se pretende dejar constancia de cada una de las actuaciones medicas que se realicen en un paciente por cada uno de los que intervengan en la atención medica, todo esto a través de un modelo que sin importar en el centro sanitario de que se trate contenga cada uno de los apartados o rubros que se han hecho mención en los puntos anteriores del presente dispositivo legal, como se aprecia de las siguientes transcripciones:

“3. (*sic*) En las historias clínicas hospitalarias, en que con frecuencia participan más de un médico o un equipo asistencial, deben constar individualizadas las acciones, intervenciones y prescripciones realizadas por cada profesional.”³⁶³

“4. (*sic*) Los centros sanitarios deben disponer de un modelo normalizado de historia clínica que recoja los contenidos fijados en este artículo adaptados al nivel asistencial que tengan y a la clase de prestación que realicen”.³⁶⁴

Artículo 11

El artículo once se abordan los Usos de la Historia clínica en seis apartados:

importante acaecido después de la crisis y que la completa. // juicio científico de una enfermedad”. Véase: Diccionario Terminológico de Ciencias Medicas, *op.cit.*, nota 291, p.343.

³⁶² Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.* nota 115, artículo 10.1.c), p. 466.

³⁶³ Cfr. *Ídem*, artículo 10.3

³⁶⁴ Cfr. *Ídem*, artículo 10.4.

1. En el primer apartado se menciona que la historia clínica tiene como fin fundamental garantizar a los pacientes una asistencia sanitaria adecuada, por lo que los médicos o todos aquellos profesionales asistenciales del Centro de Salud que intervengan en la asistencia del paciente deberán tener acceso a éste Instrumento.³⁶⁵
2. En el segundo punto o apartado tenemos que corresponde a cada centro crear los mecanismos tendientes a brindar al paciente una mejor asistencia, para lo cual debe ser posible que mientras se presta asistencia sanitaria al paciente en concreto, los demás profesionales que le atienden puedan, en todo momento, tener acceso a la historia clínica correspondiente.³⁶⁶
3. En el tercer apartado se establece que se puede acceder a la historia clínica con finalidades justificables como son: epidemiológicas, de investigación o docencia, con sujeción a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, la Ley General de sanidad 14/1986, y las disposiciones concordantes. Sin embargo cuando se tiene acceso a dicha información con alguna de éstas finalidades se debe conservar o preservar los datos de identificación personal del paciente, excepto si se cuenta con anterioridad el consentimiento.³⁶⁷

³⁶⁵ Cfr. *Ídem*, artículo 11.1. En este sentido se le atribuye a la historia clínica un papel muy importante en la asistencia sanitaria que deberá recibir el paciente, pues a través de ésta se garantiza una mejor atención al enfermo y brinda mayores datos al personal de salud para combatir o restaurar la salud del usuario del servicio médico. Dicho apartado existe de igual forma establecido en la ley básica 41/2002, como a continuación pasamos a ilustrar: Artículo 16.1. "La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia". Véase: Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 16.1, p.40130.

³⁶⁶ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.* nota 115, artículo 11.2, p. 466. Si se destaca el papel importante que juega la historia clínica al momento de brindar asistencia sanitaria luego entonces, se deben contar con los mecanismos adecuados que permitan dicho fin. La Ley Básica 41/2002, aborda este punto de una forma más simple y clara: Artículo 16.2. "Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten". Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 16.2, p. 40130.

³⁶⁷ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.* nota 115, artículo 11.3, pp. 466 y 467. A través de este punto se garantiza un derecho importante que ha cobrado un importante valor en el derecho español, nos referimos al derecho de intimidad y confidencialidad, aspecto que son tratados con mayor profundidad en la Ley 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. Por su parte la Ley Básica 41/2002 se pronuncia de forma similar como se aprecia a continuación: Artículo 16.3. "El acceso a la historia

4. En el cuarto apartado se limita al personal de los centros sanitarios a cargo de las tareas de administración y gestión, al acceso de los datos de la historia clínica relacionados con sus funciones.³⁶⁸
5. En el quinto punto tenemos pueden acceder a las historias clínicas con el fin de comprobar la calidad de la asistencia, así como del cumplimiento de los derechos del paciente o cualquier otra obligación a cargo de los centros sanitarios el personal que se encuentre al servicio de la Administración sanitaria y que ejerza funciones de inspección, que se encuentre debidamente acreditado como tal.³⁶⁹
6. Finalmente en el último apartado nuevamente se trata de proteger la información personal de los usuarios de los servicios de salud ya que todo aquel personal que tenga acceso a cualquier clase de datos de la historia clínica queda sujeto al deber de guardar el secreto de dicha información.³⁷⁰

clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso". Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 16.3, p. 40130

³⁶⁸ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.* nota 115, artículo 11.4. p.467. Como se puede apreciar se trata de proteger el acceso de la información personal de los pacientes; al respecto podemos encontrar un texto parecido en la Ley Básica 41/2002: Artículo 16.4. "El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones". Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 16.4, p. 40130.

³⁶⁹ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.* nota 115, artículo 11.5, p. 467. Nos podemos percatar que la presente disposición fue trasladada a la Ley Básica 41/2002 casi de forma íntegra, como a continuación se verá: Artículo 16.5. "El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria". Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 16.5, p. 40130

³⁷⁰ Cfr. Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.* nota 115, artículo 11.6, p.467. La Ley Básica 41/2002, mantiene dicho deber de

Artículo 12

El artículo doce lleva por nombre, Conservación de la Historia Clínica y como mencionamos al principio del presente apartado fue reformado mediante la Ley 16/2010, de 3 de junio, de modificación de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre,³⁷¹ para quedar así:

1. El primer punto trata sobre la custodia de la historia clínica. Dicha responsabilidad corre a cargo de los centros médicos a través de su dirección, o en su defecto a través de los profesionales que realizan sus actividades de forma individual.³⁷²
2. Posteriormente tenemos que la historia clínica puede constar en soporte distinto al original siempre y cuando permita la conservación y se garantice la autenticidad, integridad, confidencialidad, preservación, y correcto mantenimiento de la información de la historia clínica, así mismo debe garantizarse su completa reproductibilidad en el futuro, durante el tiempo en que sea obligatorio conservarla, independientemente del soporte en que se encuentre.³⁷³
3. Del tercer punto podemos destacar la preocupación manifiesta sobre la traslación de la información que conforma la historia clínica del soporte original a otro, debiéndose en todo caso garantizarse la inalterabilidad de los datos, así como la autenticidad y perdurabilidad tanto de la información asistencial como de la confidencialidad de los datos e información que contienen.³⁷⁴

confidencialidad a cargo del personal como podemos observar: Artículo 16.6. “El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto”. Véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 16.6, p. 40130

³⁷¹ Véase: Ley 16/2010, de 3 de junio, de modificación de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 323, pp. 56462-56467.

³⁷² Cfr. *Ibidem*, artículo 12.1, p. 56464

³⁷³ Cfr. *Ídem*, artículo 12.2

³⁷⁴ Cfr. *Ídem*, artículo 12.3.

4. Del cuarto punto podemos destacar que tanto los datos de identificación de cada paciente como aquellos de la historia clínica deben conservarse por el tiempo mínimo de quince años contados a partir de la fecha de alta de cada proceso asistencial desde la fecha de alta de cada proceso asistencial.³⁷⁵ Dicha documentación es la siguiente:
 - a) Las hojas de consentimiento informado.
 - b) Los informes de alta.
 - c) Los informes quirúrgicos y el registro de parto.
 - d) Los datos relativos a la anestesia.
 - e) Los informes de exploraciones complementarias.
 - f) Los informes de necropsia.
 - g) Los informes de anatomía patológica”.³⁷⁶
5. Por otra parte en el punto cinco nos encontramos con la previsión relativa a la digitalización de las historias clínicas, en el entendido que dicho proceso debe facilitar el acceso de la misma desde cualquier punto del Sistema Nacional de Salud, así como el intercambio de dicha información entre los dispositivos asistenciales de las comunidades autónomas observándose las disposiciones sobre protección de datos de carácter personal.³⁷⁷
6. El presente punto nos remite al apartado 4 para indicarnos que la documentación que no se menciona en dicho punto puede destruirse cuando

³⁷⁵ Cfr. *Ibidem*, artículo 12.4, p.56465. Antes de que fuera reformado el artículo que nos ocupa, se disponía que la historia clínica debía conservarse por el termino de veinte años, además de que se podían seleccionar los documentos que no fueran relevantes para la asistencia, los cuales podían ser destruidos transcurridos diez años a partir de la última asistencia, además de que en cualquier caso, debían de conservarse en la historia clínica, junto con los datos de identificación del paciente, durante veinte años, como mínimo, contados desde la muerte del paciente: las hojas de consentimiento informado, los informes de alta, los informes quirúrgicos y el registro de parto, los datos relativos a la anestesia, los informes de exploraciones complementarias y los informes de necropsia. Consideramos un poco confusa la redacción anterior, y consideramos más adecuada la que se presente en la Ley 16/2010, de 3 de junio, de modificación de la Ley 21/2000. Véase: Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículos 12.1 y 12.2, p.467

³⁷⁶ Ley 16/2010, de 3 de junio, de modificación de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 323, artículo 12.4, p. 56465.

³⁷⁷ Cfr. *Ídem*, artículo 12.5.

hayan transcurrido cinco años contados desde la fecha de alta de cada proceso asistencial.³⁷⁸

7. Como excepción a lo establecido en los puntos 4 y 6 del artículo que analizamos, se indica que debe conservarse la documentación que sea relevante para efectos asistenciales, y que debe incorporar el documento de voluntades asistenciales, así como la documentación que sea relevante para efectos epidemiológicos, de investigación, organización y funcionamiento del Sistema nacional de Salud; sin embargo debe procurarse evitar identificar a las personas afectadas, salvo que sea inevitable debido a las finalidades perseguidas, o que el paciente haya dado su consentimiento previo. Además de lo anterior, también debe conservarse la documentación clínica para efectos judiciales de conformidad con la normatividad vigente.³⁷⁹
8. La dirección médica del centro sanitario a propuesta del facultativo (a) y previo informe de la unidad encargada de la gestión de la historia clínica de cada centro es la encargada de tomar la decisión de conservar la documentación en los términos del apartado 7 del presente artículo, sin embargo, dicha decisión corresponderá a los propios facultativos cuando desarrollen su actividad de forma individual.³⁸⁰
9. En el apartado 1 del presente artículo se indica quienes son los responsables de custodiar la historia clínica, luego entonces ellos también son responsables de destruir correctamente la documentación que previamente se haya decidido expurgar.³⁸¹
10. En este punto, el legislador catalán prevé que debe garantizarse el derecho de acceso a la historia clínica legalmente reconocido, en beneficio de la

³⁷⁸ Cfr. *Ídem*, artículo 12.6.

³⁷⁹ Cfr. *Ídem*, artículo 12.7. Parte del artículo 12.3 anterior a la reforma de fecha 3 de junio de 2010 persiste en el nuevo texto del artículo 12 reformado, aunque ahora en el apartado 7, pues en él se establecía que a pesar de lo establecido en los apartados anteriores, aquella documentación que fuera relevante a criterio del facultativo para efectos preventivos, asistenciales o epidemiológicos sería conservada durante todo el tiempo que fuera necesario. Véase: Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 12.3, p.467.

³⁸⁰ Cfr. Ley 16/2010, de 3 de junio, de modificación de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 323, artículo 12.8, p.56465.

³⁸¹ Cfr. *Ídem*, artículo 12.9

asistencia médica, de los pacientes, y de la protección de aquellos datos personales contenidos en las historias clínicas, aun en el supuesto de que fueran cerrados los centros sanitarios o existiera un cese definitivo de actividades profesionales sanitarias a título individual.³⁸²

11. Se indica que las medidas técnicas y organizativas de seguridad aplicables a los ficheros que contienen datos de carácter personal son aplicables a la conservación de la historia clínica, al proceso de traslación de información y a la destrucción, aspectos que son tratados en los apartados tres y nueve del artículo en cuestión.³⁸³
12. Tratándose del sector de los trabajadores, las prescripciones enunciadas en el presente artículo se entenderán o aplicaran sin perjuicio de la aplicación de la normativa específica de prevención de riesgos laborales y de protección de la salud de los trabajadores en las historias clínicas relativas a la vigilancia de la salud de los trabajadores.³⁸⁴

2.4.7. Capítulo 6. Derechos en Relación con la historia clínica.

Artículo 13

El penúltimo de los artículos que conforman la Ley 21/2000 de Cataluña se denomina Derechos de acceso a la historia clínica y se integra de tres puntos o apartados:

1. En el primer punto se mencionan los derechos que tiene el paciente como son: acceder a la documentación de la historia clínica, la cual se precisó en el artículo diez, así como el derecho a obtener copia de aquella información que figura en la misma, limitándose únicamente tal derecho a lo señalado en apartado 2 del presente artículo. Luego entonces los centros sanitarios deberán regular el procedimiento que permita el acceso a la historia clínica.³⁸⁵

³⁸² Cfr. *Ídem*, artículo 12.10.

³⁸³ Cfr. *Ibidem*, artículo 12.11, pp. 56465 y 56466.

³⁸⁴ Cfr. *Ibidem*, artículo 12.12, p. 56466.

³⁸⁵ Cfr. Ley 21/2000, Sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 13.1, p. 467. El legislador catalán a través del presente punto garantiza a los

2. La limitación que contempla el artículo anterior consiste, en que el acceso a la documentación de la historia clínica no puede ser ejercido en perjuicio del derecho de confidencialidad que tienen terceras personas al figurar en la mencionada documentación, así como tampoco sobre el derecho de confidencialidad que tienen los profesionales que han intervenido en la elaboración de la historia clínica, los cuales pueden invocar la reserva de sus observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas.³⁸⁶
3. Por último el derecho que corresponde al paciente para acceder a la historia clínica puede ser delegado a otra persona para que en su representación pueda acceder a tal información, siempre y cuando esté debidamente acreditado tal supuesto.³⁸⁷

Artículo 14

usuarios de los servicios de salud el derecho de acceso a la información contenida en su historia clínica, aspecto relevante si tomamos en consideración que para la toma de decisiones, siempre es indispensable contar con información veraz y oportuna que le permita otorgar su consentimiento y velar por un derecho tan personal como lo es el de procurar su propia salud y bienestar. Dicho punto es tratado bajo el mismo criterio en la Ley Básica 41/2002 como se puede apreciar de la literalidad de dicho numeral: Artículo 18.1. "El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos". Véase: Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 18.1, p.40130.

³⁸⁶ Cfr. Ley 21/2000, Sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 13.2, p.467. A través de éste apartado se establece como límite del derecho a la información que tiene los particulares, el derecho de confidencialidad que tienen terceras personas, aspecto que también es tratado en la Ley Básica 41/2002: Artículo 18.3. "El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas". Véase: Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 18.3, p.40130.

³⁸⁷ Cfr. Ley 21/2000, Sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 13.3, p. 467. El derecho que tiene el paciente para acceder a su historia clínica puede ser trasladado a un tercero, siempre y cuando se cuente con dicha autorización, es decir mediante representación, en este mismo tenor se trasladó este punto a la Ley Básica 41/2002 como podemos observar a continuación del precepto legal específico: Artículo 18.2. "El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada". Véase: Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 18.2, p. 40130.

El último artículo que conforma la Ley 21/2000 se titula derechos en relación con el contenido de la historia clínica. A través de el se indica que él paciente tiene derecho a que los centros sanitarios se encarguen de crear los mecanismos para resguardar de forma activa y diligente, las historias clínicas. Dicha custodia debe permitir el almacenamiento, recuperación, integración y comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad de acuerdo a lo establecido en el artículo 11 de la presente Ley.³⁸⁸

2.4.8. Disposición Adicional.

En dicha disposición adicional se contempla la posibilidad de que el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, encuentre un proceso que sea acorde a la evolución de los recursos técnicos que permita el uso compartido de las historias clínicas entre los centros asistenciales de Cataluña y la configuración de una historia clínica única por paciente, lo anterior con el objeto de que los pacientes atendidos en diversos centros no se tengan que someter a exploraciones y procedimientos repetidos, y los servicios asistenciales tengan acceso a toda la información clínica disponible, lo que se traduce en una optimización de recursos y un mejor servicio.³⁸⁹

2.4.9. Disposición Transitoria.

A través de dicha disposición transitoria se contempla un año a partir de la entrada en vigor de la presente Ley para que se adopten las medidas técnicas y organizativas necesarias para adaptar el tratamiento de las historias clínicas a las

³⁸⁸ Cfr. Ley 21/2000, Sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, artículo 14, p. 467. No solo se trata de un derecho que tienen los pacientes, sino de una gran responsabilidad a cargo de los centros sanitarios pues a través de ellos se resguarda, actualiza y reproduce la información contenida en cada una de las historias clínicas, por lo que los mecanismos para tales fines deben ser confiables y seguros; la Ley Básica 41/2002 recogió el contenido de éste precepto legal y lo reprodujo de forma muy similar: Artículo 19. "El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley". Véase: Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 19, p. 40131.

³⁸⁹ Cfr. Ley 21/2000, Sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, Disposición Adicional, p. 467.

previsiones contenidas en las mismas, y elaborar los modelos normalizados de historia clínica a que se refiere el artículo 10.2. Los procesos asistenciales que se lleven a cabo transcurrido este plazo deben reflejarse documentalmente de acuerdo con los modelos normalizados aprobados.³⁹⁰

2.4.10. Disposición Final.

Se conceden facultades al gobierno y al Consejero (a) de Sanidad y Seguridad Social con el objeto de que se creen los Reglamentos necesarios que sean afines con la presente Ley, y se ordena a los ciudadanos que les sea aplicable la Ley en cuestión su cooperación, y por otra parte se precisa a los tribunales y autoridades la hagan cumplir. Elaborada con fecha 29 de diciembre de 2000.³⁹¹

2.5. Comunidades Autónomas que han legislado en materia de Voluntad Anticipada.

En el presente apartado estableceremos en orden alfabético las principales Leyes de voluntad anticipada de las 17 Comunidades Autónomas de España, en la inteligencia, que cada una de estas Comunidades Autónomas cuenta con más de una Ley sobre el tema, lo que nos lleva a realizar la aclaración de que no es uno de los objetivos de la presente investigación, ni de este apartado establecer cada una de las legislaciones que regulan directa o indirectamente la voluntad anticipada en España³⁹², ni mucho analizar cada una de ellas; no obstante, si nos interesa terminar de esbozar el marco jurídico de la voluntad anticipada en dicho País a través de sus comunidades autónomas, para que posteriormente en otro apartado analicemos con mayor profundidad la regulación de la voluntad anticipada a nivel autonómico, solo

³⁹⁰ Cfr. *Ídem*, Disposición Transitoria.

³⁹¹ Cfr. *Ídem*, Disposición final.

³⁹² Invitamos a todo aquel que desee ampliar sus conocimientos sobre las legislaciones de voluntad anticipada de las comunidades autónomas de España a que consulte la siguiente información. Véase: Sánchez Barroso, José Antonio, *op cit.*, nota 50, pp. 232, 233, 234 y 35, así como la Tesis Para Obtener el Grado de Maestro en Derecho con Terminal en Derecho Civil y Mercantil, "La voluntad Anticipada. Su Regulación en México a Través de Una Ley Federal: Una Propuesta." Presentada por el Tesista Marcos Cruz González con fecha 01 de octubre de 2012, pp.102-115.

de aquellas comunidades que cuentan con un mayor número de documentos inscritos en el Registro Nacional de Instrucciones previas.

Dicho lo anterior, a continuación presentamos las principales Leyes de voluntad anticipada de las 17 Comunidades Autónomas de España:

1. Andalucía

- ❖ Ley 2/1998, de Salud de Andalucía, de fecha 15 de junio de 1998.³⁹³
- ❖ Ley 5/2003, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada, de fecha 9 de octubre de 2003.³⁹⁴

“...La presente Ley tiene por objeto regular, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la declaración de voluntad vital anticipada, como cauce del ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma”.³⁹⁵

- ❖ Decreto 238/2004, por el que se Regula el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía, de fecha 18 de mayo de 2004.³⁹⁶
- ❖ Ley 2/2010, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, de fecha 8 de abril de 2010.³⁹⁷

³⁹³ Ley 2/1998, de Salud de Andalucía, de fecha 15 de junio de 1998, publicada en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 74, el 4 de julio de 1998, pp. 8.302-8.315, <http://goo.gl/hTKXO>, página consultada el 17 de julio de 2016.

³⁹⁴ Ley 5/2003, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada, de fecha 9 de octubre de 2003, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 279, el 21 noviembre 2003, pp. 41231-41234, <http://goo.gl/2K4xW>, página consultada el 01 de agosto de 2016.

³⁹⁵ *Ibidem*, artículo 1, p. 41233

³⁹⁶ Decreto 238/2004, por el que se Regula el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía, de fecha 18 de mayo de 2004, publicado en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 104, el 28 de mayo de 2004, pp.12.261-12.259, <http://goo.gl/5ipDm>, página consultada el 05 de julio de 2016.

³⁹⁷ Ley 2/2010, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de la muerte, de fecha 8 de abril de 2010, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 127, el 25 de mayo de 2010, pp.45646-45662, <http://goo.gl/NxdfZ>, página consultada el 05 de julio de 2016.

2. Aragón

- ❖ Ley 6/2002, de Salud de Aragón, de fecha 15 de abril de 2002.³⁹⁸
- ❖ Decreto 100/2003, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de organización y el funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas, de fecha 6 de mayo de 2003.³⁹⁹
- ❖ *Ley 10/2011, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, de fecha 24 de marzo de 2011.*⁴⁰⁰

“...La presente Ley tiene como objeto regular el ejercicio de los derechos de la persona ante el proceso de su muerte, los deberes del personal sanitario que atiende a estos pacientes, así como las garantías y medios que las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas, y otras entidades estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso”.⁴⁰¹

- ❖ Ley 8/2009, por la que se modifica la Ley 6/2002 de Salud de Aragón, en lo relativo a Voluntades Anticipadas, de fecha 2 de julio de 2009.⁴⁰²

3. Asturias

- ❖ Ley 1/92, del Servicio de Salud del Principado de Asturias, de fecha 2 de julio de 1992.⁴⁰³

³⁹⁸ Ley 6/2002, de Salud de Aragón, de fecha 15 de abril de 2002, publicada en el Boletín Oficial de Aragón, número 46, el 19 de abril de 2002, pp. 3741-3757, <http://goo.gl/AbacO>, página consultada el 05 de julio de 2016.

³⁹⁹ Decreto 100/2003, del Gobierno de Aragón, por el que se Aprueba el Reglamento de Organización y el Funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas, de fecha 6 de mayo de 2003, publicado en el Boletín Oficial de Aragón, número 64, el 28 de mayo de 2003, pp. 6438-6442, <http://goo.gl/E9NnB>, página consultada el 05 de julio de 2016.

⁴⁰⁰ Ley 10/2011, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Morir y de la Muerte, de fecha 24 de marzo de 2011, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 15, el 14 de mayo de 2011, pp. 49076-49093, <http://goo.gl/o09hy>, página consultada el 03 de abril de 2016.

⁴⁰¹ *Ibidem*, artículo 1, p. 49081.

⁴⁰² Ley 8/2009, por la que se modifica la Ley 6/2002 de 15 de abril de 2002, de Salud de Aragón, en lo relativo a Voluntades Anticipadas, de fecha 2 de julio de 2009, publicada en el Boletín Oficial del Estado número 30, el 4 de febrero de 2010, pp. 9864-9865, <http://goo.gl/yaewW>, página consultada el 01 de agosto de 2016.

- ❖ *Decreto 4/2008 de organización y funcionamiento del Registro de Instrucciones Previas en el ámbito Sanitario, de fecha 23 de enero de 2008.*⁴⁰⁴

“...Es objeto del presente Decreto regular la organización y el funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario, en adelante el Registro.”⁴⁰⁵

4.- Canarias

- ❖ Ley 11/1994, de Ordenación Sanitaria de Canarias, de fecha 26 de julio de 1994.⁴⁰⁶
- ❖ Orden por la que se aprueba la Carta de los Derechos y de los Deberes de los Pacientes y Usuarios Sanitarios y se Regula su Difusión, de fecha 28 de febrero de 2005.⁴⁰⁷
- ❖ Decreto 13/2006, por el que se Regulan las Manifestaciones Anticipadas de Voluntad en el Ámbito Sanitario y la Creación de su Correspondiente Registro, de fecha 8 de febrero de 2006.⁴⁰⁸

“...El presente Decreto tiene por objeto regular en la Comunidad Autónoma de Canarias las formas del ejercicio del derecho a la manifestación anticipada de voluntad relativa a las actuaciones sanitarias que se practiquen a las personas cuando no puedan expresar su deseo mediante el consentimiento informado y el

⁴⁰³ Ley 1/92, del Servicio de Salud del Principado de Asturias, de fecha 2 de julio de 1992, publicada en el Boletín Oficial del Principado de Asturias y de la Provincia, número 162, el 13 de julio de 1992, pp.5665-5673, <http://goo.gl/kydk0>, página consultada el 10 de junio de 2016.

⁴⁰⁴ Decreto 4/2008, de Organización y Funcionamiento del Registro de Instrucciones Previas en el Ámbito Sanitario, de fecha 23 de enero de 2008, publicado en el Boletín Oficial del Principado de Asturias, número 31, el 7 de febrero de 2008, pp. 2353-2357, <http://goo.gl/30qQ5>, página consultada el 15 de junio de 2016.

⁴⁰⁵ *Ibidem*, artículo 1, p.2354

⁴⁰⁶ Ley 11/1994, de Ordenación Sanitaria de Canarias, de fecha 26 de julio de 1994, publicada en el Boletín de Canarias, número 96, el 5 de agosto de 1994, pp. 5501-5531, <http://goo.gl/ch6lO>, página consultada el 16 de julio de 2016

⁴⁰⁷ Orden por la que se aprueba la Carta de los Derechos y de los Deberes de los Pacientes y Usuarios Sanitarios y se regula su difusión, de fecha 28 de febrero de 2005, publicada en el Boletín Oficial de Canarias, número 55, el 17 de marzo de 2005, pp.4338-4341, <http://goo.gl/OJJl2>, página consultada el 16 de julio de 2016.

⁴⁰⁸ Decreto 13/2006 por el que se regulan las Manifestaciones Anticipadas de Voluntad en el Ámbito Sanitario y la creación de su correspondiente Registro, de fecha 8 de febrero de 2006, publicado en el Boletín Oficial de Canarias, número 43, el 2 de marzo de 2006, pp. 4296-4301, <http://goo.gl/K0WnH>, página consultada el seis de junio de 2017.

destino de su cuerpo y de sus órganos o tejidos, una vez llegado el fallecimiento, así como la creación del correspondiente Registro”.⁴⁰⁹

5.- Cantabria

- ❖ Ley 7/2002, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, de fecha 10 de diciembre de 2002.⁴¹⁰
- ❖ *Decreto 139/2004, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria, de fecha 5 de diciembre de 2004.*⁴¹¹

En el presente decreto se establecieron dos objetivos: “...1.- Se crea el Registro de Voluntades Previas de Cantabria, adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad, en el que, a solicitud de la persona otorgante, se inscribirán los documentos de voluntades expresadas con carácter previo, independientemente de que se hubieran otorgado ante notario o ante tres testigos. 2.- La inscripción del documento conlleva la vinculación del personal sanitario responsable de la persona otorgante, respecto de las declaraciones de voluntad expresadas con carácter previo que contenga”.⁴¹²

- ❖ Decreto 2/2012, por el que se modifica el Decreto 139/2004 de 15 de diciembre de 2004, por el que se crea y se regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria, de fecha de 12 de enero de 2012.⁴¹³

⁴⁰⁹ *Ibidem*, artículo 1, pp.4296 y 4297

⁴¹⁰ Ley 7/2002, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, de fecha 10 de diciembre de 2002, publicada en el Diario Oficial de Cantabria, número 242, el 18 de diciembre de 2002, pp.10973-10996, <http://goo.gl/4FnvF>, página consultada el 02 de agosto de 2016.

⁴¹¹ Decreto 139/2004, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria, de fecha 5 de diciembre de 2004, publicado en el Boletín Oficial de Cantabria, número 248, el 27 de diciembre de 2004, pp. 12419-12420, <http://goo.gl/05Kry>, página consultada el 02 de agosto de 2016.

⁴¹² *Ibidem*, artículo 1, p.12419

⁴¹³ Decreto 2/2012, por el que se modifica el Decreto 139/2004, de 15 de diciembre de 2004, por el que se crea y se regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria, de fecha de 12 de enero de 2012, publicado en el Boletín Oficial de Cantabria, número 14, el 20 de enero de 2012, pp. 1620-1621, <http://goo.gl/C0LYI>, página consultada el 02 de agosto de 2016.

6.- Castilla la Mancha

- ❖ Ley 8/2000, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, de fecha 30 de noviembre del 2000.⁴¹⁴
- ❖ *Ley 6/2005, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en Materia de la Propia Salud, de fecha 7 de julio de 2005.*⁴¹⁵

“...La presente Ley tiene por objeto regular, en el ámbito territorial de la comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, la declaración de voluntades anticipadas, como cauce del ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el futuro en el supuesto de que, llegado el momento, no goce de la capacidad para adoptar decisiones por sí misma.”⁴¹⁶

- ❖ Decreto 15/2006, del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha, de fecha 21 de febrero de 2006.⁴¹⁷
- ❖ Orden de la Consejería de Sanidad, de creación del Fichero Automatizado de Datos del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha, de fecha 31 de agosto de 2006.⁴¹⁸
- ❖ Resolución de la Consejería de Sanidad por la que se crean nueve puntos del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha, de fecha 8 de enero de 2008.⁴¹⁹

⁴¹⁴ Ley 8/2000, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, de fecha 30 de noviembre del 2000, publicada en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha, número 126, el 19 de Diciembre de 2000, pp. 12159-12178, <http://goo.gl/B5iAg>, página consultada el 03 de agosto de 2016.

⁴¹⁵ Ley 6/2005, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud, de fecha 7 de julio de 2005, Publicada en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha, número 141, el 15 de julio de 2005, pp.13757-13759, <http://goo.gl/kCEA5>, página consultada el 03 de agosto de 2016.

⁴¹⁶ *Ibidem*, artículo 1, p. 13757

⁴¹⁷ Decreto 15/2006, del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha, de fecha 21 de febrero de 2006, publicado en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha, número 42, el 24 de febrero de 2006, pp.4429-4431, <http://goo.gl/C3eKF>, página consultada el 03 de agosto de 2016.

⁴¹⁸ Orden de la Consejería de Sanidad, de creación del Fichero Automatizado de Datos del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha, de fecha 31 de agosto de 2006, publicado en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha, número 193, el 18 de septiembre de 2006, pp.19317-19318, <http://goo.gl/e8fXg>, página consultada el 3 de agosto de 2012.

7.- Castilla y León

- ❖ Ley 8/2003, sobre Derechos y Deberes de las Personas con relación a la Salud, de fecha 8 de abril de 2003.⁴²⁰
- ❖ *Decreto 30/2007, por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito Sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León, de fecha 22 de marzo de 2007.*⁴²¹

“...El presente decreto tiene por objeto: a) Regular el documento de instrucciones previas. b) Regular la formalización documental de instrucciones previas ante el personal al servicio de la Administración. c) Crear y regular el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. d) Regular el procedimiento de inscripción en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León de los documentos de instrucciones previas así como el de su sustitución y revocación”.⁴²²

8.- Cataluña

- ❖ *Ley 21/2000, sobre Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, de fecha 29 de diciembre de 2000.*⁴²³

⁴¹⁹ Resolución de la Consejería de Sanidad por la que se crean nueve puntos del Registro de voluntades anticipadas de Castilla-La Mancha, de fecha 8 de enero de 2008, publicado en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha, número 16, el 22 de enero de 2008, p.1465, <http://goo.gl/sJixW>, página consultada el 13 de agosto de 2016.

⁴²⁰ Ley 8/2003, sobre Derechos y Deberes de las Personas con relación a la Salud, de fecha 8 de abril de 2003, publicada en el Boletín Oficial de Castilla y León, número 71, el 14 de abril de 2003, pp. 6-12, <http://goo.gl/ahRW2>, página consultada el 23 de julio de 2016.

⁴²¹ Decreto 30/2007, por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito Sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León, de fecha 22 de marzo de 2007, publicado en el Boletín Oficial de Castilla y León, número 62, el 28 de marzo de 2007, pp. 7040-7043, <http://goo.gl/1pQNE>, página consultada el 23 de julio de 2016.

⁴²² *Ibidem*, artículo 1, p.7041.

⁴²³ Ley 21/2000, sobre Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, pp.464-467.

“...La presente Ley tiene por objeto: a) Determinar el derecho del paciente a la información concerniente a la propia salud y a su autonomía de decisión. b) Regular la historia clínica de los pacientes de los servicios sanitarios”.⁴²⁴

- ❖ Decreto 175/2002, que Regula el Registro de Voluntades Anticipadas, de fecha 25 de junio de 2002.⁴²⁵

9.- Extremadura

- ❖ Ley 10/2001, de Salud de Extremadura, de fecha 28 de junio de 2001.⁴²⁶
- ❖ *Ley 3/2005, de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente, de fecha 8 de julio de 2005.*⁴²⁷

“...Constituye la finalidad de la presente Ley garantizar el derecho a la protección de la salud con pleno respeto a los derechos fundamentales de información, honor e intimidad consagrados constitucionalmente y al principio de autonomía de la voluntad del paciente, en un marco que potencie la participación activa de los ciudadanos, de los profesionales y de las instituciones sanitarias para la consecución de una mejora continua en la atención sanitaria”.⁴²⁸

- ❖ Decreto 311/2007, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se crea el Fichero Automatizado de

⁴²⁴ *Ibidem*, artículo 1, p.465.

⁴²⁵ Decreto 175/2002, Que Regula el Registro de Voluntades Anticipadas, de fecha 25 de junio de 2002, publicado en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, número 3665, el 27 de junio de 2002, pp.11616-11619, goo.gl/gC7f0A, página consultada el 23 de julio de 2016.

⁴²⁶ Ley 10/2001, de Salud de Extremadura, de fecha 28 de junio de 2001, publicada en el Diario Oficial de Extremadura, número 76, el 3 de julio de 2001, pp.7288-7312, <http://goo.gl/x1nCA>, página consultada el 23 de julio de 2016.

⁴²⁷ Ley 3/2005, de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente, de fecha 8 de julio de 2005, publica en el Diario Oficial de Extremadura, número 82, el 16 de julio de 2005, pp.10442-10458, <http://goo.gl/RmQ2f>, página consulta el 23 de julio de 2016.

⁴²⁸ *Ibidem*, artículo 1, p. 10444

Datos de Carácter Personal del citado Registro, de fecha 15 de octubre de 2007.⁴²⁹

10.- Galicia

- ❖ Ley 3/2001, reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica de los Pacientes, de fecha 28 de mayo de 2001.⁴³⁰
- ❖ Ley 7/2003 de Ordenación Sanitaria de Galicia, de fecha 9 de diciembre de 2003.⁴³¹
- ❖ *Ley 3/2005, que modifica la Ley 3/2001 de fecha 28 de mayo de 2001, reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica de los Pacientes, de fecha 7 de marzo de 2005.*⁴³²

“...La presente Ley tiene por objeto regular el consentimiento informado de los pacientes así como su historia clínica, garantizando el acceso de aquéllos a la información contenida en la misma”.⁴³³

- ❖ Decreto 29/2007, por el que se crea el Registro Gallego de Instrucciones Previas sobre cuidados y tratamientos de la Salud, de fecha 13 de diciembre de 2007.⁴³⁴
- ❖ Ley 8/2008, de Salud de Galicia, de fecha 10 de julio de 2008.⁴³⁵

⁴²⁹ Decreto 311/2007, por el que regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se crea el Fichero Automatizado de Datos de Carácter Personal del citado Registro, de fecha 15 de octubre de 2007, publicado en el Diario Oficial de Extremadura, número 121, el 18 de octubre de 2007, pp.16210-16218, <http://goo.gl/U5mMr>, página consultada el 23 de julio de 2016.

⁴³⁰ Ley 3/2001, Reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica de los Pacientes, de fecha 28 de mayo de 2001, publicada en el Diario Oficial de Galicia, número 111, el 8 de junio de 2001, pp. 7.953-7.957, <http://goo.gl/hudWY>, página consultada el 14 de julio de 2016.

⁴³¹ Ley 7/2003, de Ordenación Sanitaria de Galicia, de fecha 9 de diciembre de 2003, publicada en el Diario Oficial de Galicia, número 246, el 14 de enero de 2004, pp.15.649-15.666, <http://goo.gl/0zTzm>, página consultada el 14 de julio de 2016.

⁴³² Ley 3/2005, que modifica la Ley 3/2001 de fecha 28 de mayo de 2001, reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica de los Pacientes, de fecha 7 de marzo de 2005, publicada en el Diario Oficial de Galicia, número 55, el 21 de marzo de 2005, pp. 4.760-4.764, <http://goo.gl/0dTrA>, página consultada el 14 de julio de 2016.

⁴³³ *Ibidem*, artículo 1, p.4.761.

⁴³⁴ Decreto 29/2007 por el que se crea el Registro Gallego de Instrucciones Previas sobre cuidados y tratamientos de la Salud, de fecha 13 de diciembre de 2007, publicado en el Diario Oficial de Galicia, número 50, el 14 de enero de 2008, pp.3.763-3.769, <http://goo.gl/QTmBg>, página consultada el 14 de julio de 2016.

11.- Islas Baleares

- ❖ Ley 5/2003 de Salud de las Islas Baleares, de fecha 4 de abril de 2003.⁴³⁶
- ❖ *Ley 1/2006 de Voluntades Anticipadas, de fecha 3 de marzo de 2006.*⁴³⁷

“...A efectos de esta Ley, las voluntades anticipadas consisten en una declaración de voluntad unilateral emitida libremente por una persona mayor de edad y con plena capacidad de obrar, mediante la que se indica el alcance de las actuaciones médicas o de otras que sean procedentes, previstas por esta Ley, solamente en los casos en que concurren circunstancias que no le permitan expresar su voluntad”.⁴³⁸

- ❖ *Decreto 58/2007, por el que se desarrolla la Ley de Voluntades Anticipadas y del Registro de Voluntades Anticipadas de las Islas Baleares, de fecha 27 de abril de 2007.*⁴³⁹

Dicho decreto establece su objeto y ámbito de aplicación en dos puntos:

“...1. Este Decreto desarrolla la Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas y regula la organización y el funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas de las Illes Balears, en el cual se han de inscribir el otorgamiento, la modificación, la sustitución y la revocación del documento de voluntades

⁴³⁵ Ley 8/2008, de Salud de Galicia, de fecha 10 de julio de 2008, publicada en el Diario Oficial de Galicia, número 202, el 21 de agosto de 2008, pp.35080-35115, <http://goo.gl/I0MAI>, página consultada el 14 de julio de 2016.

⁴³⁶ Ley 5/2003 de Salud de las Islas Baleares, de fecha 4 de abril de 2003, publicada en el Diario Oficial de Islas Baleares, número 55, el 22 de abril de 2003, pp.25-39, <http://goo.gl/8dQjh>, página consultada el 15 de agosto de 2016.

⁴³⁷ Ley 1/2006, de Voluntades Anticipadas, de fecha 3 de marzo de 2006, publicada en el Boletín Oficial de Islas Baleares, número 36, el 11 de marzo de 2006, pp.51-52, <http://goo.gl/MS0no>, página consultada el 15 de agosto de 2016.

⁴³⁸ *Ibidem*, artículo 1, p.52

⁴³⁹ Decreto 58/2007, por el que se desarrolla la Ley de Voluntades Anticipadas y del Registro de Voluntades Anticipadas de las Islas Baleares, de fecha 27 de abril de 2007, publicado en el Diario Oficial de la Islas Baleares, número 70, el 10 de mayo de 2007, pp.58-61, <http://goo.gl/0Pgms>, página consultada el 15 de agosto de 2016.

anticipadas. 2. El ámbito de aplicación es el territorio de la comunidad autónoma de las Illes Balears”.⁴⁴⁰

12.- Madrid

- ❖ Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de Comunidad de Madrid, de fecha 21 de diciembre de 2001.⁴⁴¹
- ❖ *Ley 3/2005, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular Instrucciones Previas en el ámbito Sanitario y se crea el Registro correspondiente, de fecha 23 de mayo de 2005.*⁴⁴²

“...La presente Ley tiene por objeto, en el ámbito de la Comunidad de Madrid, la regulación del derecho de los ciudadanos a formular instrucciones previas y la creación del Registro de la Comunidad de Madrid del mismo nombre”.⁴⁴³

- ❖ Decreto 101/2006, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid, de fecha 16 de noviembre de 2006.⁴⁴⁴
- ❖ Orden 2191/2006, por la que se desarrolla el Decreto 101/2006 y se establecen los modelos oficiales de los documentos de solicitud de inscripción de las Instrucciones Previas y de su revocación, modificación o sustitución, de fecha 18 de diciembre de 2006.⁴⁴⁵

⁴⁴⁰ *Ibidem*, artículo 1, p.58.

⁴⁴¹ Ley 12/2001, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, de fecha 21 de diciembre de 2001, publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 306, el 26 de diciembre de 2001, pp. 8-39, <http://goo.gl/WYdhq>, página consultada el 15 de agosto de 2016.

⁴⁴² Ley 3/2005, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular Instrucciones Previas en el ámbito Sanitario y se crea el Registro correspondiente, de fecha 23 de mayo de 2005, publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 140, el 14 de junio de 2005, pp. 4-6, <https://goo.gl/vAYZTV>, página consultada el 15 de agosto de 2016.

⁴⁴³ *Ibidem*, artículo 1, p.4

⁴⁴⁴ Decreto 101/2006, por el que se Regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid, de fecha 16 de noviembre de 2006, publicado en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 283, el 28 de noviembre de 2006, pp. 37-39, <http://goo.gl/68D4y>, página consultada el 14 de agosto de 2016.

⁴⁴⁵ Orden 2191/2006, por la que se desarrolla el Decreto 101/2006 y se establecen los modelos oficiales de los documentos de solicitud de inscripción de las Instrucciones Previas y de su revocación, modificación o sustitución, de fecha 18 de diciembre

- ❖ Orden 645/2007 del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se Regula el otorgamiento de las Instrucciones Previas, su modificación, sustitución y revocación ante el personal al Servicio de la Administración, de fecha 19 de abril de 2007.⁴⁴⁶

13.- Murcia

- ❖ Ley 4/1994, de Salud de la Región de Murcia, de fecha 26 de julio de 1994.⁴⁴⁷
- ❖ *Decreto 80/2005, por el que se aprueba el Reglamento de Instrucciones Previas y su registro, de fecha 8 de julio de 2005.*⁴⁴⁸

“...En los términos dispuestos en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, mediante el presente Decreto se desarrolla el contenido y formalización del Documento de Instrucciones previas...”.⁴⁴⁹

14.- Navarra

de 2006, publicado en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 302, el 20 de diciembre de 2006, pp.28-41, <http://goo.gl/hWZKR>, página consultada el 16 de agosto de 2016.

⁴⁴⁶ Orden 645/2007, del consejero de sanidad y consumo, por la que se regula el otorgamiento de las Instrucciones Previas, su modificación, sustitución y revocación ante el personal al Servicio de la Administración, de fecha 19 de abril de 2007, publicado en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 107, el 7 de mayo de 2007, pp.61-71, goo.gl/CcB36n, página consultada el 16 de agosto de 2016.

⁴⁴⁷ Ley 4/1994, de Salud de la Región de Murcia, de fecha 26 de julio de 1994, publicada en el Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 176, el día 4 de agosto de 1994, pp. 7115-7125, <http://goo.gl/iDkam>, página consultada el 12 de agosto de 2016.

⁴⁴⁸ Decreto 80/2005, por el que se aprueba el Reglamento de Instrucciones Previas y su registro, de fecha 8 de julio de 2005, publicado en el Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 164, el 19 de julio de 2005, pp.17253-17257, <http://goo.gl/G23xX>, página consultada el 12 de agosto de 2016.

⁴⁴⁹ *Ibidem*, artículo 1, p.17254.

- ❖ Ley Foral 11/2002, sobre los derechos del paciente a las Voluntades Anticipadas, a la Información y a la Documentación Clínica, de fecha 6 de mayo de 2002.⁴⁵⁰
- ❖ Decreto Foral 140/2003, por el que se crea el Registro Autonómico de Voluntades Anticipadas, de fecha 16 de junio de 2003.⁴⁵¹
- ❖ *Ley Foral de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de la muerte, de fecha 18 de marzo de 2011.*⁴⁵²

“...La presente Ley Foral tiene como objeto regular el ejercicio de los derechos de la persona durante el proceso de la muerte, los deberes del personal sanitario que atiende a estos pacientes, así como las garantías que las instituciones sanitarias y sociosanitarias estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso”.⁴⁵³

15.- La Rioja

- ❖ Ley 2/2002 de la Salud de la Rioja, de fecha 17 de abril de 2002.⁴⁵⁴
- ❖ *Ley 9/2005, Reguladora del Documento de Instrucciones Previas en el ámbito de la Sanidad, de fecha 30 de septiembre de 2005.*⁴⁵⁵

“...La presente Ley tiene por objeto regular, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el documento de instrucciones previas, como

⁴⁵⁰ Ley Foral 11/2002, sobre los Derechos del Paciente a las Voluntades Anticipadas, a la Información y a la Documentación Clínica, de fecha 6 de mayo de 2002, publicada en el Boletín Oficial de Navarra, número 58, el 13 de mayo de 2002, pp.4224-4227, <http://goo.gl/O5enJ>, página consultada el 17 de julio de 2016.

⁴⁵¹ Decreto Foral 140/2003, por el que se crea el Registro Autonómico de Voluntades Anticipadas, de fecha 16 de junio de 2003, publicado en el Boletín Oficial de Navarra, número 81, el 30 de junio de 2003, pp.6663-6665, <http://goo.gl/tWkz8>, página consultada el 17 de julio de 2016.

⁴⁵² Ley Foral de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de la muerte, *op. cit.*, nota 116, pp.7-16.

⁴⁵³ *Ibidem*, artículo 1, p.9.

⁴⁵⁴ Ley 2/2002, de la Salud de la Rioja, de fecha 17 de abril de 2002, publicada en el Boletín Oficial de la Rioja, número 49, el 23 de abril de 2002, <http://goo.gl/kuDi8>, página consultada el 28 de mayo de 2016.

⁴⁵⁵ Ley 9/2005, reguladora del Documento de Instrucciones Previas en el ámbito de la Sanidad, de fecha 30 de septiembre de 2005, publicada en el Boletín Oficial de la Rioja, número 133, el 6 de octubre de 2005, <http://goo.gl/RVxap>, página consultada el 28 de mayo de 2016.

cauce para hacer efectivo el derecho de la persona a expresar su voluntad sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que, llegado el momento, se encuentre privada de la capacidad para consentir por sí misma”.⁴⁵⁶

- ❖ Decreto 30/2006, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Rioja, de fecha 19 de mayo de 2006.⁴⁵⁷
 - ❖ Orden 8/2006, de la Consejería de Salud sobre la forma de otorgar Documento de Instrucciones Previas ante personal de la Administración, de fecha 26 de julio de 2006.⁴⁵⁸
- 16.- País Vasco
- ❖ *Ley 7/2002, de las Voluntades Anticipadas en el ámbito de la Sanidad, de fecha 12 de diciembre de 2002.*⁴⁵⁹

“...La presente Ley tiene por objeto hacer efectivo en la Comunidad Autónoma del País Vasco el derecho de las personas a la expresión anticipada de sus deseos con respecto a ciertas intervenciones médicas, mediante la regulación del documento de voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad”.⁴⁶⁰

⁴⁵⁶ *Ídem*, artículo 1.

⁴⁵⁷ Decreto 30/2006, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Rioja, de fecha 19 de mayo de 2006, publicado en el Boletín Oficial de la Rioja, número 69, el 25 de mayo de 2006, <http://goo.gl/uWXtj>, página consultada el 27 de mayo de 2016.

⁴⁵⁸ Orden 8/2006, de la Consejería de Salud sobre la forma de otorgar Documento de Instrucciones Previas ante personal de la Administración, publicado en el Boletín Oficial de la Rioja, número 103, el 5 de agosto de 2006, <http://goo.gl/EKuoI>, página consultada el 29 de mayo de 2016.

⁴⁵⁹ Ley 7/2002, de las Voluntades Anticipadas en el ámbito de la Sanidad, de fecha 12 de diciembre de 2002, publicada en el Boletín Oficial del País Vasco, número 248 ZK, el 30 de diciembre de 2002, pp. 23318-23323, <http://goo.gl/byVhA>, página consultada el 29 de mayo de 2016.

⁴⁶⁰ *Ibidem*, artículo 1, p.23320.

- ❖ Decreto 270/2003, que crea y regula el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas, de fecha 4 de noviembre de 2003.⁴⁶¹

17.- Valencia.-

- ❖ *Ley 1/2003, de la Generalitat, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana, de fecha 31 de enero de 2003.*⁴⁶²

“...La presente Ley tiene por objeto reconocer y garantizar los derechos y obligaciones que en materia sanitaria tienen los pacientes en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana”.⁴⁶³

- ❖ Ley 3/2003, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Valencia, de fecha 6 de febrero de 2003.⁴⁶⁴
- ❖ Decreto 168/2004, por el que se regula el Documento de Voluntades Anticipadas y se crea el Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad de Valencia, de fecha 10 de septiembre de 2004.⁴⁶⁵

⁴⁶¹ Decreto 270/2003, que crea y regula el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas, de fecha 4 de noviembre de 2003, publicado en el Boletín Oficial del País Vasco, número 233 ZK, el 28 de noviembre de 2003, pp.23021-23033, <http://goo.gl/H25Fs>, página consultada el 19 de mayo de 2016.

⁴⁶² Ley 1/2003, de la Generalitat, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana, de fecha 31 de enero de 2003, publicado en el Diario Oficial de la Generalidad de Valencia, número 4.430, el 31 de enero de 2003, pp.2222-2234, <http://goo.gl/xjRjU>, página consultada el 25 de mayo de 2016

⁴⁶³ *Ibidem*, artículo 1, p.2223.

⁴⁶⁴ Ley 3/2003, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Valencia, de fecha 6 de febrero de 2003, publicada en el Diario Oficial de la Generalidad de Valencia, número 4.440, el 14 de febrero de 2003, pp.4173-4198, <http://goo.gl/3N6sU>, página consultada el 23 de mayo de 2016.

⁴⁶⁵ Decreto 168/2004, por el que se regula el Documento de Voluntades Anticipadas y se crea el Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad de Valencia, de fecha 10 de septiembre de 2004, publicado en el Diario Oficial de la Generalidad de Valencia, número 4.846, el 21 de septiembre de 2004, pp.23375-23382, <http://goo.gl/56UCB>, página consultada el 23 de mayo de 2016.

2.6. Aspectos más Importantes de Algunas Legislaciones Autonómicas de Voluntad Anticipada en España.

Dado que sería excesivo analizar cada una de las legislaciones de nuestro tema de investigación en las 17 comunidades autónomas de España, hemos optado por analizar cinco de las legislaciones de las comunidades autónomas con el mayor número de documentos de instrucciones previas otorgados por su población, de acuerdo al Registro Nacional de Instrucciones Previas; lo anterior con el fin de plasmar en una serie de cuadros los aspectos más importantes de estas leyes:

A) COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

<p>1.- ¿Cual es la Principal Ley que Regula la Voluntad Anticipada en esta Comunidad Autónoma?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 21/2000, sobre Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, de fecha 29 de diciembre de 2000⁴⁶⁶
<p>2- ¿Cual es el Objeto y/o objetivos que se persiguen con la Regulación de la Voluntad Anticipada?</p>	<p>Objeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a) Determinar el derecho del paciente a la información concerniente a la propia salud y a su autonomía de decisión. • b) Regular la historia clínica de los pacientes de los servicios sanitarios.⁴⁶⁷
<p>3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?</p>	<p>Existen 2 vías de suscripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.- Ante notario. En este supuesto, no es precisa la presencia de testigos. • 2.- Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante.⁴⁶⁸
<p>4.- ¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de Voluntad Anticipada por parte de su suscriptor o personal médico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier persona mayor de edad, con capacidad suficiente y libremente podrá expresar las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurren no le permitan

⁴⁶⁶ Cfr. Ley 21/2000, sobre Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, pp.464-467.

⁴⁶⁷ Cfr. *Ibidem*, artículo 1, p.465

⁴⁶⁸ Cfr. *Ibidem*, artículo 8.2, p.466

	<p>expresar personalmente su voluntad; no obstante,</p> <ul style="list-style-type: none"> No se pueden tener en cuenta voluntades anticipadas que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica, o que no se correspondan exactamente con el supuesto de hecho que el sujeto ha previsto en el momento de emitir las.⁴⁶⁹
<p>5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo a la presente ley es una opción el nombramiento de un representante, que es el interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario, para que la sustituya en el caso de que no pueda expresar su voluntad por sí misma.⁴⁷⁰
<p>6.- ¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> No se limita el otorgamiento y ejecución a un aspecto negativo o positivo, ya que la ley únicamente señala que a través del documento de voluntades anticipadas el suscriptor expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad a través del mismo.⁴⁷¹
<p>7.- ¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> El Registro de Voluntades Anticipadas adscrito a la Dirección General de Recursos Sanitarios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, es el encargado a solicitud de la persona otorgante, de inscribir los documentos de voluntades anticipadas, independientemente de que se hayan emitido ante notario o notaria o de testigos.⁴⁷²
<p>8.- ¿Se prevé la opción de donar órganos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> No se pronuncian las leyes de voluntades anticipadas sobre esta opción.⁴⁷³
<p>9.- ¿Existe alguna característica especial sobre la Regulación de la Voluntad Anticipada en dicha Comunidad Autónoma?</p>	<p>Destacamos 1 aspecto importante de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> El acceso por parte del médico responsable al Registro de voluntades anticipadas se hará a través de comunicación telemática al fichero automatizado del Registro, mediante un sistema que garantice técnicamente la identidad de la

⁴⁶⁹ Cfr. *Ídem*, artículos 8.1 y 8.3

⁴⁷⁰ Cfr. *Ídem*, artículo 8.1

⁴⁷¹ Cfr. *Ídem*.

⁴⁷² Cfr. Decreto 175/2002, que regula el Registro de Voluntades Anticipadas, *op. cit.*, nota 425, artículo 1, p.11616.

⁴⁷³ Véase: Ley 21/2000, sobre Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 115, pp.464-467 y Decreto 175/2002, que regula el Registro de Voluntades Anticipadas, *op. cit.*, nota 425, pp.11616-11619.

	<p>persona destinataria de la información, la integridad de la comunicación, la disponibilidad las veinticuatro horas del día, la conservación de la información comunicada y la constancia de la transmisión, incluida la fecha, y que, a su vez, garantice la confidencialidad de los datos.⁴⁷⁴</p>
--	--

B) COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCIA

<p>1.- ¿Cual es la Principal Ley que Regula la Voluntad Anticipada en esta Comunidad Autónoma?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 5/2003, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada, de fecha 9 de octubre de 2003⁴⁷⁵
<p>2.- ¿Cual es el Objeto y/o objetivos que se persiguen con la Regulación de la Voluntad Anticipada?</p>	<p>Objeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La presente Ley tiene por objeto regular, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la declaración de voluntad vital anticipada, como cauce del ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma⁴⁷⁶
<p>3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Del concepto de declaración de voluntad vital anticipada que nos da la propia ley 5/2003, así como de cada una de sus disposiciones legales se desprende que para la suscripción de este instrumento jurídico únicamente se requiere que obre por escrito y que sea presentado ante el registro de voluntades vitales anticipadas de Andalucía para su inscripción.⁴⁷⁷
<p>4.- ¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de Voluntad Anticipada por parte de su suscriptor o personal médico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tan solo se requiere para otorgar el documento de voluntad anticipada que el otorgante sea una persona mayor de edad, menor emancipado, capaz, consciente y que libremente exprese por escrito las opciones e instrucciones que deben respetarse en la asistencia sanitaria que reciba en el caso de que concurren circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad, además se requiere la identificación del autor, su firma, así como fecha y lugar del otorgamiento.

⁴⁷⁴ Cfr. Decreto 175/2002, que regula el Registro de Voluntades Anticipadas, *op. cit.*, nota 425, artículo 6.2, pp.11617.

⁴⁷⁵ Cfr. Ley 5/2003, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada, de fecha 9 de octubre de 2003, *op. cit.*, nota 394, pp. 41231 y 41234,

⁴⁷⁶ Cfr. *Ibidem*, artículo 1, p.41233.

⁴⁷⁷ Cfr. *Ibidem*, artículos 2, 4, 5, 6, 7 y 9, pp. 41233 y 41234

	<ul style="list-style-type: none"> • Para la ejecución de la declaración de voluntad vital anticipada es necesario que esta declaración se encuentre inscrita en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía, pero además que sobrevengan y se mantengan las situaciones previstas en dicho documento.⁴⁷⁸
<p>5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En la declaración de voluntad vital anticipada, su autor podrá manifestar: La designación de un representante, plenamente identificado, que será quien le sustituya en el otorgamiento del consentimiento informado, en los casos en que éste proceda.⁴⁷⁹
<p>6.- ¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se limita el otorgamiento y ejecución a un aspecto negativo o positivo, ya que la ley únicamente señala que a través de la declaración de voluntad vital anticipada, su autor podrá manifestar Las opciones e instrucciones, expresas y previas, que, ante circunstancias clínicas que le impidan manifestar su voluntad, deberá respetar el personal sanitario responsable de su asistencia sanitaria.⁴⁸⁰
<p>7.- ¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía, el cual está adscrito a la Consejería de Salud, es el encargado de la custodia, conservación y accesibilidad de las declaraciones de voluntad vital anticipada emitidas en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Reglamentariamente, se determinará la organización y funcionamiento del citado Registro, asegurando en todo caso la confidencialidad y el respeto de la legislación de protección de datos personales, con el objetivo de dotar de efectividad a las declaraciones de voluntad vital anticipada⁴⁸¹
<p>8.- ¿Se prevé la opción de donar órganos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro del contenido de la declaración de voluntad vital anticipada el autor podrá manifestar Su decisión respecto de la donación de sus órganos o de alguno de ellos en concreto, en el supuesto que se produzca el fallecimiento, de acuerdo con lo establecido en la legislación general en la materia.⁴⁸²

⁴⁷⁸ Cfr. *Ibidem*, artículos 4, 5, 7, p.41233.

⁴⁷⁹ Cfr. *Ídem*, artículo 3.2

⁴⁸⁰ Cfr. *Ídem*, artículo 3.1

⁴⁸¹ Cfr. *Ibidem*, artículo 9, p.41234

⁴⁸² Cfr. *Ibidem*, artículo 3.3, p.41233

<p>9.- ¿Existe alguna característica especial sobre la Regulación de la voluntad anticipada en dicha comunidad autónoma?</p>	<p>Destacamos 1 aspecto importante de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se prevé que si una persona ha otorgado una declaración de voluntad vital anticipada y posteriormente emite un consentimiento informado eficaz que contraría, exceptúa o matiza las instrucciones contenidas en aquélla, para la situación presente o el tratamiento en curso, prevalecerá lo manifestado mediante el consentimiento informado para ese proceso sanitario, aunque a lo largo del mismo quede en situación de no poder expresar su voluntad.⁴⁸³
---	--

C) COMUNIDAD AUTÓNOMA DE VALENCIA

<p>1.- ¿Cual es la Principal Ley que Regula la Voluntad Anticipada en esta Comunidad Autónoma?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1/2003, de la Generalitat, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana, de fecha 31 de enero de 2003.⁴⁸⁴
<p>2- ¿Cual es el Objeto y/o objetivos que se persiguen con la Regulación de la Voluntad Anticipada?</p>	<p>Objeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La presente ley tiene por objeto reconocer y garantizar los derechos y obligaciones que en materia sanitaria tienen los pacientes en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana.⁴⁸⁵
<p>3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La declaración de voluntades anticipadas deberá formalizarse mediante alguno de los procedimientos siguientes: a) Ante notario. En este supuesto no será necesaria la presencia de testigos. b) Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no tendrán relación de parentesco hasta el segundo grado ni vinculación patrimonial con el otorgante. c) O cualquier otro procedimiento que sea establecido legalmente.⁴⁸⁶
<p>4.- ¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de Voluntad Anticipada por parte de su suscriptor o personal médico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier persona mayor de edad o menor emancipada, con capacidad legal suficiente y libremente, podrá otorgar la declaración de voluntades anticipadas, sin embargo No podrán tenerse en cuenta voluntades anticipadas que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica

⁴⁸³ Cfr. *Ídem*, artículo 8.2

⁴⁸⁴ Cfr. Ley 1/2003, de la Generalitat, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana, *op. cit.*, nota 462, pp.2222-2234.

⁴⁸⁵ Cfr. *Ibidem*, artículo 1, p.2223.

⁴⁸⁶ Cfr. *Ibidem*, artículo 17.3, p.2228.

	<p>clínica, o que no se correspondan exactamente con el supuesto de hecho que el sujeto ha previsto en el momento de emitirlos. En estos casos, quedará constancia razonada de ello en la historia clínica del paciente.⁴⁸⁷</p>
<p>5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La persona otorgante podrá designar a un representante que será el interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario para que, caso de no poder expresar por sí misma su voluntad, la sustituya.⁴⁸⁸
<p>6.- ¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se limita el otorgamiento y ejecución a un aspecto negativo o positivo, ya que la ley únicamente señala que a través de las voluntades anticipadas, su autor podrá manifestar las instrucciones que sobre las actuaciones médicas se deben tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias que concurran no le permitan expresar libremente su voluntad.⁴⁸⁹
<p>7.- ¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas otorgantes podrán inscribir el otorgamiento, la modificación, sustitución o la revocación de los documentos de voluntad anticipada emitidos conforme a la ley ante el Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana en la Conselleria competente en materia de Sanidad, adscrito a la Dirección General con competencias en materia de Calidad y Atención al Paciente.⁴⁹⁰
<p>8.- ¿Se prevé la opción de donar órganos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En la declaración de voluntades anticipadas, la persona interesada podrá hacer constar la decisión respecto a la donación de sus órganos con finalidad terapéutica, docente o de investigación. En este caso, no se requerirá autorización para la extracción o la utilización de los órganos donados.⁴⁹¹
<p>9.- ¿Existe alguna característica especial sobre la Regulación de la voluntad anticipada en dicha comunidad autónoma?</p>	<p>Destacamos 1 aspecto importante de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando existan voluntades anticipadas, la persona que las otorga, o cualquier otra, hará

⁴⁸⁷ Cfr. *Ibidem*, artículo 17.1 y 17.5, pp. 2228 y 2229

⁴⁸⁸ Cfr. *Ibidem*, artículo 17.1, p.2228

⁴⁸⁹ Cfr. *Ídem*.

⁴⁹⁰ Cfr. Decreto 168/2004, por el que se regula el Documento de Voluntades Anticipadas y se crea el Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad de Valencia, *op. cit.*, nota 465, artículo 6.1 p.23377.

⁴⁹¹ Cfr. Ley 1/2003, de la Generalitat, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana, *op. cit.*, nota 462, artículo 17.6 pp.2229.

	llegar el documento al centro sanitario donde esté hospitalizada y/o a cualquier otro lugar donde esté siendo atendida la persona. Este documento será incorporado a la historia clínica del paciente. ⁴⁹²
--	---

D) COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

1.- ¿Cual es la Principal Ley que Regula la Voluntad Anticipada en esta Comunidad Autónoma?	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 3/2005, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular Instrucciones Previas en el ámbito Sanitario y se crea el Registro correspondiente, de fecha 23 de mayo de 2005.⁴⁹³
2- ¿Cual es el Objeto y/o objetivos que se persiguen con la Regulación de la Voluntad Anticipada?	<p>Objeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La presente Ley tiene por objeto, en el ámbito de la Comunidad de Madrid, la regulación del derecho de los ciudadanos a formular instrucciones previas y la creación del Registro de la Comunidad de Madrid del mismo nombre.⁴⁹⁴
3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?	<ul style="list-style-type: none"> • Podrá otorgarse mediante cualquiera de los siguientes procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> a) Ante notario, en cuyo supuesto no será necesaria la presencia de testigos. b) Ante el personal al Servicio de la Administración, en las condiciones que se determinen mediante Orden del Consejero de Sanidad y Consumo. Desde la Consejería de Sanidad y Consumo, en la forma que reglamentariamente se determine, se garantizarán mecanismos de formalización en todas las áreas sanitarias. c) Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no deberán tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por matrimonio o vínculo de análoga relación de afectividad en la forma establecida legalmente, relación laboral, patrimonial, de servicio u otro vínculo obligacional con el otorgante.⁴⁹⁵

⁴⁹² Cfr. Decreto 175/2002, que regula el Registro de Voluntades Anticipadas, *op. cit.*, nota 425, artículo 6.2, p.11617.

⁴⁹³ Cfr. Ley 3/2005, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular Instrucciones Previas en el ámbito Sanitario y se Crea el Registro correspondiente, *op. cit.*, nota 442, pp. 4-6

⁴⁹⁴ Cfr. *Ibidem*, artículo 1, p.4

⁴⁹⁵ Cfr. *Ibidem*, artículo 5.2, p.5.

<p>4.- ¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de Voluntad Anticipada por parte de su suscriptor o personal médico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para otorgar el documento de instrucciones previas se requiere el cumplimiento de los siguientes requisitos: <p>Requisitos de capacidad: a) Ser mayor de edad y no haber sido incapacitado judicialmente. b) Manifestar libremente la correspondiente declaración de voluntad.</p> <p>Requisitos para la Formalización: Para la formalización del documento de instrucciones previas deberán constar siempre por escrito, de manera que exista seguridad sobre el contenido del documento, debiendo figurar en el mismo la identificación del autor, su firma, fecha y lugar de otorgamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como limitante para ejecutar el documento de instrucciones previas tenemos que no serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la <i>lex artis</i>, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En estos supuestos se dejará constancia razonada en la historia clínica mediante las anotaciones correspondientes. Tampoco serán aplicables, y en consecuencia se tendrán por no puestas, las instrucciones relativas a las intervenciones médicas que la persona otorgante haya manifestado que desee recibir cuando resulten contraindicadas para su patología, debiendo figurar anotadas y motivadas dichas contraindicaciones en la historia clínica del paciente, pero además, los profesionales sanitarios podrán ejercer la objeción de conciencia con ocasión del cumplimiento de las instrucciones previas, sin perjuicio de que La Administración sanitaria adopte las medidas necesarias para garantizar que se cumpla la voluntad del paciente.⁴⁹⁶
<p>5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El otorgante del documento podrá designar uno o varios representantes por el orden y en la forma que estime conveniente para que, llegado el caso, sirvan como interlocutores suyos con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.⁴⁹⁷
<p>6.- ¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se limita el otorgamiento y ejecución a un aspecto negativo o positivo, ya que dentro del

⁴⁹⁶ Cfr. *Ibidem*, artículos 3.2, 3.3, 4, 5.1, 11, pp. 5 y 6

⁴⁹⁷ Cfr. *Ibidem*, artículo 10.1, p.5

<p>a un aspecto negativo o positivo?</p>	<p>contenido del documento de instrucciones previas tenemos que La manifestación anticipada de los deseos del suscriptor puede referirse a los cuidados y al tratamiento de la salud, en el supuesto de situaciones críticas vitales e irreversibles respecto a la vida, en la inteligencia que podrá incorporar declaraciones para que se evite el sufrimiento con medidas paliativas, no se prolongue la vida artificialmente por medio de tecnologías y tratamientos desproporcionados o extraordinarios, pero además las instrucciones sobre el tratamiento pueden incluir previsiones relativas a las intervenciones médicas que se deseen recibir, aquellas que no se deseen recibir u otras cuestiones relacionadas con el final de la vida, siempre que sean conformes con la <i>lex artis</i>.⁴⁹⁸</p>
<p>7.- ¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A través del Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid, el cual estará adscrito a la Consejería de Sanidad y Consumo, se encargara de la custodia, conservación y accesibilidad de los documentos de instrucciones previas emitidos en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid, donde las personas interesadas podrán inscribir, si es su deseo, el otorgamiento, la modificación, la sustitución y la revocación de las mismas.⁴⁹⁹
<p>8.- ¿Se prevé la opción de donar órganos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En lo que se refiere al destino del cuerpo o de sus órganos o piezas anatómicas, la persona interesada podrá hacer constar la decisión respecto a la donación de los mismos, con finalidad terapéutica, docente o de investigación, no requiriéndose autorización en estos casos para la extracción o la utilización de los órganos o piezas anatómicas donados.⁵⁰⁰
<p>9.- ¿Existe alguna característica especial sobre la Regulación de la voluntad anticipada en dicha comunidad autónoma?</p>	<p>Destacamos 2 aspecto importantes de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las instrucciones sobre el tratamiento pueden incluir previsiones relativas a las intervenciones médicas que se deseen recibir, aquellas que no se deseen recibir u otras cuestiones relacionadas con el final de la vida, siempre que sean conformes con la <i>lex artis</i>.

⁴⁹⁸ Cfr. *Ídem*, artículos 6.1 y 6.2.

⁴⁹⁹ Cfr. *Ibidem*, artículo 12, p.6

⁵⁰⁰ Cfr. *Ibidem*, artículo 6.3, p.5

	<ul style="list-style-type: none"> • En el documento de instrucciones previas los pacientes podrán manifestar anticipadamente su voluntad de no ser informados en los supuestos de diagnóstico fatal. En este caso, el declarante podrá designar una o varias personas a las que el médico deba informar.⁵⁰¹
--	--

E) COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PAÍS VASCO

<p>1.- ¿Cual es la Principal Ley que Regula la Voluntad Anticipada en esta Comunidad Autónoma?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 7/2002, de las Voluntades Anticipadas en el ámbito de la Sanidad, de fecha 12 de diciembre de 2002.⁵⁰²
<p>2- ¿Cual es el Objeto y/o Objetivos que se persiguen con la Regulación de la Voluntad Anticipada?</p>	<p>Objeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La presente ley tiene por objeto hacer efectivo en la Comunidad Autónoma del País Vasco el derecho de las personas a la expresión anticipada de sus deseos con respecto a ciertas intervenciones médicas, mediante la regulación del documento de voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.⁵⁰³
<p>3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El documento se formaliza por escrito y mediante uno de los siguientes procedimientos a elección de la persona que lo otorga: a) Ante notario. b) Ante el funcionario o empleado público encargado del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas. c) Ante tres testigos.⁵⁰⁴
<p>4.- ¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de Voluntad Anticipada por parte de su suscriptor o personal médico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier persona mayor de edad que no haya sido judicialmente incapacitada para ello y actúe libremente tiene derecho a manifestar sus objetivos vitales y valores personales, así como las instrucciones sobre su tratamiento. • Sin embargo al momento de la aplicación del documento de voluntades anticipadas se tendrán por no puestas las instrucciones que en el momento de ser aplicadas resulten contrarias al ordenamiento jurídico o no se correspondan con los tipos de supuestos previstos por la persona otorgante al formalizar el documento de voluntades anticipadas. También se tendrán por no puestas las instrucciones relativas a las intervenciones médicas que la persona otorgante desea recibir cuando resulten

⁵⁰¹ Cfr. *Ídem*, artículos 6.2 y 6.4

⁵⁰² Cfr. Ley 7/2002, de las Voluntades Anticipadas en el ámbito de la Sanidad, *op. cit.*, nota 459, pp. 23318-23323.

⁵⁰³ Cfr. *Ibidem*, artículo 1, p. 23320

⁵⁰⁴ Cfr. *Ibidem*, artículo 3.2, p.23321.

	<p>contraindicadas para su patología. Las contraindicaciones deberán figurar anotadas y motivadas en la historia clínica del paciente.⁵⁰⁵</p>
<p>5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El suscriptor podrá designar uno o varios representantes para que sean los interlocutores válidos del médico o del equipo sanitario y facultarles para interpretar sus valores e instrucciones.⁵⁰⁶
<p>6.- ¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo, ya que la ley únicamente señala que a través del documento de voluntades anticipadas el suscriptor podrá manifestar sus objetivos vitales y valores personales, así como las instrucciones sobre su tratamiento, que el médico o el equipo sanitario que le atiendan respetarán cuando se encuentre en una situación en la que no le sea posible expresar su voluntad.⁵⁰⁷
<p>7.- ¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A través del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas adscrito al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, las personas otorgantes voluntariamente podrán inscribir el otorgamiento, la modificación, la sustitución y la revocación de los documentos de voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.⁵⁰⁸
<p>8.- ¿Se prevé la opción de donar órganos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se prevé la opción de donar órganos a través del documento de voluntad anticipada.⁵⁰⁹
<p>9.- ¿Existe alguna característica especial sobre la Regulación de la voluntad anticipada en dicha comunidad autónoma?</p>	<p>Destacamos 2 aspectos importantes de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La expresión de los objetivos vitales y valores personales en el documento de voluntades anticipadas tiene como fin ayudar a interpretar las instrucciones y servir de orientación para la toma de decisiones clínicas llegado el momento, asimismo se podrá designar uno o varios representantes para que sean los interlocutores válidos del médico o del equipo sanitario y facultarles para interpretar sus valores e instrucciones. • Las instrucciones sobre el tratamiento pueden referirse tanto a una enfermedad o lesión que la

⁵⁰⁵ Cfr. *Ibidem*, artículo 2.1, pp. 23320-23322

⁵⁰⁶ Cfr. *Ibidem*, artículo 2.3, p. 23320

⁵⁰⁷ Cfr. *Ídem*, artículo 2.1.

⁵⁰⁸ Cfr. *Ibidem*, artículo 6.1, p.23322

⁵⁰⁹ Véase: *Ibidem*, pp. 23318-23323.

	<p>persona otorgante ya padece como a las que eventualmente podría padecer en un futuro, e incluir previsiones relativas a las intervenciones médicas acordes con la buena práctica clínica que desea recibir, o las que no desea recibir y otras cuestiones relacionadas con el final de la vida.⁵¹⁰</p>
--	--

2.7. Número de Inscripciones en el Registro Nacional de Instrucciones previas de España.

Antes de entrar en materia es importante recordar lo que señala el artículo 11.1 de la Ley Básica 41/2002 sobre el documento de Instrucciones previas. A continuación transcribimos una parte del mismo: “Artículo 11. 1 Por el documento de instrucciones previas, 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. ...”⁵¹¹

Ahora bien, para que lo plasmado en líneas anteriores sea eficaz, se requiere que el documento de Instrucciones previas llegue a ser del conocimiento de todo aquel médico y personal de salud que vaya a asistir al usuario de los servicios de salud pública y privada sin importar la provincia o comunidad autónoma de la que se trate, motivo por el cual el mismo precepto legal en su punto cinco (artículo 11.5) refiere que: “...Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro Nacional de Instrucciones Previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.”⁵¹²

⁵¹⁰ Cfr. *Ibidem*, artículo 2.2, 2.3 y 2.4 pp. 23320 y 23321

⁵¹¹ Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 11.1, p. 40129

⁵¹² *Ibidem*, artículo 11.5

En este sentido el Registro Nacional de Instrucciones Previas al mes de enero del año 2017 contaba con un total de 220.943 documentos de instrucciones previas registrados en 17 comunidades autónomas además del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, siendo la comunidad autónoma de Cataluña la que registra el mayor número de documentos de Instrucciones Previas Registrados con una cifra de 63.959, posteriormente Andalucía con una cifra de 32.825, seguido por la Comunidad Valenciana con 21.310, Madrid con 21.273, y País Vasco con 18.697, como se observa de la siguiente tabla:

**NÚMERO DE INSCRIPCIONES EN EL RNIP DESDE SINCRONIZACIÓN
COMPLETA DE LOS REGISTROS AUTONOMICOS⁵¹³**

REGISTRO AUTONOMICO	ENERO 2013	ENERO 2014	ENERO 2015	ENERO 2016	ENERO 2017
ANDALUCIA	23.397	25.329	27.407	29.949	32.825
ARAGÓN	5.012	5.494	6.007	6.660	7.384
ASTURIAS	3.805	4.261	4.718	5.161	5.687
BALEARES	3.121	3.740	4.544	5.312	6.197
CANARIAS	6.001	6.757	7.602	8.404	9.290
CANTABRIA	1.413	1.598	1.850	2.078	2.366
CASTILLA - LA MANCHA	4.047	4.474	4.960	5.481	6.049
CASTILLA Y LEÓN	4.380	5.171	5.923	6.805	7.958
CATALUÑA	47.773	50.957	56.167	59.606	63.959
C. VALENCIANA	14.474	15.776	17.478	19.343	21.310
EXTREMADURA	1.039	1.160	1.264	1.429	1.579
GALICIA	2.537	3.545	4.105	4.646	5.795
MADRID	12.307	14.205	16.363	18.724	21.273
MURCIA	2.889	3.132	3.399	3.648	3.940
NAVARRA	1.755	2.200	2.722	3.327	4.174
PAIS VASCO	10.506	11.970	13.975	16.033	18.697
LA RIOJA	1.317	1.555	1.773	2.052	2.353
MSSSI (*)	2	4	70	93	107
TOTAL	145.775	161.328	180.327	198.751	220.943

⁵¹³Cfr. Número de Inscripciones en el RNIP Desde Sincronización Completa de los Registros Autonómicos, <https://goo.gl/CN2DD6>, página consultada el 03 de febrero de 2017.

(*) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Para inscripciones provisionales referidas a Ceuta y Melilla Se inicia la serie en 2013 ya que la sincronización completa de los registros autonómicos con el nacional no se concluyó hasta diciembre 2012

Por otra parte, también queremos diferenciar las cifras de los documentos de instrucciones previas otorgados por los Ciudadanos Españoles así como por aquellos extranjeros que decidieron acogerse a la figura de la voluntad anticipada a través de la legislación correspondiente de cada Comunidad Autónoma, en este sentido tenemos que al mes de enero de 2017 se cuantificó un total de 195.488 declaraciones de instrucciones previas activas otorgadas por Ciudadanos Españoles, y un total de 25.455 Declaraciones de Instrucciones Previas Activas de Extranjeros, como se observa de la siguiente tabla:

NACIONALIDAD DE LOS DECLARANTES DE LAS INSTRUCCIONES PREVIAS ACTIVAS. Registro Nacional de Instrucciones Previas. Enero 2017⁵¹⁴

	ESPAÑOLES	EXTRANJEROS
ANDALUCIA	28.252	4.573
ARAGON	7.129	255
ASTURIAS	5.572	115
BALEARES	5.199	998
CANARIAS	6.865	2.425
CANTABRIA	2.339	27
CASTILLA LA MANCHA	5.618	431
CASTILLA Y LEÓN	7.661	297
CATALUÑA	51.982	11.977
COMUNIDAD VALENCIANA	18.767	2.543
EXTREMADURA	1.570	9
GALICIA	5.795	
MADRID	20.538	735
MURCIA	3.576	364
NAVARRA	3.501	673
PAÍS VASCO	18.695	2
RIOJA	2.323	30
CEUTA Y MELILLA (*)	106	1
TOTAL NACIONAL	195.488	25.455

Así mismo, podemos resaltar como un dato cuantitativo y cualitativo que el rango de edad que reúne el mayor número de Instrucciones Previas suscritos al mes de Enero de 2017 se encuentra entre los adultos mayores de 65 años, observándose que conforme la edad de la población disminuye, también desciende

⁵¹⁴ Cfr. Nacionalidad de los Declarantes de las Instrucciones Previas Activas. Registro Nacional de Instrucciones Previas. Enero 2017, <https://goo.gl/yP44A3>, página consultada el 7 de febrero de 2017.

(*) Inscrición Provisional del Registro del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)

el número de Instrucciones previas otorgadas entre la población, tal y como se advierte de la siguiente tabla:

DECLARANTES CON IP ACTIVA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA Y GRUPOS DE EDAD. Registro Nacional de Instrucciones Previas. Enero 2017⁵¹⁵

	< 18 años (*)	18-30	31-50	51-65	>65	TOTAL	Población 01/01/2016 (**)	Tasa Por 1.000 Hab.
ANDALUCIA	2	1.348	8.495	11.115	11.865	32.825	8.388.107	3,91
ARAGON		117	1.277	2.421	3.569	7.384	1.308.563	5,64
ASTURIAS		117	994	1.960	2.616	5.687	1.042.608	5,45
BALEARES	4	131	1.032	1.790	3.240	6.197	1.107.220	5,60
CANARIAS	2	414	2.440	2.978	3.456	9.290	2.101.924	4,42
CANTABRIA		48	472	836	1.010	2.366	582.206	4,06
CASTILLA LA MANCHA		264	1.667	2.090	2.028	6.049	2.041.631	2,96
CASTILLA Y LEON		137	1.376	2.965	3.480	7.958	2.447.519	3,25
CATALUÑA	29	889	9.322	16.727	36.992	63.959	7.522.596	8,50
C. VALENCIANA	5	698	4.449	6.550	9.608	21.310	4.959.968	4,30
EXTREMADURA		68	433	481	597	1.579	1.087.778	1,45
GALICIA		147	1.196	1.919	2.533	5.795	2.718.525	2,13
MADRID		363	3.623	6.590	10.697	21.273	6.466.996	3,29
MURCIA		188	1.063	1.244	1.445	3.940	1.464.847	2,69
NAVARRA	2	48	607	1.436	2.081	4.174	640.647	6,52
PAIS VASCO		171	2.284	6.275	9.967	18.697	2.189.534	8,54
RIOJA		47	385	872	1.049	2.353	315.794	7,45
CEUTA Y MELILLA (***)		6	29	38	34	107	170.545	0,63
TOTAL NACIONAL.	44	5.201	41.144	68.287	106.267	220.943	46.557.008	4,75

Finalmente hay que acentuar que existe una diferencia marcada entre el número de instrucciones previas otorgadas en las diferentes comunidades Autónomas que obedece al sexo de los suscriptores, en otras palabras, se advierte que quienes han otorgado mayor número de instrucciones previas son los

⁵¹⁵ Cfr. Declarantes Con IP Activa por Comunidad Autónoma y Grupos de Edad Registro Nacional de Instrucciones Previas. Enero 2017, <https://goo.gl/LwLwLw>, página consultada el 06 de enero de 2017.

(*) Los datos indicados corresponden a las Comunidades Autónomas que permiten la inscripción de menores. Sólo la Comunidad Autónoma de Andalucía permite, expresamente, la inscripción de menores emancipados o con 16 años cumplidos.

(**) El Real Decreto 1079/2015, de 27 de noviembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del padrón municipal referidas al 1 de enero de 2015.

(***) Inscripción Provisional del Registro del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).

suscriptores del sexo femenino, y que únicamente en la Comunidad Autónoma de Cantabria no se cuenta con datos que permitan apreciar estas diferencias entre hombres y mujeres.

DECLARANTES CON IP ACTIVA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA Y SEXO
Registro Nacional de Instrucciones Previas. Enero 2017⁵¹⁶

Comunidad Autónoma	Hombres	Mujeres	No Consta	Total	Población 01/01/2016(*)	Hombres por 1.000 Hab.	Mujeres por 1.000 Hab.	Total por 1.000 Hab.
ANDALUCIA	13.141	19.566	118	32.825	8.388.107	1,57	2,33	3,91
ARAGON	2.747	4.636	1	7.384	1.308.563	2,10	3,54	5,64
ASTURIAS	2.171	3.516		5.687	1.042.608	2,08	3,37	5,45
BALEARES	2.323	3.874		6.197	1.107.220	2,10	3,50	5,60
CANARIAS	3.562	5.728		9.290	2.101.924	1,69	2,73	4,42
CANTABRIA	2.366			2.366	582.206	4,06	-	4,06
CASTILLA LA MANCHA	2.365	3.684		6.049	2.041.631	1,16	1,80	2,96
CASTILLA Y LEON	2.797	5.161		7.958	2.447.519	1,14	2,11	3,25
CATALUÑA	18.498	32.412	13.049	63.959	7.522.596	2,46	4,31	8,50
C.VALENCIANA	7.976	13.334		21.310	4.959.968	1,61	2,69	4,30
EXTREMADURA	673	906		1.579	1.087.778	0,62	0,83	1,45
GALICIA	2.136	3.659		5.795	2.718.525	0,79	1,35	2,13
MADRID	7.418	13.852	3	21.273	6.466.996	1,15	2,14	3,29
MURCIA	1.557	2.382	1	3.940	1.464.847	1,06	1,63	2,69
NAVARRA	1.489	2.685		4.174	640.647	2,32	4,19	6,52
PAIS VASCO	6.355	12.339	3	18.697	2.189.534	2,90	5,64	8,54
RIOJA	820	1.533		2.353	315.794	2,60	4,85	7,45
CEUTA Y MELILLA	43	64		107	170.545	0,25	0,38	0,63
TOTAL NACIONAL.	78.437	129.331	13.175	220.943	46.557.008	1,68	2,78	4,75

⁵¹⁶ Cfr. Declarantes con IP Activa por Comunidad Autónoma y Sexo. Registro Nacional de Instrucciones Previas. Enero 2017, <https://goo.gl/59ZIS3>, página consultada el 7 de febrero de 2017.

CAPITULO 3

MARCO JURÍDICO DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA EN MÉXICO.

Así como se realizó un análisis del marco jurídico de la voluntad anticipada en España, partiendo de la Constitución Española hasta llegar a la Ley 21/2000 de la Comunidad Autónoma de Cataluña, en el presente apartado aplicaremos el mismo orden de análisis al marco jurídico de la voluntad anticipada vigente en México, comenzando por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos hasta descender a la ley de voluntad anticipada de la Ciudad de México dado que resultaría ocioso realizar un análisis detallado de cada una de las leyes de voluntad anticipada de los Estados de la Republica Mexicana que cuentan con una legislación sobre la materia, además de que la actual Ciudad de México, fue la primera en legislar sobre dicho tema en México, sirviendo de inspiración para que posteriormente otros Estados de la Republica Mexicana legislaran al respecto.

Ahora bien, en la parte final de este tercer capítulo se agregarán aquellos datos estadísticos que permitan apreciar el incremento del número de documentos de voluntad anticipada por lo menos en la Ciudad de México y las características de sus suscriptores para tratar de encontrar los aspectos que han influido de forma directa o indirecta en su avance, siendo importante mencionar que nos basamos en los datos de la Ciudad de México, dado que en nuestro país no se cuenta con un Registro Nacional de Documentos de Voluntad Anticipada, ni mucho menos con una Ley Federal sobre el tema.

3.1. Aspectos Relevantes de la Voluntad Anticipada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En el caso de México las disposiciones legales que regulan la Voluntad Anticipada son pocas, en este sentido atendiendo al orden jerárquico que impera en nuestro sistema jurídico, debemos considerar en primer lugar a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,⁵¹⁷ en la que podemos destacar lo

⁵¹⁷ Para el desarrollo del presente apartado utilizaremos la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, última Reforma Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 29 de enero de 2016. Véase: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos *op. cit.* nota 30.

señalado en su artículo 4, el cual establece el derecho a la protección de la salud, así como el artículo 24 que establece la libertad ética y religiosa al señalar que toda persona es libre de profesar la creencia religiosa que más le agrade, siempre que no constituyan un delito o falta penados por la Ley. A continuación nos permitimos transcribir dichos preceptos constitucionales para una mejor apreciación:

Artículo 4.- “...Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la Fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución...”⁵¹⁸

Artículo 24. “Toda persona tiene derecho a la libertad de convicciones éticas, de conciencia y de religión, y a tener o adoptar, en su caso, la de su agrado. Esta libertad incluye el derecho de participar, individual o colectivamente, tanto en público como en privado, en las ceremonias, devociones o actos del culto respectivo, siempre que no constituyan un delito o falta penados por la ley. ...”⁵¹⁹

Los anteriores artículos en relación con los principios de libertad y dignidad que recoge nuestra constitución en los artículos 1, y 25 constituyen a nuestro parecer el fundamento constitucional de la Voluntad Anticipada al contener los principios anteriormente aludidos en los que se basa nuestro objeto de estudio, en este sentido cabe decir que si bien es cierto que no existe en nuestro máximo ordenamiento legal disposición legal específica que regule a la Voluntad Anticipada, no menos cierto es que si podemos encontrar algunos de los principios que la sustentan, como se puede apreciar a continuación:

⁵¹⁸ *Ídem*, artículo 4. Por otra parte en la fracción XVI del Artículo 73 a la letra reza: “El congreso tiene facultad: ...XVI.- Para dictar Leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República...”, dicho artículo puede ser el fundamento Constitucional para que exista una Ley de Voluntad Anticipada a nivel Federal, toda vez que indudablemente la Voluntad Anticipada se encuentra vinculada a la salud. Véase: *Ídem*, artículo 73, Fracción XVI.

⁵¹⁹ *Ídem*, artículo 24. En algunos documentos de Voluntad Anticipada hemos podido observar que se dejan disposiciones o instrucciones respecto a las ceremonias religiosas que desea el suscriptor se lleven a cabo, en caso de su fallecimiento, sobre todo en los documentos de voluntad anticipada de ciertas comunidades autónomas Españolas.

Artículo 1. “En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. (...)”

Está prohibida la esclavitud en los Estados Unidos Mexicanos. Los esclavos del extranjero que entren al territorio nacional alcanzarán, por este solo hecho, su libertad y la protección de las Leyes.

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.”⁵²⁰

Artículo 25.- “Corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral y sustentable, que fortalezca la Soberanía de la Nación y su régimen democrático y que, mediante el fomento del crecimiento económico y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales, cuya seguridad protege esta Constitución...”⁵²¹

3.2. Inexistencia de Tratados y Convenios Internacionales Suscritos por México en Materia de Voluntad Anticipada.

Ahora bien, por lo que respecta a algún convenio o tratado Internacional que haya suscrito México, y que constituya una normatividad que vincule a nuestro país a su observancia en materia de Voluntad Anticipada, no existe un tratado especial

⁵²⁰ *Ídem*, artículo 1. El artículo en mención nos habla especialmente del principio de libertad, no obstante también garantiza que todos los mexicanos gozaran de los derechos humanos reconocidos en esta constitución y en los tratados internacionales; de lo cual podemos inferir que tales derechos se encuentran plasmados en la declaración universal de los derechos del hombre proclamada por la asamblea de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, así como en la misma Constitución, y dentro de los cuales encontramos la libertad, igualdad, dignidad, etcétera.

⁵²¹ *Ídem*, artículo 25. El artículo en cita señala que le corresponde al estado la rectoría del desarrollo nacional, a fin de lograr el bienestar social, así como el pleno ejercicio de la libertad y dignidad de los individuos.

en este tema, caso contrario de España y muchos otros países de Europa que cuentan con el convenio de Oviedo de 1997, sin embargo para efectos de fortalecer el principio bioético de autonomía de la voluntad y los derechos fundamentales de libertad y dignidad que son la base de la voluntad anticipada, podemos citar a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, también conocida como el PACTO DE SAN JOSE DE COSTA RICA, de fecha Veintidós de noviembre de mil novecientos Sesenta y Nueve, el cual pasamos a analizar y a vincular con nuestro objeto de investigación:

Preámbulo de la Convención.

En el preámbulo de éste instrumento internacional tenemos que los Estados Americanos signatarios de dicha convención reafirman su propósito de consolidar en el continente americano un marco de respeto de los derechos esenciales del hombre con base en los atributos de la persona humana y no en la nacionalidad, justificándose así una protección internacional, de naturaleza convencional coadyuvante o complementaria de la que ofrece el derecho interno de los Estados Americanos.⁵²²

Artículo Primero

En el primer artículo encontramos el compromiso de los Estados signatarios de respetar los derechos y libertades de toda persona sujeta a la jurisdicción de cualquiera de los países signatarios de la convención sin discriminación alguna, haciendo la aclaración que para efectos de la misma se entiende por persona a todo ser humano.

“Artículo 1. Obligación de Respetar los Derechos

1. Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole,

⁵²² *Cfr.* Convención Americana Sobre Derechos Humanos Suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana Sobre Derechos Humanos (B-32), Preámbulo, <http://goo.gl/RYryL>, página consultada el 28 de agosto de 2014

origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

2. Para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano.”⁵²³

Artículo Segundo

En el segundo artículo del pacto de San José tenemos que los Estados que suscriben dicho tratado se obligan a adoptar internamente la normativa que permita el respeto de los derechos garantizados en la convención, si no han sido reconocidos y garantizados.

“Artículo 2. Deber de Adoptar Disposiciones de Derecho Interno

Si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el artículo 1 no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados Partes se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades”.⁵²⁴

En este orden de ideas, ya que la voluntad anticipada se funda en la libertad dignidad y autodeterminación, y la convención que analizamos aborda en su mayoría estos derechos imponiendo la obligación de los Estados parte de garantizar estos mismos derechos en su normativa interna, resulta por demás obvia la importancia del presente artículo, ya que se deberán garantizar estos derechos de forma tan amplia en cada una de las formas de ejercer tales prerrogativas.

Artículos Cuarto y Quinto

Por lo que respecta a los artículos cuarto y quinto de la convención, debemos destacar el primer punto de cada uno de ellos, en los que se reconoce a la vida, la integridad física, psíquica y moral como derechos inherentes a la persona. A continuación se transcriben dichos artículos para una mejor apreciación:

⁵²³ *Ídem*, artículo 1

⁵²⁴ *Ídem*, artículo 2

“Artículo 4. Derecho a la Vida

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente. ...”⁵²⁵

“Artículo 5. Derecho a la Integridad personal

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral...”⁵²⁶

Al respecto, consideramos que si somos seres libres con derecho a la vida y a la integridad personal, y no tenemos mayor límite para ejercer estos derechos que los límites que fijan los derechos de terceros, lo que implica que nuestros derechos terminan donde comienzan los de los demás, ¿porqué no poder disponer de nuestra propia persona, salud y vida de forma anticipada a través de un documento de voluntad anticipada?, en este sentido nuestro objeto de estudio no violenta derechos de ningún tercero y si por otra parte garantiza el derecho a la integridad personal inserto en el artículo 5 del pacto de san José.

Robustece nuestra opinión vertida la máxima que sostiene Stuart Mil: Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y espíritu, el individuo es soberano...”

Artículo Séptimo

Por lo que respecta al artículo siete de la convención que nos ocupa, este se denomina: derecho a la libertad personal; de tal numeral hay que destacar el primer punto, en el que se establece como un derecho de toda persona **la libertad**. Indudablemente tal aspecto tiene implicación directa con los tres principios rectores de nuestro objeto de estudio por las siguientes razones: la dignidad y la autodeterminación no tendrían cabida en el mundo jurídico y mucho menos en el factico si no se contará con la libertad; ya que el derecho libertad, a nuestro parecer es la prerrogativa fundamental inherente a la persona que permite el ejercicio de

⁵²⁵ *Ídem*, artículo 4

⁵²⁶ *Ídem*, artículo 5

cualquier otro derecho, sin embargo preexiste a la libertad la igualdad, pues solo entre iguales ante la ley puede hablarse de libertad.*

“Artículo 7. Derecho a la Libertad Personal

1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personal. ...”⁵²⁷

Artículo Decimo Primero

Por lo que respecta al artículo 11 titulado protección de la honra y de la dignidad, resaltan por su importancia y relación con nuestro tema de investigación, los tres primeros puntos del numeral en cita; en el primero de ellos expresamente se reconoce como derecho de toda persona el respeto de la honra y el reconocimiento de la dignidad; en el segundo punto tenemos que nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en la vida privada, así como tampoco puede ser objeto de ataques a su honra y reputación, y finalmente en el tercer punto se plasma el derecho de ser protegido a través de la ley de esas injerencias o ataques.

En relación con lo anterior, es pertinente precisar que la voluntad anticipada se ha convertido en un instrumento jurídico que protege la dignidad y honra de los usuarios de los servicios de salud pública y privada, ya que puede evitar que cualquier tercero ajeno a la voluntad del enfermo incapaz decida por él, por lo que nadie debe ser sometido a tratamientos o procedimientos médicos que sean considerados por el propio enfermo vejatorios e inhumanos.**

*Si bien es cierto que en el numeral que analizamos se hace alusión principalmente a la libertad física, no menos cierto es que la libertad se manifiesta y se ejerce por el individuo de diversas formas como la libertad de conciencia y la autodeterminación, por lo que la libertad en cualquiera de sus manifestaciones guarda relación con nuestro objeto de investigación, ya que en el caso específico que nos ocupa, la voluntad anticipada a través de su forma documental constituye un instrumento mediante el cual se busca garantizar el ejercicio no solo de una libertad física, sino también de una libertad de decisión sobre su propia salud y vida ya que permite a su suscriptor anticiparse a ciertos eventos clínico asistenciales futuros e inciertos, en el que podría verse comprometida la salud física y mental, y con ello la libertad, dignidad y la autodeterminación.

⁵²⁷ Convención Americana Sobre Derechos Humanos Suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana Sobre Derechos Humanos (B-32), *op. cit.*, nota 527, artículo 7

**Es fundamental que para el ejercicio de la toma de decisiones respecto de nuestra propia salud contemos con la información clara y precisa por parte del personal de salud respecto de la afección que nos aqueja, los tratamientos disponibles y en general de toda aquella información que nos permita decidir con libertad la mejor opción para restablecer nuestra salud o en el peor de los casos cuando las esperanzas se van nulas prepararnos para el deceso con dignidad y con el menor sufrimiento físico y psicológico posible.

“Artículo 11. Protección de la Honra y de la Dignidad

1. Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad.

2. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o reputación.

3. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques.”⁵²⁸

3.3. Inexistencia de una Ley Federal sobre Voluntad Anticipada en México.

Continuando con el orden jerárquico que hemos venido manejando, deberíamos analizar en primer lugar la Ley General de Salud, sin embargo nos vemos obligados a destacar de forma precedente y con fines didácticos la inexistencia de una Ley Federal de Voluntad Anticipada y con ello la incapacidad del Estado Mexicano de evitar la disparidad de legislaciones a nivel Estatal; no obstante debemos destacar algunas iniciativas encaminadas a dicho fin como la Iniciativa con Proyecto de Decreto a través del cual se proponía la creación de una Ley Federal de Voluntad Anticipada; y de reformas y adiciones al Código Penal Federal, y a la Ley General de Salud presentada con fecha 29 de noviembre de 2007 por el Senador Federico Döring Casar del Grupo Parlamentario Acción Nacional,⁵²⁹ así como la iniciativa de fecha 25 de abril del 2005 presentada por la Diputada Federal Eliana García Laguna, del grupo parlamentario del PRD que pretendía Reformar el Artículo 312 del Código Penal Federal, adicionar una Fracción V al Artículo 1501 y un Capítulo IX al Título Tercero del Código Civil Federal; y finalmente crear la Ley General para los Derechos de las Personas Enfermas en Estado Terminal.⁵³⁰

⁵²⁸ Convención Americana Sobre Derechos Humanos Suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana Sobre Derechos Humanos (B-32), *op. cit.*, nota 522, artículo 11.

⁵²⁹ *Cfr.* LXII Legislatura, Senado de la Republica, Iniciativas de Ciudadanos Senadores, <http://goo.gl/xbxh7>, página consultada el 22 de marzo de 2014

⁵³⁰ *Cfr.* Cámara de Diputados, Gaceta Parlamentaria, número 1740-II, Iniciativas, <http://goo.gl/hM6uv>, página consultada el 19 de marzo de 2014

Ya que si bien es cierto que ambos proyectos de Ley no lograron alcanzar su madurez en el Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, y por lo tanto, no se convirtieron en Ley vigente, no menos cierto es que dichas iniciativas se sumaron a otros proyectos que posteriormente servirían de inspiración para impulsar legislaciones en materia de Voluntad Anticipada y de derechos de los enfermos terminales en el ámbito de las Legislaciones de los Estados de la Republica Mexicana, por lo que podemos afirmar sin temor a equivocarnos que dichas iniciativas junto con otras posteriores, pasaron a ser los antecedentes inmediatos sobre los cuales se inspiró la Iniciativa que presentó el Senador Guillermo Tamborrel Suárez, del Grupo Parlamentario del PAN con fecha 01 de febrero de 2008, que culminó con la reforma a la Ley General de Salud en el mes de enero del año 2009.⁵³¹

De dicha reforma,⁵³² principalmente nos interesa analizar el Título Octavo Bis, denominado de los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal, en el que se establecen entre otros aspectos, los derechos de los enfermos en situación terminal; las facultades y obligaciones de las Instituciones de salud; así como, los derechos, facultades y obligaciones de los médicos y personal sanitario.

3.4. Ley General de Salud, adición del Título Octavo Bis: De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal

Si bien como mencionamos en líneas anteriores no contamos con una Ley Federal en México que regule el tema que nos ocupa, por otro lado si contamos con una adición a la Ley General de Salud del Título Octavo Bis, misma que se hizo casi un año después de la expedición de la Ley de Voluntad Anticipada de la Ciudad de

⁵³¹ Con fecha 5 de enero de 2009 se publicó en el Diario Oficial de la Federación decreto a través del cual se adicionaron y reformaron disposiciones de la Ley General de Salud, destacándose el Título Octavo bis denominado De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal. Véase: Iniciativa con proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, <http://goo.gl/mJvAl>, página consultada el 3 de septiembre de 2014.

⁵³² Para nuestro estudio, utilizaremos la Reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 27 de enero de 2017. Véase: Ley General de Salud, Reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de enero de 2017, <https://goo.gl/1fm4mO>, página consultada el 15 de febrero de 2017.

México;⁵³³ a través de esta adición podemos encontrar de forma implícita algunas regulaciones de nuestro objeto de estudio, pues entre otras cosas se establece como derecho de los enfermos en situación terminal la posibilidad de negarse o no a los tratamientos y/o procedimientos que sean desproporcionados y que afecten su calidad de vida, para lo cual dicha negativa o autorización deberá constar por escrito y ante dos testigos, así mismo, se establece el derecho que poseen los enfermos en situación terminal de optar por abandonar un tratamiento curativo e iniciar en su lugar con la aplicación de los cuidados paliativos.⁵³⁴

Todos estos aspectos indudablemente se relacionan con nuestro tema de investigación, motivo por lo cual en líneas subsecuentes realizamos un estudio más profundo de la adición del Título Octavo Bis a la Ley General de Salud, el cual se subdivide en cuatro capítulos.

3.4.1. Capítulo I. Disposiciones Comunes.

En el artículo 166 bis se establece el objeto que persigue la adición del título octavo bis en la Ley General de Salud, a través de una serie de fracciones.

A través de las Fracciones I y II del citado precepto legal se establece que se deberá salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, mediante la aplicación de los cuidados y atenciones medicas necesarios para ello, a fin de que tengan una vida de calidad y se les garantice una muerte natural en condiciones dignas.

⁵³³ La ley de voluntad anticipada del Distrito Federal es de fecha 19 de diciembre de 2007 y fue publicada en su gaceta oficial el día 7 de enero del 2008. Véase: 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, *op. cit.*, nota 1, p. 2-12.

⁵³⁴ De acuerdo a la legislación de Voluntad Anticipada para la Ciudad de México los cuidados paliativos se definen de la siguiente forma: "...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;" Véase: Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, de fecha 25 de julio de 2012, *op. cit.*, nota 114, artículo 2 Fracción II, p. 4

Por lo que respecta a la Fracción III, se fija como objeto establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento.

Posteriormente en las fracciones IV, V y VI, se determinan como objetos, dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo, así como determinar cuáles son los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos. Lo anterior para poder establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermos en situación terminal y la obstinación terapéutica.

Para una mejor apreciación del citado precepto legal, a continuación lo transcribimos íntegramente:

“Artículo 166 Bis. El presente título tiene por objeto:

- I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;
- II. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;
- III. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;
- IV. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;
- V. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos; y
- VI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica”.⁵³⁵

Ahora bien, el artículo 166 bis 1 de la Ley General de Salud contiene una serie de definiciones, de las cuales podemos destacar por su importancia las siguientes:⁵³⁶

⁵³⁵ Ley General de Salud, *op. cit.*, nota 532, artículo 166 bis.

- a) Enfermedad en estado terminal. A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses;
- b) Cuidados paliativos. Es el cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;
- c) Obstinación terapéutica. La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;
- d) Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;
- e) Medios ordinarios. Los que son útiles para conservar la vida del enfermo en situación terminal o para curarlo y que no constituyen, para él una carga grave o desproporcionada a los beneficios que se pueden obtener;
- f) Muerte natural. El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual; y
- g) Tratamiento del dolor. Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir los sufrimientos físico (*sic*) y emocional producto de una enfermedad terminal, destinadas a mejorar la calidad de vida.

⁵³⁶ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis1. Al igual que la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal, y la de alguno Estados de la Republica que han legislado en la misma materia, se incluye en la Ley General de Salud una serie de definiciones. Algunas de estas muy parecidas con las que existen en las Leyes de Voluntad Anticipada de los Estados de la Republica, tan es así, que podemos pensar que el Congreso de la Unión se inspiró en estas definiciones al momento de agregar el título octavo a la Ley General de Salud; Ley que consideramos insuficiente para garantizar y proteger los derechos de los enfermos terminales, pues la única forma de garantizar los derechos de los enfermos terminales en todo el territorio nacional, evitar la disparidad de legislaciones y conflictos de Leyes en el espacio es a través de una Ley especial a nivel Federal.

En el artículo 166 bis 2. Se hace mención de que, quien garantizará el pleno ejercicio, libre e informado de los derechos señalados en la presente Ley, y demás ordenamientos aplicables será el Sistema Nacional de Salud.⁵³⁷

3.4.2. Capítulo II. De los derechos de los enfermos en situación terminal.

Por lo que se refiere al artículo 166 bis 3, éste plasma en once fracciones los derechos que tienen los pacientes enfermos en situación terminal:⁵³⁸

1.- El derecho a recibir atención médica integral; 2.- A ingresar a las Instituciones de Salud cuando así lo requieran; 3.- Dejar voluntariamente éstas Instituciones de Salud en las que estén hospitalizados siempre que se observen las disposiciones aplicables; 4.- Recibir trato digno, respetuoso y profesional, procurando preservar la calidad de vida; 5.- Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad, así como los tipos de tratamientos por los cuales puede optar, de acuerdo a la enfermedad que padece;* 6.- Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;** 7.- Solicitar que se le administren medicamentos que le mitiguen el dolor; 8.- La posibilidad de renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario; 9.- Optar por recibir cuidados paliativos en un domicilio particular; 10.- Designar a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza para que en su

⁵³⁷ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 2. Por otra parte el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. Véase: *Ídem*, artículo 5.

⁵³⁸ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 3.

*Consideramos muy importante la Fracción V del artículo 166 bis 3 de la Ley que analizamos, ya que se intenta abandonar la figura paternalista en la que los médicos o familiares del enfermo le ocultaban a éste su enfermedad para evitarle la angustia o sufrimiento emocional, situación que a nuestro parecer resulta inadecuada, pues el enfermo al ser el principal interesado sobre su salud, necesita esta información para tomar las mejores decisiones que le permitan decidir sobre su salud, respetando en todo momento su libertad, dignidad y autonomía de la voluntad.

**No hay duda de que la Fracción VI del artículo 166 bis 3 de la Ley que analizamos, se encuentra estrechamente vinculada con la Fracción anterior que comentamos, pues, para poder otorgar el consentimiento respecto al tratamiento y a la aplicación de paliativos, se requiere que el enfermo en situación terminal se encuentre debidamente informado de su padecimiento y los tratamientos que se encuentran a su alcance.

representación tome decisiones por él cuando se encuentre imposibilitado para hacerlo por sí mismo, debido al avance de su enfermedad;*** 11.- Recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza.

El artículo 166 bis 4. Hace extensivo el derecho de expresar la voluntad por escrito, ante dos testigos, a toda persona mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, así mismo, correctamente contempla los dos extremos que hemos mencionado, es decir, de recibir (aspecto positivo) o no (aspecto negativo) cualquier tratamiento en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad; existiendo la posibilidad de poder revocar este documento en cualquier momento.⁵³⁹

El aspecto que no se contempla en éste artículo, es el relativo a los menores de edad, sin embargo más adelante en el artículo 166 bis 8 se regula dicho supuesto.

Continuando con los artículos 166 bis 5, 166 bis 6, y 166 bis 7, podemos advertir del contenido de los mismos, que indudablemente guardan estrecha relación con nuestro objeto de estudio, al establecerse entre otras cosas, que los pacientes en situación terminal mayores de edad, y en pleno uso de sus facultades mentales tienen derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo, el cual supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente, y como consecuencia el inicio de tratamientos paliativos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente, en este supuesto el médico especialista según sea el caso, interrumpe, suspende o no inicia

***Por lo que respecta a las Fracciones VIII, IX y X, que analizamos, es evidente que contienen algunos elementos de la Voluntad Anticipada, sin embargo es importante hacer la aclaración que en ocasiones a la Voluntad Anticipada se le concede un significado más limitado, pues se destaca más el derecho a negarse a someterse a tratamientos y/o procedimientos médicos, que prolongan innecesariamente la existencia del enfermo y su agonía, a fin de que sea tomada en cuenta su voluntad en el momento en que se encuentra imposibilitado para manifestarla con posterioridad, pudiendo en este sentido también nombrar un representante quien será el encargado de velar por el cumplimiento de su voluntad; en éste sentido, consideramos que debe dejarse en claro que la Voluntad Anticipada tiene un significado más amplio, y no limitativo, pues también se puede optar por ir en contra de todo diagnóstico, y de que se realice en su persona todo medio extraordinario que le permita aferrarse a la vida, en este caso también debe de garantizarse ese derecho.

⁵³⁹ Cfr. Ley General de Salud, *op. cit.*, nota 532, artículo 166 bis 4

el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos, o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida del paciente terminal, permitiendo que su padecimiento evolucione naturalmente. No obstante lo anterior, el paciente que está recibiendo los cuidados paliativos, puede solicitar y recibir nuevamente el tratamiento curativo, para lo cual deberá ratificar su decisión por escrito ante el personal médico correspondiente.⁵⁴⁰

En el artículo 166 bis 8 de la Ley General de Salud, se establece lo siguiente:

Artículo 166 Bis 8. “Si el enfermo en situación terminal es menor de edad, o se encuentra incapacitado para expresar su voluntad, las decisiones derivadas de los derechos señalados en éste título, serán asumidos por los padres o el tutor, y a falta de estos por su representante legal, persona de su confianza mayor de edad o juez de conformidad con las disposiciones aplicables”.⁵⁴¹

Como podemos observar, del numeral invocado se contemplan dos supuestos para los enfermos en situación terminal; en el primero se trata de un menor de edad, y en el segundo puede tratarse de un mayor de edad, pero incapacitado para expresar su voluntad, en ambos casos tal parece que las decisiones derivadas de los derechos señalados en este título serán asumidos por los padres o el tutor o a falta de estos por su representante legal, persona de su confianza mayor de edad o juez de conformidad con las disposiciones aplicables.*

⁵⁴⁰ Cfr. *Ídem*, artículos 166 bis 5, 166 bis 6 y 166 bis 7. No encontramos mayor problema con lo establecido en este último párrafo, siempre y cuando se trate de un paciente que aun puede exteriorizar su voluntad y se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales, pero de no ser éste el caso, nos preguntamos si el representante, familiar o persona de su confianza que fue nombrada por el enfermo terminal puede solicitar a nombre de éste que reciba nuevamente el tratamiento curativo, al parecer la respuesta es afirmativa; sin embargo, tal cambio de decisión tomada por el representante legal puede ser considerada contraria a la voluntad inicial del enfermo en situación terminal.

⁵⁴¹ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 8.

*En ese sentido, tratándose de un menor de edad, consideramos acertado el orden que se fija, para el ejercicio de los derechos establecidos en el título tercero de la presente Ley, el cual recae en los padres o el tutor, o falta de estos por su representante legal, persona de su confianza mayor de edad, o juez. Sin embargo por lo que respecta al segundo supuesto, no estamos del todo de acuerdo que se aplique el mismo orden para el ejercicio de tales derechos, pues se trata de un enfermo terminal mayor de edad, pero incapaz para expresar su propia voluntad, situación que es distinta al primer supuesto; por lo que sugerimos que debe considerarse en primer lugar su voluntad, en el caso de que haya podido nombrar a la persona que lo represente, antes de su estado de incapacidad, para que pueda asumir así tales derechos en su nombre, tal y como lo establece la Fracción X, del artículo 166 bis 3 de la misma Ley.

Posteriormente, en los artículos 166 bis 9 y 166 bis 10 de la Ley General de Salud encontramos que los cuidados paliativos podrán ser proporcionados desde el momento en que se diagnostique el estado terminal de la enfermedad por el médico especialista, así mismo, la decisión que de manera voluntaria tome el enfermo en términos del presente título, deberá ser respetada por los familiares de éste.⁵⁴²

El artículo 166 bis 11, despierta nuestro interés al determinar que en casos de urgencia médica y cuando exista incapacidad del enfermo en situación terminal para expresar su consentimiento, y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico, quirúrgico o tratamiento necesario, recae en el médico especialista y/o por el comité de bioética de la institución.⁵⁴³

En el supuesto especial que nos señala el numeral en cita, resulta lógico que el médico especialista deba tomar la decisión por el paciente de aplicar o no dicho procedimiento o tratamiento médico, lo que llama nuestra atención es que también pueda recaer dicha obligación en un comité de bioética de la Institución, en este sentido, vale la pena abundar un poco al respecto.

Por principio de cuentas debemos hacer la aclaración que la bioética es un tema lo suficientemente extenso como para desarrollar un trabajo de investigación exclusivamente sobre dicho contenido, y que en el presente trabajo únicamente nos limitamos hacer algunas precisiones.

En este sentido, lo primero que tenemos que hacer es establecer ¿Qué es la bioética?; la Comisión Nacional de biótica y Secretaria de Salud nos indica que: “El termino bioética fue propuesto en 1971 por Van Rensselaer Potter para referirse a la disciplina que combina el conocimiento biológico y los valores humanos... Potter pensaba que la bioética era una nueva cultura, el encuentro necesario entre la vida y los valores; entre las ciencias y las humanidades.”⁵⁴⁴

⁵⁴² Cfr. Ley General de Salud, *op. cit.*, nota 532, artículos 166 bis 9 y 166 bis 10

⁵⁴³ Cfr. *Ibidem*, artículo 166 bis 11

⁵⁴⁴ Conbioetica-mexico, ¿Que es la bioética?, *op. cit.*, nota 84

“El vocablo bioética, adaptado al ámbito de la salud y la tecnología, es definido 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 a la salud, mediante el empleo de una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario”.⁵⁴⁵

Así mismo, tenemos que los principios sobre los que se basa la bioética son:

“Respeto por la autonomía: capacidad de decisión de las personas sobre la elección de tratamientos y acceso a la información clínica.

Beneficencia: considera la evaluación sobre las ventajas de los tratamientos y los beneficios otorgados a los pacientes.

No maleficencia: obliga a los profesionales a no hacer daño ni poner en riesgo al paciente.

Justicia: garantiza equidad de atención, costos y beneficios”.⁵⁴⁶

En este orden de ideas, de acuerdo al artículo 41 bis de la Ley General de Salud,* los Comités de Bioética se sujetan a la legislación vigente, y a los criterios que establezca la Comisión Nacional de Bioética, éstos están encargados de emitir resoluciones derivadas de los problemas que surjan de la atención médica de acuerdo al artículo 33 de la misma Ley, así como para el análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto de los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica; por otra parte los comités hospitalarios de bioética serán interdisciplinarios y deberán estar integrados por personal médico de distintas especialidades y por personas de las profesiones de psicología, enfermería, trabajo social, sociología, antropología, filosofía o derecho, los cuales deberán contar con capacitación en bioética; aunado a lo anterior encontramos en el numeral invocado que es imprescindible contar con representantes del núcleo afectado o de personas

⁵⁴⁵ *Ídem.*

⁵⁴⁶ *Ídem.*

* El artículo 41 bis fue adicionado a la Ley General de Salud, mediante decreto que fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 14 de diciembre de 2011

usuarias de los servicios de salud, hasta el número convenido de sus miembros, guardando equilibrio de género, quienes podrán estar adscritos o no a la unidad de salud o establecimiento.⁵⁴⁷

Finalmente, y para concluir con el presente Capítulo, el artículo 166 bis 12 de la Ley General de Salud precisa que todos los documentos a que se refiere este título se registrarán de acuerdo a lo que se establezca en el reglamento y demás disposiciones aplicables.⁵⁴⁸

3.4.3. Capítulo III. De las Facultades y Obligaciones de las Instituciones de Salud.

El presente Capítulo es breve, consta de un solo artículo (166 bis 13) que se subdivide en seis fracciones, a través de las cuales se establecen las facultades y obligaciones que tienen Las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, Luego entonces tenemos:⁵⁴⁹

En la primera Fracción se determina como una obligación de las Instituciones de Salud, ofrecer el servicio de atención médica a los enfermos en situación terminal.⁵⁵⁰

En la segunda Fracción tenemos que es una obligación de las Instituciones de Salud proporcionar los servicios de orientación, asesoría, y seguimiento al enfermo en situación terminal, y/o sus familiares o persona de confianza de ser el caso de que los cuidados paliativos sean recibidos en el domicilio particular del enfermo.⁵⁵¹

⁵⁴⁷ Cfr. Ley General de Salud, *op. cit.*, nota 532, artículo 41 bis. El inconveniente que encontramos al respecto, es el relativo al presupuesto, pues contar con un comité de bioética en las Instituciones de salud, innegablemente se traduce en la necesidad de contratar mayor personal capacitado, lo cual significa que se deberá contar con un mayor presupuesto, mismo que en la práctica resulta limitado.

⁵⁴⁸ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 12.

⁵⁴⁹ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 13.

⁵⁵⁰ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 13 Fracción I. No es necesario que abundemos en ésta primera Fracción, pues basta con que recordemos que a nivel constitucional, en el artículo 4 se indica que toda persona tiene derecho a la protección de la salud sin distinción alguna que se base en la condición de la enfermedad de la persona, o de algún otro tipo.

⁵⁵¹ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 13 fracción II

La Fracción anterior se complementa con la Fracción tercera, en la cual se especifica que tratándose de aquellos cuidados paliativos que se llevan a cabo en el domicilio particular, la orientación, asesoría y seguimiento del enfermo en situación terminal o a sus familiares o persona de su confianza será mediante vía telefónica de acceso gratuito.⁵⁵²

La Cuarta Fracción se refiere a la obligación que tienen las Instituciones de salud de proporcionar los cuidados paliativos que correspondan de acuerdo al tipo y grado de enfermedad, desde el momento del diagnóstico de la enfermedad terminal hasta el último momento.⁵⁵³

Por último en la fracciones quinta y sexta, encontramos más que obligaciones de las Instituciones de Salud, objetivos, como son el fomento de la creación de áreas especializadas que presten atención a los enfermos en situación terminal, así como garantizar la capacitación y actualización permanente de los recursos humanos en dos materias en especial, cuidados paliativos y atención a enfermos terminales.⁵⁵⁴

3.4.4. Capítulo IV. De los Derechos, Facultades y Obligaciones de los Médicos y Personal Sanitario.

Por principio de cuentas tenemos que, para brindar un servicio de calidad en el sector salud y particularmente en lo que se refiere a cuidados paliativos se requiere de un personal capacitado que cuente con conocimientos especializados en la materia, motivo por el cual en el Artículo 166 Bis 14 del título que analizamos prevé que los médicos tratantes y el equipo sanitario que presten los cuidados

⁵⁵² Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 13, fracción III. Al respecto opinamos, que será difícil cumplir con lo establecido en la presente Fracción, toda vez que a nuestro parecer para que exista una debida orientación, asesoramiento y seguimiento del enfermo en situación terminal y/o los familiares o persona de su confianza, se requiere un servicio integral que se obtendría con la visita del personal de salud al domicilio del enfermo, lo cual se traduce en un importante gasto, en recursos económicos y capital humano para la secretaria de salud, por otra parte, tratar de cumplir con esta obligación a través de una llamada telefónica supone un trato a distancia inadecuado para las necesidades del enfermo.

⁵⁵³ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 13 Fracción IV.

⁵⁵⁴ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 13, Fracciones V y VI.

paliativos, para el mejor desempeño de sus servicios, deberán estar debidamente capacitados humana y técnicamente, por instituciones autorizadas para ello.⁵⁵⁵

Luego en el Artículo 166 Bis15 de la misma Ley, encontramos una serie de obligaciones a cargo de los médicos especialistas en las instituciones de segundo y tercer nivel, a través de once fracciones, las cuales a continuación pasamos a desglosar y analizar.⁵⁵⁶

En la primera Fracción, nos encontramos con la obligación a cargo de los médicos y personal sanitario de proporcionar toda la información que el paciente requiera, y que el médico considere necesaria para el enfermo en situación terminal, lo anterior con el objeto de que éste último pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados.⁵⁵⁷

Así mismo, de acuerdo a la segunda Fracción del numeral que analizamos, el consentimiento informado deberá constar por escrito ante dos testigos para los tratamientos o medidas a tomar respecto de la enfermedad terminal.⁵⁵⁸

Posteriormente, y en concordancia con las fracciones anteriores tenemos las fracciones tercera, cuarta y quinta, las cuales en esencia indican que se deberá informar al enfermo en situación terminal, cuando el tratamiento curativo no dé resultado (Fracción III); y por otra parte se deberá informar al enfermo en situación terminal sobre las opciones que existan de cuidados paliativos (Fracción IV) y Finalmente respetar la decisión que tome en cuanto al tratamiento curativo y cuidados paliativos una vez que cuente con la información necesaria, pues se le

⁵⁵⁵ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 14.

⁵⁵⁶ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 15.

⁵⁵⁷ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 15, fracción I. En ésta primera Fracción se establece una obligación para el médico y un derecho para todo enfermo, independientemente de la condición de su enfermedad, nos referimos al consentimiento informado, el cual resulta indispensable para que el paciente pueda asumir una posición más activa en asuntos tan particulares como los relativos a su salud, los cuales indudablemente le atañen.

⁵⁵⁸ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 15, fracción II. Resulta obvio que la razón por la cual el legislador estableció que dicho consentimiento conste por escrito y ante dos testigos se debe a que a través de estos requisitos se tiene una mayor certeza de que la voluntad del enfermo en condición terminal será respetada, además de que se desvincula al médico tratante o personal de salud de cualquier responsabilidad derivada del tratamiento y/o procedimiento médico que se administre o no al enfermo.

deberá explicar en términos sencillos las consecuencias de su decisión, (Fracción V).⁵⁵⁹

En este orden de ideas, tenemos en las fracciones sexta, séptima y octava que se deberá garantizar que se brinden los cuidados básicos o tratamientos al paciente en todo momento, (Fracción VI); procurando las medidas mínimas necesarias para preservar la calidad de vida de los enfermos en situación terminal (Fracción VII), respetando y aplicando todas y cada una de las medidas y procedimientos para los casos que señala la Ley General de Salud (Fracción VIII).⁵⁶⁰

Ya para concluir, se establecen como obligaciones a cargo de los médicos especialistas de las instituciones de segundo y tercer nivel, además de las anteriores, que se debe hacer saber al enfermo de inmediato, y antes de la aplicación del tratamiento que se aplicará para aliviar el dolor y síntomas de la enfermedad, los posibles efectos secundarios como son el disminuir el tiempo de vida (Fracción IX), teniendo el enfermo el derecho de solicitar una segunda opinión a otro médico especialista, cuando el diagnóstico sea una enfermedad terminal (Fracción X), y finalmente se prevé como obligación las demás que señalen la Ley General de Salud y otras Leyes. (Fracción XI).⁵⁶¹

Por lo que hace a los artículos restantes que integran el Capítulo IV que analizamos, podemos decir, que el legislador continua estableciendo obligaciones a cargo de los médicos especialistas; sin embargo en el artículo 166 bis 16 tenemos que los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal, no obstante los efectos adversos que resulten, como son la pérdida del estado de alerta, acortamiento de la vida del paciente, señalándose como condición a lo anterior que la administración de tales fármacos paliativos tengan como objeto aliviar el dolor del enfermo, autorizándose incluso el uso de

⁵⁵⁹ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 15, fracciones III, IV y V.

⁵⁶⁰ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 15, fracciones VI, VII y VIII

⁵⁶¹ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 15 fracciones IX, X y XI.

analgésicos del grupo de los opioides.⁵⁶² En este último supuesto será necesario el consentimiento del enfermo.⁵⁶³

En la parte final del numeral en cita, el legislador hace la aclaración que en ningún caso se administraran tales fármacos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente, so pena de ser sujeto a las disposiciones penales aplicables.⁵⁶⁴

Ahora bien, de los artículos 166 bis 17 y 166 bis 18 en esencia podemos destacar que ambos se refieren a la obligación que tienen los médicos tratantes de no implementar tratamientos o medidas consideradas como obstinación terapéutica, ni medios extraordinarios, lo anterior con el objeto de que no sea afectada la dignidad y calidad de vida del enfermo en situación terminal, salvo que se cuente con el consentimiento de éste último.⁵⁶⁵

Finalmente, ya para concluir con nuestro análisis del título octavo bis de la Ley General de Salud en México que nos ocupa, Tenemos, que el personal médico que deje de proporcionar los cuidados básicos a los enfermos en situación terminal, será sancionado conforme lo establecido por las Leyes aplicables, (artículo 166 bis 19); así mismo, cuando por decisión propia, se deje de proporcionar cualquier tratamiento o cuidado sin el consentimiento del enfermo en situación terminal, o en caso que esté impedido para expresar su voluntad, el de su familia o persona de confianza, será sancionado conforme lo establecido por las Leyes aplicables, (artículo 166 bis 20).⁵⁶⁶

⁵⁶² "Los analgésicos *opioides* naturales proceden del jugo de la planta *praver somniferum* (opio). Del opio se extraen la morfina, la codeína, la *tebaína*, la papaverina y la *noscapina*: de la Tebaina se sintetiza la heroína que no se usa en terapéutica por el riesgo de la dependencia, El resto de moléculas *opioides* se obtienen por semisíntesis. En el pasado se les denominaba analgésicos narcóticos porque presentaban efectos sedantes, hipnóticos y a dosis altas pueden producir insensibilidad a los estímulos y estupor". Véase: Bêtes de Toro, Mariano et al., *Farmacología para Terapeutas*, Ed. Medica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 2008, p 86.

⁵⁶³ Cfr. Ley General de Salud, *op. cit.*, nota 532, artículo 166 bis 16.

⁵⁶⁴ Cfr. *Ídem*.

⁵⁶⁵ Cfr. *Ídem*, artículos 166 bis 17 y 166 bis 18. Cabe hacer la aclaración que aunque en los numerales en cita no se establece la forma en la que deberá constar dicho consentimiento, el artículo 166 bis 4 de la misma Ley señala que deberá constar por escrito y ante dos testigos.

⁵⁶⁶ Cfr. *Ídem*, artículos 166 bis 19 y 166 bis 20

Siempre dejándose en claro que queda prohibida la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal, so pena de que ser sujetos a lo que señalan las disposiciones penales aplicables, (artículo 166 bis 21).⁵⁶⁷

De acuerdo con la opinión de los autores Bistre Sara y Fernández Saracho, las reformas y adiciones que se realizaron a la Ley General de Salud en México constituyen un avance significativo en el reconocimiento de los derechos humanos, al haber elevado a rango de Ley, el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos en los servicios de salud, permitiendo que se colocaran las bases para mejorar la calidad de vida de los usuarios de servicios médicos. Sin embargo, consideran que la tarea más difícil consiste en establecer los elementos de planeación estratégica para la orientación de los servicios médicos, así como la capacitación y formación profesional de los recursos humanos de las instituciones de salud pública y privada.⁵⁶⁸

Nosotros opinamos que la Ley General de Salud, especialmente su Título Octavo Bis, busca salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, sin embargo este importante avance no ha logrado derramar todas sus bondades en nuestra sociedad dado que nos encontramos ante una ley marco que si bien vincula a los Estados a observar lo establecido en la misma, no menos cierto es que ésta solo posee los aspectos mínimos que deben contemplar las demás legislaciones Estatales en la materia, sin que se encuentren obligados estas últimos a legislar en términos idénticos, es decir, los Estados de la Republica Mexicana siempre que no contravengan lo establecido en el ordenamiento de carácter General tienen la facultad de legislar en sus respectivos territorios sobre el tema en cuestión, situación que sigue permitiendo la disparidad de legislaciones sobre la Voluntad Anticipada si tenemos en cuenta que paulatinamente se han venido sumando legislaciones

⁵⁶⁷ Cfr. *Ídem*, artículo 166 bis 21

⁵⁶⁸ Bistre, Sara y Fernández, Saracho, "Legislación sobre cuidados paliativos y dolor en México", *Revista Iberoamericana del Dolor*, Volumen 4, número 2, México, 2009, p 11.

Estatales sobre voluntad anticipada atrayendo la regulación de nuestro objeto de estudio al ámbito Estatal.*

En relación con lo anterior cabe decir que existe un problema similar al que acontece en España, nos referimos a la diversidad y disparidad de legislaciones en el tema, problemática que no se resuelve con una ley general de sanidad en el caso de España ni tampoco con una Ley General de Salud en México, por lo que resulta evidente que para la ejecución del documento de Voluntad Anticipada el suscriptor deberá encontrarse en el lugar donde lo realizó de conformidad con el artículo 121 constitucional que a la letra reza: “En cada entidad federativa se dará entera fe y crédito de los actos públicos, registros y procedimientos judiciales de todas las otras. El Congreso de la Unión, por medio de leyes generales, prescribirá la manera de probar dichos actos, registros y procedimientos, y el efecto de ellos, sujetándose a las bases siguientes: I. Las leyes de una entidad federativa sólo tendrán efecto en su propio territorio y, por consiguiente, no podrán ser obligatorias fuera de él...”⁵⁶⁹

Robustece lo anterior la siguiente tesis jurisprudencial que a continuación nos permitimos citar:

“PROTECCIÓN A LA SALUD DE LOS NO FUMADORES EN EL DISTRITO FEDERAL. EL LEGISLADOR LOCAL PUEDE ADOPTAR MEDIDAS DISTINTAS A LAS PREVISTAS EN LA LEY GENERAL PARA EL CONTROL DEL TABACO.

Como lo sostuvo el Tribunal en Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, al resolver la acción de inconstitucionalidad 119/2008 el 3 de septiembre de 2009, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal está facultada para legislar en materia de protección a la salud de los no fumadores, pues se trata de un aspecto inscrito en el contexto de la salubridad general que es una materia concurrente, en términos de los artículos 4o. y 73, Fracción XVI, de la Constitución Política de los Estados

*Opinión Particular del Autor con base en el material documental analizado hasta el momento.

⁵⁶⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, *op. cit.*, nota 30, artículo 121 fracción I

Unidos Mexicanos, por lo que las bases mínimas y la distribución de competencias para legislar en esa materia se encuentran en la Ley General de Salud, en cuyo marco la Asamblea Legislativa del Distrito Federal tiene facultades para aumentar las prohibiciones e imponer sanciones en materia de protección a la salud de los no fumadores, no estando obligada a regular las áreas libres de humo de tabaco en términos idénticos a los previstos en la Ley General para el Control del Tabaco, sin que sea obstáculo para ello que el artículo cuarto transitorio del Decreto por el que se expide ésta última disponga que las entidades federativas y los municipios deberán adecuar sus normas para hacerlas congruentes con dicho ordenamiento, pues tal precepto no puede entenderse como una obligación de reproducir a nivel local los preceptos de la Ley General, sino como el deber de incorporar el mínimo de protección que ésta garantiza”.⁵⁷⁰

3.5. Análisis de La Ley Voluntad Anticipada de la Ciudad de México

De acuerdo al orden que hemos empleado en nuestro análisis, nos corresponde ahora hacer un breve estudio de la Voluntad Anticipada a nivel de los Estados de la Republica y la Ciudad de México; sin embargo, consideramos más apropiado comenzar por la Ciudad de México,⁵⁷¹ toda vez que como hemos señalado reiteradamente en la presente investigación fue el primero en contar con una Ley de éste tipo en México al tiempo que sirvió de modelo para que otros Estados de nuestro país hicieron lo propio en sus respectivos territorios.

Por otra parte, antes de entrar al análisis de la presente Ley, debemos indicar que éste se realizará con base a la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito

⁵⁷⁰ Tesis P./J. 20/2011, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXXIV, agosto de 2011, p. 6

⁵⁷¹ La Ciudad de México puede considerarse como un Estado Suigeneris, ya que además de ser la capital y sede de los poderes federales de los Estados Unidos Mexicanos, también fue elevada a rango de entidad federativa gozando de autonomía en todo lo concerniente a su régimen interior y a su organización política y administrativa, con todos los derechos y obligaciones que a ello conlleva, tal y como se desprende del artículo 44 de la Constitución Política Mexicana y considerando sexto del ACUERDO General del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal por el que se cambia la denominación de Distrito Federal por Ciudad de México en todo su cuerpo normativo. Véase: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, *op.cit.*, nota 30, artículo 44 y ACUERDO General del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal por el que se cambia la denominación de Distrito Federal por Ciudad de México en todo su cuerpo normativo, *op. cit.*, nota 2.

Federal publicada en su Gaceta Oficial el día 7 de enero de 2008, y las últimas reformas, modificaciones y derogaciones publicadas el día 27 de julio del año 2012 en su Gaceta Oficial,⁵⁷² las cuales serán puntualmente señaladas, con el fin de realizar un estudio completo de dicha Ley.

3.5.1- Disposiciones Preliminares de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

Artículo 1

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁷³

Se establece en primer lugar que la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal es una Ley de Orden Público e interés Social, la cual se fija como objetivo establecer y regular las normas, requisitos y formas en las que se debe realizar la Voluntad Anticipada de aquellas personas con capacidad de ejercicio, dicha Voluntad Anticipada consiste en exteriorizar su voluntad respecto de ser sometida o no a medios tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, encontrándose en etapa terminal, protegiéndose en todo momento la dignidad.⁵⁷⁴

⁵⁷² Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, *op. cit.*, nota 114, pp. 3-11

⁵⁷³ Antes de la reforma que sufrió el artículo 1 que nos ocupa, la Voluntad Anticipada se limitaba a un aspecto negativo pues la Ley que analizamos se fijaba como 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 pretendieran prolongar de manera innecesaria la vida. Véase: 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, *op. cit.*, nota 1, artículo 1, p. 2.

⁵⁷⁴ Uno de los ejes de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal es la dignidad. A partir de la Declaración de los derechos Humanos de 1948, las constituciones comenzaron a acoger el concepto de dignidad, por lo que ahora son muchos los textos que aluden a la dignidad como sustento de los derechos fundamentales.

Para el profesor Alemán Peter Haberle la idea de dignidad tiene hoy una función análoga a la idea de soberanía. Si el poder dimana de la unidad política denominado pueblo, éste está compuesto por personas libres, autónomas cuyo signo distintivo es la dignidad. Véase: Haberle Peter, el Estado Constitucional Mexicano, UNAM 2001, p.172, *cit.* por Asamblea Legislativa del Distrito Federal, *Para la libertad siete Leyes Históricas de la IV legislatura*, Asamblea Legislativa del Distrito Federal, México, 2009,p. 96.

Como se puede observar, el cambio más significativo en comparación con el texto anterior radica, en que ahora, no solo se limita la Voluntad Anticipada a la negativa de someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que prolonguen de manera innecesaria la vida, sino que también puede operar a contrario sensu, pues aquella persona con capacidad de ejercicio también podrá expresar su decisión de ser sometida a dicha asistencia médica.

Artículo 2.

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁷⁵

En él se especifica que las disposiciones que conforman la Ley de Voluntad Anticipada, son relativas a la práctica médica aplicada al enfermo en etapa terminal, y que estas consisten en el otorgamiento del tratamiento de los Cuidados Paliativos, debiéndose proteger la dignidad del enfermo en todo momento.

Artículo 3.

Ahora bien, en el artículo 3 se plasman una serie de definiciones para una mejor comprensión de la Ley en cuestión:

(Reformado por Decreto Publicado en La Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁷⁶

- I. Coordinación Especializada.- unidad administrativa adscrita a la secretaria de salud en materia de Voluntad Anticipada

⁵⁷⁵ El texto anterior a la reforma indicaba que las disposiciones establecidas en dicha Ley no permitían, ni facultaban bajo ninguna circunstancia la realización de conductas tendientes al acortamiento intencional de la vida, y por otra parte se señalaba que las disposiciones establecidas en tal Ley eran relativas a la Voluntad Anticipada de las personas en materia de Ortotanasia, Como se puede apreciar se eliminó el término Ortotanasia, el cual como nos hemos referido en líneas anteriores había sido creado para matizar el alcance de la eutanasia pasiva como expresión equivalente, además de que se puntualiza que las disposiciones de dicha Ley serán aplicadas a los enfermos terminales. Véase: 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, *op.cit.*, nota 1, artículo 2, p. 2.

⁵⁷⁶ De acuerdo al texto anterior a la reforma la Fracción primera contenía lo siguiente: "Código Civil: Código Civil para el Distrito Federal". Véase: *Ídem*, artículo 3, Fracción I.

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁷⁷

- II. 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;

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁷⁸

- III. 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;

(Reformado por Decreto Publicado en La Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁷⁹

- IV. 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.

⁵⁷⁷ El texto anterior a la reforma definía en esta Fracción lo siguiente: "Código de Procedimientos: Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal". Véase: *Ibidem*, artículo 3, Fracción II, p.3.

⁵⁷⁸ El texto anterior a la reforma definía en ésta Fracción lo siguiente: "Código Penal: Código Penal para el Distrito Federal". Véase: *Ídem*, artículo 3, Fracción III.

⁵⁷⁹ El texto anterior a la reforma definía en ésta Fracción lo siguiente: "Cuidados Paliativos: El cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo e incluyen el control del dolor y otros síntomas, así como la atención psicológica del paciente". Véase: *Ídem*, artículo 3, Fracción IV.

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁸⁰

- V. 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;

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁸¹

- VI. 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)

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁸²

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

⁵⁸⁰ El texto anterior a la reforma definía en esta Fracción lo siguiente: "Documento de Voluntad Anticipada: Consiste en el 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 Médica". Véase: *Ídem*, artículo 3, Fracción V.

⁵⁸¹ El texto anterior a la reforma definía en esta Fracción lo siguiente: "Enfermo en Etapa Terminal: Es el que tiene un padecimiento mortal o que por caso fortuito o causas de fuerza mayor tiene una esperanza de vida menor a seis meses, y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural, con base en las siguientes circunstancias: a) Presenta diagnóstico de enfermedad avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa; b) Imposibilidad de respuesta a tratamiento específico; y/o c) Presencia de numerosos problemas y síntomas, secundarios o subsecuentes". Véase: *Ídem*, artículo 3, Fracción VI.

⁵⁸² El texto anterior a la reforma se encargaba de definir en esta Fracción lo siguiente: "Institución Privada de Salud: Son los servicios de salud que prestan las personas físicas o morales, en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles". Véase: *Ídem*, artículo 3, Fracción VII.

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁸³

VIII. Ley de Salud: Ley de Salud para el Distrito Federal

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁸⁴

IX. Médico tratante: médico responsable de la atención del enfermo en etapa terminal;

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁸⁵

X. 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;

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁸⁶

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

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁸⁷

⁵⁸³ El texto anterior a la reforma definía en ésta Fracción lo siguiente: "Ley: Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal". Véase: *Ídem*, artículo 3, Fracción VIII.

⁵⁸⁴ Antes de que fuera reforma ésta Fracción, se definía en ella lo siguiente: "Ley de Salud: Ley de Salud para el Distrito Federal". Véase: *Ídem*, artículo 3, Fracción IX.

⁵⁸⁵ El texto anterior a la reforma definía en ésta Fracción lo siguiente: "Medidas Mínimas Ordinarias: Consisten en la hidratación, higiene oxigenación, nutrición y/o curaciones del paciente en etapa terminal según lo determine el personal de salud correspondiente". Como se puede observar la reforma a la presente Fracción únicamente consistió en substituir **y/o** por **o**. Véase: *Ídem*, artículo 3, Fracción X.

⁵⁸⁶ Antes de que fuera reformada ésta Fracción, se definía en ella lo siguiente: "Notario: Notario Público del Distrito Federal". Véase: *Ídem*, artículo 3, Fracción XI.

⁵⁸⁷ El texto anterior a la reforma definía en esta Fracción lo siguiente: "Obstinación Terapéutica: Utilización innecesaria de los medios, instrumentos y métodos médicos, para mantener vivo a un enfermo en etapa terminal". Véase: *Ídem*, artículo 3, Fracción XII.

XII. Personal de salud: profesionales, especialistas, técnicos, auxiliares y demás trabajadores que laboran en la prestación de los servicios de salud; (Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁸⁸

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

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁸⁹

XIV. Secretaría: Secretaría de Salud del Distrito Federal;

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁹⁰

XV. Sedo-analgésia 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;

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁹¹

XVI. Tanatología: ayuda médica, psicológica y el acompañamiento emocional brindados tanto al enfermo en etapa terminal como a sus familiares, con el

⁵⁸⁸ Antes de que fuera reformada ésta Fracción, se definía en ella lo siguiente: "Ortotanasia: Significa muerte correcta. Distingue entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directa o indirecta, evitando la aplicación de medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procurando no menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgando los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias y Tanatológicas, y en su caso la Sedación Controlada". Véase: *Ídem*, artículo 3, Fracción XIII.

⁵⁸⁹ El texto anterior a la reforma definía en esta Fracción lo siguiente: "Personal de salud: Son los profesionales, especialistas, técnicos, auxiliares y demás trabajadores que laboran en la prestación de los servicios de salud". Véase: *Ídem*, artículo 3, Fracción XIV.

⁵⁹⁰ Antes de que fuera reformada ésta Fracción, se definía en ella lo siguiente: "Coordinación Especializada: Es la unidad administrativa adscrita a la Secretaría de Salud en materia de Voluntad Anticipada". Véase: *Ídem*, artículo 3, Fracción XV.

⁵⁹¹ El texto anterior a la reforma definía en esta Fracción lo siguiente: "Reanimación: conjunto de acciones que se llevan a cabo para tratar de recuperar las funciones y/o signos vitales". Véase: *Ídem*, artículo 3, Fracción XVI.

objeto de que comprendan y acepten la posibilidad de la muerte cercana,
y

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁹²

XVII. 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.

XVIII. (Se deroga)⁵⁹³

XIX. (Se deroga)⁵⁹⁴

Artículo 4

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁹⁵

Así mismo, se prevé la aplicación supletoria de la Ley de Salud, Código Civil y Código de Procedimientos Civiles y Ley del Notariado, todos para el Distrito Federal, en lo no previsto por tal Ley.

⁵⁹² Antes de que fuera reformada ésta Fracción, se definía en ella lo siguiente: "Secretaría: Secretaría de Salud del Distrito Federal". Véase: *Ídem*, artículo 3, Fracción XVII.

⁵⁹³ El texto anterior a la reforma definía en esta Fracción lo siguiente: "Sedación Controlada: Es la administración de fármacos por parte del personal de salud correspondiente, para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, en un paciente en etapa terminal, con su consentimiento explícito, implícito o delegado, sin provocar con ello la muerte de manera intencional de éste". Véase: *Ibidem*, artículo 3, Fracción XVIII, p.4

⁵⁹⁴ Antes de que fuera reformada ésta Fracción, se definía en ella lo siguiente: "Tanatología: Significa tratado o ciencia de la muerte. Consiste en la ayuda médica y psicológica brindada tanto al enfermo en etapa terminal como a los familiares de éste, a fin de comprender la situación y consecuencias de la aplicación de la Ortotanasia". Véase: *Ídem*, artículo 3, Fracción XIX.

⁵⁹⁵ El Texto anterior a la reforma no contemplaba como Ley supletoria a la Ley del Notariado, no obstante que el documento de Voluntad Anticipada también se debía suscribir ante notario o mediante formato que le fuera expedido al enfermo terminal por el Centro de Salud. Véase: *Ídem*, artículo 4

Artículo 5

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de Julio de 2012)⁵⁹⁶

Se advierte que las disposiciones que conforman la presente Ley, no eximen de responsabilidad civil, penal o administrativa, a quienes intervengan en su aplicación, cuando no se apeguen a lo establecido por ésta, y por otra parte, ningún solicitante, profesional o personal de salud que se haya ceñido a lo establecido por la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal podrá ser sujeto a responsabilidad civil, penal o administrativa.

3.5.2. De los Requisitos del Documento y Formato.

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁵⁹⁷

Artículo 6

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁵⁹⁸

De acuerdo al artículo 6 de la Ley que se analiza, toda persona con capacidad de ejercicio podrá suscribir el documento de Voluntad Anticipada, en el entendido que cuando un enfermo terminal se encuentre impedido físicamente para presentarse ante Notario Público, podrá suscribir el formato expedido por la

⁵⁹⁶ Antes de que fuera reformado el artículo 5, en él se contemplaba la exclusividad de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal únicamente para dicho territorio, lo cual es congruente con lo previsto por el artículo 121 Fracción I de nuestra Constitución Política Mexicana el cual señala que las Leyes de un Estado solo serán aplicables y obligatorias en ese territorio y no en otro. Véase: *Ídem*, artículo 5.

⁵⁹⁷ El título del presente capítulo fue reformado, anteriormente se denominaba: "DE LOS REQUISITOS DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA". Véase: *Ídem*, Capítulo Segundo.

⁵⁹⁸ Antes de que el artículo 6 fuera reformado, se establecía en él lo siguiente: "La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente Ley no eximen 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". Véase: *Ídem*, artículo 6

secretaria ante el personal de salud y dos testigos. Documento que deberá ser notificado a la Coordinación Especializada⁵⁹⁹ de acuerdo a lo establecido en ésta Ley.

Con respecto a lo anterior es importante tomar en consideración lo señalado por el autor García Villegas, quien se desempeña como Notario Público Número 15 en la Ciudad de México, y que considera: "...el termino que debió haber utilizado el legislador es **dar aviso**, ya que la **notificación** se regula en el artículo 128 de la Ley del Notariado del Distrito Federal señalando que entre los hechos por los que el notario debe asentar un acta se encuentran las notificaciones y en el 129, 130, 131, 132, y 133 de esa misma Ley se establece la mecánica para dichas actas, y desde luego no es la intención que se levante un acta".⁶⁰⁰

Por otra parte, en el segundo párrafo del artículo, se indica que el formato se otorgará de acuerdo a los requisitos establecidos en el capítulo segundo de esta Ley ante el personal de salud y conforme a su Reglamento.

Artículo 7⁶⁰¹

(Reformado él primer párrafo por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)

⁵⁹⁹ Coordinación Especializada: "Es la unidad administrativa adscrita a la Secretaría de Salud en materia de Voluntad Anticipada". Véase: Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, número 307, el 4 de Abril de 2008, artículo 2, Fracción II, p. 9, <https://goo.gl/kPCsfp>, página consultada el 3 de noviembre de 2013.

⁶⁰⁰ García Villegas, Eduardo, *op cit.*, nota 104, p.188

⁶⁰¹ El Texto anterior a la Reforma del artículo 7 a la letra reza: Artículo 7. "El Documento de Voluntad Anticipada podrá suscribirlo: I. Cualquier persona con capacidad de ejercicio; II. Cualquier enfermo en etapa terminal, médicamente diagnosticado como tal; III. Los familiares y personas señaladas en los términos y supuestos de la presente Ley, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad; y IV. Los padres o tutores del enfermo en etapa terminal cuando éste sea menor de edad o incapaz legalmente declarado". Véase: 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, *op. cit.*, nota 1, artículo 7, p.4. Sin embargo, con las reformas adiciones y derogaciones que ha sufrido ésta Ley, ahora se contempla en el artículo 6 que toda persona con capacidad de ejercicio podrá suscribir el documento de Voluntad Anticipada, en la inteligencia que en el artículo 7 Fracción I encontramos que deberá realizarse de manera personal, libre e inequívoca ya sea ante Notario Público o personal de salud según sea el caso, además deberá suscribirse ante dos testigos.

En el artículo siete encontramos las formalidades y requisitos que deberán observarse en el Documento de Voluntad Anticipada o Formato:

I. Se Realiza de forma personal, libre e inequívoca ante Notario o ante personal de salud* y dos testigos, según corresponda. (Reformado)

II. Se nombra un Representante y un Sustituto de éste, quienes se encargaran de velar por el cumplimiento del documento de Voluntad Anticipada suscrito por el enfermo en etapa terminal en los términos indicados, y (Reformado)

III. Contiene lo relativo a la disposición de órganos que pudieran ser donados.** (Reformado)

IV. (Se deroga)

(Se deroga el segundo párrafo por decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012).

Artículo 8.

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶⁰²

*Al establecerse que dicho documento de Voluntad Anticipada puede suscribirlo el enfermo terminal ante el personal de la salud correspondiente; se puede entender entonces que puede suscribirse ante las enfermeras, camilleros, personal de limpieza etcétera, pues forman parte del personal de un nosocomio, por lo que se considera que reviste suma importancia que todos ellos tengan conocimiento de esta figura jurídica, principalmente de su alcance, o en último de los casos se precise quienes conformaran el personal de salud del enfermo.

**Es de tomarse en cuenta que desde que surgió a la vida jurídica la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, ya algunos diarios del país consideraban los beneficios que derivarían de la misma en materia de donación de órganos, no obstante, si bien puede establecerse ésta situación en el documento de voluntades anticipadas y la Ley de Voluntades Anticipadas para la actual Ciudad de México contempla esta posibilidad; la Donación de órganos encuentra principalmente su fundamento en la Ley General de Salud.

⁶⁰² El artículo 8 anterior a la reforma señalaba como requisitos y formalidades del documento de Voluntad Anticipada los siguientes aspectos: "...I.- Realizarse por escrito de manera personal, libre e inequívoca ante notario; II.- Suscrito por el solicitante, estampando su nombre y firma en el mismo; III.- El nombramiento de un representante para corroborar la realización del Documento de Voluntad Anticipada en los términos y circunstancias determinadas en él; y IV.- La manifestación respecto a la disposición de Órganos susceptibles de ser donados. Véase: 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, *op. cit.*, nota 1, artículo 8, p.4.

De acuerdo al numeral que se invoca el Notario Público deberá dar aviso a la Coordinación Especializada⁶⁰³ del otorgamiento del Documento de Voluntad Anticipada. Luego entonces se derogan las fracciones I, II, III y IV del artículo original.

Artículo 9.

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶⁰⁴

El Artículo nueve dispone que cuando la Voluntad Anticipada conste en formato otorgado por el personal de salud, dicho personal nombrará un responsable que será encargado de dar aviso a la Coordinación Especializada.

Artículo 10.

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶⁰⁵

⁶⁰³ La Coordinación Especializada a través de su titular deberá: "...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." Véase: Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, de fecha 17 de septiembre de 2012, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, número 1442, el 19 de septiembre de 2012, artículo 40, pp7-8, <https://goo.gl/n06zTG>, página consultada el 04 de junio de 2017.

⁶⁰⁴ El artículo 9 anterior a la Reforma señalaba que el documento de Voluntad Anticipada suscrito ante notario debía ser notificado por éste a la coordinación especializada, para los efectos a que haya lugar, sin precisar el plazo para cumplir con tal obligación. Véase: 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, *op. cit.*, nota 1, artículo 9, pp.4-5

⁶⁰⁵ El artículo 10 anterior a la reforma de fecha 27 de julio de 2012 contemplaba la hipótesis de aquellos enfermos en etapa terminal que se encontraran imposibilitados para acudir ante el Notario, para lo cual podrían suscribir el Documento de Voluntad Anticipada ante el personal de salud correspondiente y dos testigos en términos del formato que emitiera la Secretaría

En Dicho numeral se indica quienes pueden ser testigos del otorgamiento del documento de Voluntad Anticipada, o del otorgamiento del formato de Voluntad Anticipada, en el entendido que son todas aquellas personas que gocen de capacidad de ejercicio.

Sin embargo, antes de que fuera reformada la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal con fecha 27 de julio del 2012, en el artículo 12 se indicaba que no podían ser testigos:

“...I.- Los menores que no han cumplido 16 años de edad; II. Los que habitual o accidentalmente no disfrutaran de su cabal juicio; III. Los familiares del enfermo en etapa terminal hasta el cuarto grado; IV. Los que no entiendan el idioma que habla el enfermo en etapa terminal, salvo que se encuentre un intérprete presente; y V. Los que hayan sido condenados por el delito de falsedad”.⁶⁰⁶

Artículo 11

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶⁰⁷

Por lo que hace al precepto legal que nos ocupa, se precisa que pueden ser representantes para el cumplimiento del documento de Voluntad Anticipada o formato todas aquellas personas con capacidad de ejercicio, sin embargo dicho cargo debe ser voluntario y gratuito, además de que una vez aceptado constituye una obligación su desempeño; Luego se establecen en cinco fracciones quienes no puede ser representantes:

“...No podrán ser representantes: I. Los menores de edad; II. El médico tratante; III. Los que habitual o accidentalmente no disfrutaran de su cabal juicio; IV.

de Salud del Distrito Federal, el cual debía ser notificado a la coordinación especializada para los efectos a que hubiera lugar. Véase: *Ibidem*, artículo 10, p.5

⁶⁰⁶ *Ídem*, artículo 12.

⁶⁰⁷ En el texto del artículo 11 de la Ley de Voluntad Anticipada anterior a la reforma de fecha 27 de julio de 2012, teníamos que una vez que se había suscrito el Documento o formato de Voluntad Anticipada la Coordinación Especializada debía hacerlo del conocimiento del Ministerio Público, así como del personal de salud correspondiente para integrarlo al expediente clínico. No obstante no se indicaba en la forma y el plazo en que esto debía llevarse a cabo. Véase: *Ídem*, artículo 11.

Los que hayan sido condenados por el delito de falsedad, y V. Los que se encuentren en algún supuesto de excepción establecido en la Ley”.⁶⁰⁸

Antes de que fuera reformada la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal con fecha 27 de julio del 2012, en el artículo 13 se indicaba que no podían ser representantes para la realización del Documento de Voluntad Anticipada, las mismas personas que no podían ser testigos, exceptuando a los familiares, quienes si podían ser representantes.⁶⁰⁹

Artículos 12 y 13.

(Reformados por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶¹⁰

En los artículos doce y trece se fijan las obligaciones del Representante y la posibilidad de excusarse para no desempeñar tal cargo.

Así las cosas, en el primero de los preceptos legales se dice que las excusas deben hacerse valer desde el momento en que se tuvo noticia del nombramiento; y por otra parte se indica, que son obligaciones del representante las siguientes:

“...I. La revisión y confirmación de las disposiciones establecidas por el suscriptor en el Documento de Voluntad Anticipada o Formato; II. La verificación del cumplimiento exacto e inequívoco de las disposiciones establecidas en el Documento de Voluntad Anticipada; III. 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; IV. La defensa del Documento de Voluntad Anticipada o Formato, en juicio y fuera de él, así como de

⁶⁰⁸ Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, *op. cit.*, nota 114, artículo 11, p.6

⁶⁰⁹ 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, *op. cit.*, nota 1, artículo 13, p. 5.

⁶¹⁰ En el texto de los artículos 12 y 13 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal anterior a su reforma de fecha 27 de julio del año 2012, contemplaba en el primero de los preceptos quienes no podían ser testigos, y en el segundo numeral, quienes no podían ser representantes. Ambas fracciones casi idénticas, pues la única diferencia era que los familiares del suscriptor del documento de Voluntad Anticipada si podían ser representantes. Véase: *Ídem*, artículos 12 y 13.

las circunstancias del cumplimiento de la voluntad del suscriptor y de la validez del mismo; y, V. Las demás que establezca la Ley”.⁶¹¹

De lo anteriormente transcrito podemos advertir que las obligaciones del representante que se insertan en el precepto legal son casi las mismas que se contemplaban en el artículo 17 de la misma Ley anterior a la multicitada reforma del mes de julio del 2012, sin embargo, el texto actual es más preciso al emplearse términos más correctos.

Así mismo, llama nuestra atención lo establecido en la Fracción II del numeral en cita, ya que de la simple lectura del mismo se desprende que el representante debe velar por el cumplimiento exacto e inequívoco de lo establecido en el documento de Voluntad Anticipada, es decir, se debe de acatar lo precisamente establecido en dicho documento, lo cual es un problema si las previsiones fijadas por el signatario son ajenas a la nueva realidad que se presenta, o en su defecto exista opacidad en el documento que hagan necesaria la interpretación de las instrucciones establecidas, y en este último caso, ¿el representante deberá intervenir para hacer la interpretación del documento de Voluntad Anticipada, a fin de que la voluntad del suscriptor prevalezca?. Al parecer la respuesta a dicha interrogante es afirmativa, puesto que del conjunto de obligaciones se advierte que debe además revisar y confirmar las disposiciones establecidas por el signatario y la defensa del documento de Voluntad Anticipada y las circunstancias de cumplimiento del mismo, así como su validez.

Por otra parte, en el artículo 13, también en cinco fracciones se indica quienes pueden excusarse de ser representantes:

“...I. Los empleados y funcionarios públicos; II. Los militares en servicio activo; III. Los que por el mal estado habitual de salud, o por no saber leer ni escribir, no puedan atender debidamente su representación; IV. Cuando por caso fortuito o

⁶¹¹ Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, *op. cit.*, nota 114 artículo 12, pp. 6-7.

fuerza mayor no pueda realizar el cargo conferido, y V. Los que tengan a su cargo otra representación en los términos de la presente Ley”.⁶¹²

Ahora bien, en el texto original de la presente Ley, encontrábamos las mismas hipótesis para excusarse de ser representante, pero en el artículo 16 de dicha Ley.⁶¹³

Artículo 14.

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶¹⁴

Corresponde al Notario Público hacer constar la identidad del otorgante del Documento de Voluntad Anticipada, con base en lo establecido en la Ley del Notariado del Distrito Federal.

Cuando sea otorgado el documento de Voluntad Anticipada mediante formato, él personal de salud identificará al otorgante mediante:

“...I. Documento oficial con fotografía, y II. La Declaración de dos testigos mayores de edad, a su vez identificados conforme a la Fracción anterior, expresándose así en el formato”.⁶¹⁵

Artículo 15.

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶¹⁶

⁶¹² *Ibidem*, artículo 13, p.7

⁶¹³ *Cfr.* 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, *op. cit.*, nota 1, artículo 16, p. 5.

⁶¹⁴ El texto original del artículo 14 establecía que el cargo de representante era gratuito y voluntario, pero aquel que lo aceptaba se obliga a desempeñarlo. Véase: *Ídem*, artículo 14.

⁶¹⁵ Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, *op. cit.*, nota 114, artículo 14, p.7

⁶¹⁶ El texto original del artículo 15 señalaba que él representante que fuera a excusarse, debía hacerlo al momento en que tuvo noticia de su nombramiento. Véase: 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, *op. cit.*, nota 1, artículo 15, p. 5.

Así mismo, tenemos que él otorgante del Documento de Voluntad Anticipada, preferentemente debe asistir 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

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)*

El artículo dieciséis prevé como hipótesis aquel caso en que él solicitante manifiesta que no sabe o no puede firmar el Documento de Voluntad Anticipada o Formato según corresponda, ante tal situación él legislador prevé que debe igualmente suscribirse ante dos testigos, de los cuales uno firmará a ruego del solicitante, además, de imprimir su huella digital. Por último debemos señalar que se derogan las fracciones I, II, III, IV y V del texto original.

Sin embargo, en el texto original de la presente Ley se contemplaba el mismo supuesto, pero en su artículo 29.⁶¹⁷

Artículo 17

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶¹⁸

Posteriormente en el artículo diecisiete se estableció que cuando el solicitante sea sordo o mudo, pero sabe leer, ante tal situación debe darse lectura al documento de Voluntad Anticipada o formato, en la inteligencia que si no supiere o no pudiere hacerlo, se designará una persona que lo haga a su nombre. Finalmente se derogan las fracciones I, II, III, IV y V del texto original.

* Como mencionamos en líneas anteriores, en el artículo 16 anterior a la reforma del mes de julio de 2012, se contemplaba en cinco fracciones quienes podían excusarse de ser representantes.

⁶¹⁷ Cfr. 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, *op. cit.*, nota 1, artículo 29, p. 7.

⁶¹⁸ El artículo 17 anterior a la reforma del mes de julio de 2012, contenía las obligaciones del representante. Véase: *Ibidem*, artículo 17, p. 5.

El mismo supuesto que contiene el artículo 17 era tratado en el texto original de dicha Ley pero en su artículo 30.⁶¹⁹

Artículo 18

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶²⁰

A través del artículo dieciocho el legislador del Distrito Federal con el fin de asegurar la aplicación y observancia del documento de Voluntad Anticipada o formato, estableció que ambos documentos deben ser entregados por el enfermo terminal o su representante al personal de salud encargado de aplicar el tratamiento respectivo, lo anterior con el fin de que sea integrado al expediente clínico y se de cumplimiento a lo establecido en el mismo. Agregando que por lo que respecta a los cuidados paliativos, éstos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad por el médico especialista; derogando las fracciones anteriores que se encontraban insertadas en el artículo (fracciones I, II, III, IV y V).

El texto original de la Ley en cuestión se pronunciaba al respecto de forma similar, pero en su artículo 35.⁶²¹

⁶¹⁹ Artículo 30. "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 pudiere hacerlo, designará una persona que lo haga a su nombre". Véase: *Ibidem*, artículo 30, p. 8.

⁶²⁰ Antes de que fuera reformado el artículo que nos ocupa a través de cinco fracciones se señalaba que el cargo de representante concluía: por el término natural del encargo; por muerte del representante; por muerte del representado; por incapacidad legal, declarada en forma; por excusa que el juez calificara de legítima, con audiencia de los interesados y del Ministerio Público, cuando se interesen menores o el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal en el ámbito de sus atribuciones; y, por revocación de sus nombramientos o remoción, hecha por el signatario para su realización. Véase: *Ibidem*, artículo 18, p. 6.

⁶²¹ Artículo 35. "El solicitante o su representante deberán entregar el Documento de Voluntad Anticipada al personal de salud encargado de implementar el tratamiento del enfermo en etapa terminal, para su integración al expediente clínico, y dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el mismo". Véase: *Ibidem*, artículo 35, p. 8.

3.5.3. De la Nulidad y Revocación del Documento y Formato.

Artículo 19

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶²²

El artículo diecinueve resume en cuatro fracciones aquellos casos que afectan la validez del documento de Voluntad Anticipada o formato; luego entonces resulta nulo el documento cuando:

“...I. Es otorgado en contravención a lo dispuesto por esta Ley; II. Es realizado bajo influencia de amenazas contra el suscriptor o sus bienes, o contra la persona o bienes de sus parientes por consanguinidad (sic) 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; III. 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 IV. Aquel en el que medie alguno de los vicios de la voluntad para su otorgamiento...”.⁶²³En la inteligencia que las V y VI, así como el párrafo final del artículo fueron derogadas por decreto de fecha 27 de julio de 2012 publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

Nuevamente es importante destacar que antes de que se reformaran, adicionaran y derogaran los artículos que conforman la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal por Decreto publicado en su Gaceta Oficial el día 27 de julio

⁶²² El artículo 19 anterior a la reforma de 27 de julio de 2012, se vinculaba con la Fracción III del artículo 7 de la misma Ley, pues el primero de los numerales indicaba que podían suscribir el documento de Voluntad Anticipada en los términos de la Fracción III del artículo 7 de la multicitada Ley por orden subsecuente y a falta de: 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. Así mismo se advertía al final, que el familiar signatario del Documento o Formato de Voluntad Anticipada en los términos del artículo 19 anterior a la reforma también podía fungir como representante del mismo para los efectos de cumplimiento a que hubiera lugar. Véase: *Ibidem*, artículo 19, p.6

⁶²³ Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, *op. cit.*, nota 114, artículo 19, p. 8.

de 2012, se insertaban seis fracciones en el artículo 36,⁶²⁴ para indicar en qué casos podía ser nulo el documento de Voluntad Anticipada.

Artículo 20

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶²⁵

Ahora bien, el artículo veintiuno resulta complementaria del anterior, al indicar que él suscriptor del documento de Voluntad Anticipada o formato que se encuentre en algunos de los supuestos establecidos en el artículo anterior, puede convalidarlo de acuerdo a las formalidades que prevé la Ley, después de que cese la circunstancia que lo afectaba de nulidad. Aunado a lo anterior se derogan las fracciones I, II y III, así como el párrafo final del artículo original.

En la inteligencia que el texto original del artículo 37,⁶²⁶ también se pronunciaba al respecto de forma similar.

Artículo 21

⁶²⁴ Artículo 36. “Es nulo el Documento de Voluntad Anticipada realizado bajo las siguientes circunstancias: I. El realizado en documento diverso al Documento de Voluntad Anticipada o el Formato correspondiente autorizado por la Secretaría; II. El realizado bajo influencia de amenazas contra el signatario o sus bienes, o contra la persona o bienes de su cónyuge, parientes, concubinario o concubina; III. El captado por dolo o fraude; IV. Aquel en el que el signatario no exprese clara e inequívocamente su voluntad, sino sólo por señales o monosílabos en respuesta a las preguntas que se le hacen; V. Aquél que se otorga en contravención a las formas prescritas por la Ley; y VI. Aquel en el que medie alguno de los vicios del consentimiento para su realización”. Véase: 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, *op. cit.*, nota 1, artículo 36, p. 8.

⁶²⁵ El artículo 20 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal anterior a la reforma de fecha 27 de julio de 2012 se encontraba vinculado a la Fracción IV, artículo 7 de la misma Ley, la cual indicaba que tratándose de un menor de edad los padres o tutores de éste podrían suscribir el documento de Voluntad Anticipada en su representación, por lo que el artículo 20 se limitaba únicamente a señalar el orden e importancia de prelación, siendo estos: I. los padres, II. Los familiares o personas que ejerzan la patria potestad del menor; o, los hermanos mayores de edad o emancipados. De igual forma el familiar signatario del Documento o formato de Voluntad Anticipada podía fungir a su vez como representante del mismo para los efectos de cumplimiento a que hubiere lugar. Véase: *Ibidem*, artículo 20, pp. 6 y 7.

⁶²⁶ Artículo 37. “El signatario que se encuentre en algunos de los supuestos establecidos en el artículo anterior, podrá, luego que cese dicha circunstancia, revalidar su Documento o Formato de Voluntad Anticipada con las mismas solemnidades que si lo signara de nuevo; de lo contrario será nula la revalidación”. Véase: *Ibidem*, artículo 37, p. 8.

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶²⁷

A través del artículo veintiuno se abre la posibilidad de que el Documento de Voluntad Anticipada, o en su defecto el Formato puedan ser revocados en cualquier momento, para lo cual es necesaria la manifestación de la voluntad observando las mismas formalidades que señala la Ley para su otorgamiento.

Así mismo, se aclara que bajo ninguna circunstancia habrá cabida para que en el documento o formato de Voluntad Anticipada se establezcan disposiciones testamentarias, legatarias, o donatarias de bienes, derechos u obligaciones que no sean los concernientes a la Voluntad Anticipada que regula la Ley que se analiza.

En este orden de ideas, el artículo 38 de la Ley de Voluntad Anticipada anterior a la reforma de fecha 27 de julio de 2012, en su primer párrafo hacía alusión a la revocación del documento de Voluntad Anticipada únicamente por el signatario en cualquier momento. Sin embargo, podíamos percatarnos de ciertos errores por parte del legislador, en la redacción de dicha Ley, ya que bastaba recordar que el artículo 7, Fracción III señalaba que el documento de Voluntad Anticipada podía ser suscrito por los familiares del interesado, especificándose en el artículo 19 de la misma Ley los familiares que podían suscribirlo, por lo que penosamente no se estaba tomando en cuenta al interesado.⁶²⁸

Artículo 22

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶²⁹

⁶²⁷ El texto original del artículo establecía: Artículo 21. "En caso de que existan hijos menores de 18 años y mayores de 16 años podrán igualmente suscribir el Documento de Voluntad Anticipada en los supuestos establecidos en los dos artículos anteriores, a falta de las demás personas facultadas". Véase: *Ibidem*, artículo 21, p. 7.

⁶²⁸ Cfr. *Ibidem*, artículo 38, p. 9.

⁶²⁹ El texto original del artículo señalaba: Artículo 22. "Cuando el Documento de Voluntad Anticipada sea suscrito ante Notario, éste dará lectura al mismo en voz alta a efecto de que el signatario asiente que es su voluntad la que propiamente se encuentra manifiesta en dicho documento.

En caso de que existan dos o más Documentos de Voluntad Anticipada o Formatos será válido el último otorgado.

Siendo importante señalar que antes de que fueran reformados adicionados y derogados algunos de los artículos que conformaban el texto original de ésta Ley, en el artículo 39 se establecía que para el caso de que hubieran dos o más documentos o formatos de Voluntad Anticipada, sería válido el último firmado por el signatario, tal y como si se tratara de un testamento.

3.5.4. Del Cumplimiento de la Voluntad Anticipada.

Artículo 23

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶³⁰

El suscriptor puede solicitar al médico tratante, que se le apliquen las disposiciones contenidas en el Documento de Voluntad Anticipada o Formato. En la inteligencia de que si se encontrara incapacitado para expresar su solicitud, le corresponderá a su representante velar por el cumplimiento de dichas disposiciones.

Por lo que respecta a los familiares del enfermo en etapa terminal, estos se encuentran obligados a respetar la voluntad del enfermo que haya asumido en los términos de la Ley.

Ahora bien, Algunos de los aspectos que regula actualmente la Ley en su artículo 23, anteriormente eran tratados en su artículo 40.⁶³¹

Cuando el solicitante del Documento de Voluntad Anticipada ignore el idioma del país, el Notario deberá nombrar a costa del solicitante un intérprete que sea perito traductor, quien concurrirá al acto y explicará totalmente al solicitante los términos y condiciones en que se suscribe el Documento de Voluntad Anticipada". Véase: *Ibidem*, artículo 22, p.7

⁶³⁰ El texto original del artículo señalaba: Artículo 23. "El Notario deberá verificar la identidad del solicitante, y de que se halla en su cabal juicio y libre de cualquier coacción". Véase: *Ídem*, artículo 23.

⁶³¹ El artículo 40 mencionaba que para el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el documento o formato de Voluntad Anticipada, el signatario o en su caso su representante debían solicitar al personal de salud que les correspondiera efectuaran las disposiciones establecidas en dicho documento; y en el segundo párrafo del mismo numeral se mencionaba que el personal de salud correspondiente debía realizar dichas disposiciones en los términos solicitados y prescritos en el

Artículo 24

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶³²

Cuando se dé inicio al cumplimiento de las disposiciones y términos contenidos en el Documento de Voluntad Anticipada o Formato, por parte del personal de salud que corresponda, debe existir constancia de lo anterior en el historial clínico del enfermo en etapa terminal hasta su conclusión, en los términos de las disposiciones de salud correspondientes. Aunado a lo anterior, debe incluirse el tratamiento de cuidados paliativos que el personal determine.

No obstante lo anterior, si el paciente en situación terminal que recibe los cuidados paliativos, cambia de parecer, podrá solicitar nuevamente recibir el tratamiento curativo en la forma y términos previstos en la presente Ley.

Es oportuno señalar que el artículo 41 de la misma Ley anterior a la reforma de fecha 27 de julio de 2012 se pronunciaba al respecto de forma similar.⁶³³

Artículo 25.

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶³⁴

documento o formato de Voluntad Anticipada, y en referencia al derecho establecido para ello en el artículo 16 bis 3 de la Ley de Salud. Véase: *Ibidem*, artículo 40, p. 9.

⁶³² El texto original de dicho artículo era el siguiente: Artículo 24. "Si la identidad del solicitante no pudiere verificarse, se declarará esta circunstancia por el Notario, solicitando la presencia de dos testigos, que bajo protesta de decir verdad, verifiquen la personalidad de este y en caso de que no existiera la posibilidad de presencia de los dos testigos, el Notario agregará al Documento de Voluntad Anticipada todas las señas o características físicas y/o personales del solicitante". Véase: *Ibidem*, artículo 24, p.7

⁶³³ El artículo 41 indicaba que cuando se iniciaba con el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el formato o documento de Voluntad Anticipada se debía asentar en el historial clínico del enfermo en etapa terminal toda la información que hacía constar dichas circunstancias hasta su terminación, en los términos de las disposiciones de salud correspondientes, debiéndose incluir además los cuidados paliativos, medidas mínimas ordinarias, sedación controlada y tratamiento tanatológico que el personal de salud correspondiente determine, lo cual consiste de acuerdo con las definiciones que de esos conceptos contiene la Ley, en la hidratación, higiene, oxigenación, nutrición y/o curaciones, administración de fármacos para lograr el alivio, así como ayuda médica y psicológica para el enfermo y los familiares. Véase: *Ibidem*, artículo 41, p.9

En el artículo que nos ocupa se contempla la posibilidad de que el personal de salud encargado de cumplimentar lo dispuesto en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato, así como lo prescrito en la presente Ley, pueda excusarse de intervenir en la aplicación de dichos documentos, cuando sus creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tales disposiciones. El legislador del Distrito Federal los nombró objetores de conciencia.⁶³⁵

En virtud de lo anterior la secretaria de salud tiene la obligación de garantizar y vigilar que las Instituciones de Salud cuenten con personal no objetor con el fin de que exista la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal de salud para el otorgamiento de los Cuidados Paliativos como parte del cumplimiento de la Voluntad Anticipada del enfermo en etapa terminal.⁶³⁶

Así mismo, se prevé que la Secretaría en el ámbito de sus atribuciones y posibilidades financieras, deberá ofrecer 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.⁶³⁷

Y por último, se determina que la Secretaría se encargará de emitir los lineamientos correspondientes para la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada en las instituciones de salud de carácter privado.⁶³⁸

De lo anteriormente expuesto, podemos advertir que dicho precepto legal posee aspectos importantes que valen la pena analizar más a fondo:

El primer párrafo va dirigido al personal de salud encargado de cumplimentar las disposiciones establecidas en el documento o formato de Voluntad Anticipada,

⁶³⁴ El texto original de dicho artículo era el siguiente: "Artículo 25. En caso de que el Documento de Voluntad Anticipada sea suscrito en los términos del artículo 10 de la presente Ley, igualmente deberá darse lectura en voz alta, a efecto de que el solicitante asiente que es su voluntad la que propiamente se encuentra manifiesta en dicho documento, pero no tendrá validez el Documento de Voluntad Anticipada hasta que no se verifique la identidad de este por los dos testigos". Véase: *Ibidem*, artículo 25, p.7

⁶³⁵ Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, *op. cit.*, nota 114, artículo 25, Primer Párrafo, p. 9

⁶³⁶ *Ídem*, Segundo Párrafo

⁶³⁷ *Ídem*, Tercer Párrafo

⁶³⁸ *Ídem*, Cuarto Párrafo

así como de las disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada de la Ciudad de México; en este caso, se prevé que cuando las creencias religiosas o convicciones del personal de salud llegan a ser contrarias a las disposiciones legales y a la voluntad del suscriptor del documento o formato de voluntad anticipada, no estarán obligados a actuar, ya que podrán ser objetores de conciencia y excusarse de intervenir en su realización. Lo cual considerábamos acertado ya que por una parte el legislador es congruente con lo que establece nuestro máximo ordenamiento legal en su artículo 24 constitucional, se consagra la libertad de culto y de ideología, y nos permite profesar la religión que de acuerdo a nuestras convicciones consideremos adecuada, y por otra parte se hace evidente la secularidad del Estado. El autor Valades, Diego señala: "...Esta es una norma que denota el respeto debido a las posiciones éticas o a las creencias religiosas, y que acentúa el carácter laico del Estado";⁶³⁹ por su parte Adib, Adib, difiere de lo anterior al considerar: "si bien la objeción de conciencia en esta materia está presente también en otras legislaciones... no quiere decir que sea lo correcto. Es de considerarse que en una institución pública no se puede ser objetor de conciencia, ya que esto abriría las puertas para que en otras materias se debiera aplicar también la referida objeción..."⁶⁴⁰

Por lo que respecta a nosotros, compartimos el criterio del primer autor y diferimos con el segundo, pues consideramos que debe de respetarse la libertad ideológica y creencias religiosas, siempre y cuando no se afecte la libertad y derechos de un tercero, y teniendo en consideración la pluralidad de ideologías y creencias religiosas siempre existirá quien comparta y quien rechace el sentir del suscriptor de Voluntad Anticipada, no pudiendo obligar a uno u otro, luego entonces debe siempre prevalecer la libertad y la tolerancia.

El Segundo párrafo señala que es una obligación de la Secretaria de Salud garantizar y vigilar en las Instituciones de Salud la oportuna prestación de los

⁶³⁹ Carpizo, Jorge y Valades, Diego, *Derechos Humanos, Aborto y Eutanasia*, 2ª ed., Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 2010, p.134

⁶⁴⁰ Adib Adib, Pedro José, *op. cit.*, nota 111, p.1551

servicios y la permanente disponibilidad de personal de salud no objetor, lo anterior con el fin de verificar el cumplimiento de la Voluntad Anticipada del enfermo en etapa terminal. Sin embargo nos cuestionamos, ¿de qué forma se puede saber si el personal de salud es objetor o no del documento o formato de Voluntad Anticipada?

El autor Adib Adib comenta que posiblemente se tendría que cuestionar a todo el personal respecto de su posición sobre las voluntades anticipadas a fin de que se cuente con la certeza de que existirá personal de salud con disposición para cumplir las instrucciones del Documento, en síntesis podemos decir que dicho párrafo encierra una serie de hipótesis que pueden suscitarse, y que no están del todo contempladas por el legislador del Distrito Federal.⁶⁴¹

Por lo que hace al tercer párrafo del artículo 25 llama nuestra atención la parte en la que se establece que la secretaria de salud en el Distrito Federal, en el ámbito de sus atribuciones y posibilidades financieras, ofrecerá atención medica domiciliaria a enfermos en etapa terminal, de conformidad con los lineamientos que para el efecto emita en los términos de la Ley.*

Los alcances de lo establecido en éste tercer párrafo que analizamos, los encontramos en el artículo 37 del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal, mismo que fue reformado mediante decreto publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 19 de septiembre de 2012, y que a continuación nos permitimos citar de forma íntegra:

Artículo 37.- “La atención médica domiciliaria será otorgada vía telefónica o a través de visita domiciliaria, debiendo sujetarse a las siguientes disposiciones: I. Se

⁶⁴¹ Cfr. *Ídem*

*Lo anterior resulta difícil de llevar a cabo en la práctica si tenemos en cuenta que se requieren del recurso humano llámese personal capacitado de la secretaria de salud para trasladarse a los diversos domicilios de los enfermos terminales, así como de recursos económicos y finalmente el recurso tiempo dedicado a tan loable labor; ahora bien, de igual forma resulta poco creíble que la atención medica de forma domiciliaria sea la adecuada para el enfermo ya que ni siquiera cuando el enfermo acude al propio hospital es garantía de que reciba la debida atención medica y se le proporcionen los medicamentos que necesita por lo que el paciente tiene que adquirirlos por su cuenta.

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 sedo-analgesia 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”.⁶⁴²

Del precepto legal anteriormente citado, podemos percatarnos que lo establecido en el párrafo tercero del artículo 25 de la LVADF puede llevarse a cabo a través de visita domiciliaria o vía telefónica, y ante esta posibilidad, aunado a las escasas de recursos económicos, es casi seguro que se cumplirá con lo anterior, a través de una llamada telefónica que consideramos no es lo adecuado, pues tenemos que tomar en cuenta que a través de dicho medio no se puede proporcionar la atención médica adecuada que requiere un enfermo terminal y que hace suponer que deberá de contar con el servicio de teléfono, que el mismo puede encontrarse fuera de la Ciudad de México, y que no se hace mención con qué frecuencia se deberá poner en contacto el personal de salud con el enfermo, etcétera. Como se puede observar existen muchas deficiencias que esperamos sean superadas de forma pronta*

Artículo 26

⁶⁴² Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, *op. cit.*, nota 603, artículo 37, p.7

*Opinión Particular del Autor.

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶⁴³

En el artículo veintiséis advertimos que el legislador del Distrito Federal, pretende evitar que se practique la eutanasia activa, toda vez que se prohíbe al personal de salud suministrar medicamentos o tratamientos médicos que de manera intencional que provoquen de forma intencional la muerte del enfermo en etapa terminal.

Antes de que fuera reformada la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal con fecha 27 de julio de 2012, con el objeto de despejar cualquier duda respecto a la eutanasia activa, la Ley prohibía en su artículo 43 provocar el deceso intencional del enfermo terminal.⁶⁴⁴

Artículo 27

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶⁴⁵

De acuerdo al presente numeral no pueden aplicarse las disposiciones contenidas en el Documento de Voluntad Anticipada o en el Formato a enfermos que no se encuentren en etapa terminal.

⁶⁴³ El texto original de dicho artículo era el siguiente: Artículo 26. "Se prohíbe a los Notarios y a cualesquiera otras personas que hayan de redactar Documentos de Voluntad Anticipada, dejar hojas en blanco y servirse de abreviaturas o cifras, bajo la pena de quinientos días de salario mínimo general vigente como multa". Véase: 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, *op. cit.*, nota 1, artículo 26, p. 7.

⁶⁴⁴ *Cfr. Ibidem*, Artículo 43, p. 9.

⁶⁴⁵ El texto original de dicho artículo era el siguiente: Artículo 27. "El solicitante expresará de modo claro y terminante su voluntad al Notario o a las personas facultadas para los efectos por la Secretaría según sea el caso, quienes redactarán por escrito las cláusulas del Documento de Voluntad Anticipada o cumplirán con los requisitos del Formato correspondiente, sujetándose estrictamente a la voluntad del solicitante y las leerá en voz alta para que éste manifieste si está conforme. Si lo estuviere, lo firmarán el solicitante, el Notario, los testigos y el intérprete, según el caso, asentándose el lugar, año, mes, día y hora en que hubiere sido otorgado.

El solicitante preferentemente asistirá al acto acompañado de aquél que haya de nombrar como representante a efecto de asentar en el Documento de Voluntad Anticipada, la aceptación del cargo". Véase: *Ibidem*, artículo 27, p. 7.

Por último se derogan los párrafos 2 y 3 del artículo que nos ocupa, siendo importante precisar que en el texto original de la Ley en que nos ocupa, específicamente en su artículo 44⁶⁴⁶ se pronunciaba de forma muy similar al actual artículo 27.

3.5.5. De la Coordinación Especializada en Materia de Voluntad Anticipada.

Artículo 28

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶⁴⁷

En el artículo veintiocho el legislador del Distrito Federal define a la coordinación especializada como: "...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".⁶⁴⁸

Ahora bien, antes de que fueran reformados adicionados y derogados los preceptos legales que conforman la presente Ley, encontrábamos en el mismo texto pero en el artículo 45 de la Ley.⁶⁴⁹

Artículo 29

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶⁵⁰

⁶⁴⁶ Cfr. *Ibidem*, artículo 44, p. 9.

⁶⁴⁷ El texto original del artículo establecía: Artículo 28. "En los casos previstos en los artículos 29, 30, 31, 32 y 33 de la presente Ley, así como cuando el solicitante o el Notario lo requieran, deberán concurrir al otorgamiento del acto, dos testigos y firmar el Documento de Voluntad Anticipada". Véase: *Ibidem*, artículo 28, p. 7.

⁶⁴⁸ Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, *op. cit.*, nota 114, artículo 28, p.10.

⁶⁴⁹ Cfr. *Ibidem*, artículo 45, p. 9.

⁶⁵⁰ Antes de que fuera reformado el artículo 29 por decreto de fecha 27 de julio de 2012 su texto original indicaba: Artículo 29. "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". Véase: 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, *op. cit.*, nota 1, artículo 29, p. 7.

En el artículo veintinueve se establecen en siete fracciones las atribuciones de la coordinación especializada:

“I. Recibir, archivar y resguardar los Documentos y Formatos a los que se refiere la presente Ley; II. Coadyuvar con el registro de donantes en coordinación con el Centro Nacional de Trasplantes y el Centro de Trasplantes del Distrito Federal; III. 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; IV. 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; V. 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; VI. Vigilar el cumplimiento de las disposiciones establecidas en los Documentos de Voluntad Anticipada y Formatos, y VII. Las demás que le otorguen otras Leyes y reglamentos”.⁶⁵¹

Artículo 30

(Reformado por Decreto Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de julio de 2012)⁶⁵²

Por otra parte, en el artículo treinta se establecen en dos fracciones las obligaciones de la Coordinación Especializada:

“I. 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

⁶⁵¹ Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, *op. cit.*, nota 114, artículo 29, p.10.

⁶⁵² El texto original del precepto legal a la letra rezaba: Artículo 30. “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 pudiere hacerlo, designará una persona que lo haga a su nombre”. Véase: 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, *op. cit.*, nota 1, artículo 30, p. 8.

Anticipada, sea resultado de un análisis y deliberación personal previa, sobre la base de dicha información, y II. 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”.⁶⁵³

Finalmente debemos señalar que los artículos 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46 y 47 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal de fecha 7 de enero del 2008, fueron derogados a través del decreto de fecha 27 de julio del año 2012 publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, Número 1404.

3.6 Estados de la Republica Mexicana que han Legislado en Materia de Voluntad Anticipada.

A continuación estableceremos en orden cronológico aquellos Estados de la Republica Mexicana que cuentan con una ley de voluntad anticipada,* y posteriormente trataremos de destacar de forma sintetizada los aspectos más relevantes de cada una de aquellas legislaciones para poder estar en aptitud al final de la presente investigación de establecer los aspectos positivos y negativos de la Regulación Jurídica de la voluntad anticipada en México.

A continuación hacemos un pequeño recuento de los Estados de la Republica Mexicana que han Legislado al respecto:

⁶⁵³ Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, *op. cit.*, nota 114, artículo 30, p.10.

*En este orden de ideas, tenemos que al mes de junio del año dos mil diecisiete se cuenta con trece entidades en nuestro país, además de la Ciudad de México, que han legislado sobre la Voluntad Anticipada; algunas de estas solo reconocen la autonomía de los enfermos terminales a fin de que puedan aceptar o rechazar tratamientos médicos que prolonguen innecesariamente su vida, y otros son más permisivos al extender este derecho a cualquier persona con capacidad de ejercicio que sea usuaria de los servicios de salud Pública o Privada. Lo cierto es que a la fecha algunos otros Estados de la Republica Mexicana cuentan con proyectos o iniciativas en la misma materia, por lo que el número de legislaciones sobre voluntad anticipada podría incrementarse.

Distrito Federal.- Con fecha 7 de enero del 2008 se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal la Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal, convirtiéndose la misma en un Modelo de Ley no oficial, ya que dicha normativa serviría de guía o patrón para que otros Estados de la Republica Mexicana comenzaran a legislar sobre el mismo tema inspirándose en la del Distrito Federal. En este orden de ideas de acuerdo al artículo primero transitorio de ésta Ley, entró en vigor al día siguiente de su publicación.⁶⁵⁴

Posteriormente dicha ley sería reformada, adicionada y derogada con fecha 25 de julio de 2012 y a últimas fecha sería cambiada la denominación de Distrito Federal por la de Ciudad de México.⁶⁵⁵

1.- Coahuila.- Luego entonces, el 18 de julio de 2008, El Estado de Coahuila promulgó la Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal, para el Estado de Coahuila,⁶⁵⁶ misma que guarda estrecha semejanza con la del Distrito Federal, variando notablemente solo su denominación, pues en esta se aborda principalmente el documento de disposiciones previsoras como una garantía para decidir respecto al tratamiento médico que desea o no recibir en el supuesto de padecer una enfermedad terminal. De acuerdo al artículo primero transitorio de la presente Ley, entró en vigor al día siguiente de su publicación.⁶⁵⁷

2.- Aguascalientes.- Posteriormente el Estado de Aguascalientes el día 6 de abril de 2009, publica en su periódico oficial la Ley de Voluntad Anticipada,⁶⁵⁸ misma

⁶⁵⁴ Cfr. 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, *op. cit.*, nota 1, pp.2-11.

⁶⁵⁵ Cfr. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, *op.cit.*, nota 114, pp. 3-11; y ACUERDO General del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal por el que se cambia la denominación de Distrito Federal por Ciudad de México en todo su cuerpo normativo, *op. cit*, nota 2.

⁶⁵⁶ Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal de fecha 24 de junio de 2008, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Coahuila de Zaragoza, número 58, Tomo CXV, Sección Primera, el 18 de julio de 2008, pp. 1-6, <https://goo.gl/UP8fYY>, página consultada el 07 de junio de 2017.

⁶⁵⁷ El día 09 de agosto de 2016 se reformaron las fracciones I y II del artículo 15 de la presente Ley. Véase: Ley Protectora de la Dignidad del enfermo terminal, para el Estado de Coahuila, Última Reforma Publicada en el Periódico Oficial: 09 Agosto 2016, <https://goo.gl/asTk2j>, página consultada el día 06 de junio de 2017

⁶⁵⁸ Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes, número 14, de fecha 6 de abril de 2009, pp. 3-8

que podemos decir en pocas palabras aborda el mismo tema que las anteriores, ya que se habla del derecho que tiene cualquier persona con capacidad de ejercicio, para declarar su voluntad libre con el fin de evitar someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos tendientes a prolongar la condición terminal del enfermo. De acuerdo al artículo primero transitorio de la presente Ley, entró en vigor al día siguiente de su publicación.⁶⁵⁹

3.- San Luis Potosí.- Así las cosas, el 17 de julio de 2009, tres meses después de que el Estado de Aguascalientes contara con una Ley de Voluntad Anticipada, el Estado de San Luis Potosí hace lo propio, y aprueba la Ley Estatal de derechos de las Personas en Fase Terminal,⁶⁶⁰ la cual tiene como objeto garantizar el derecho de tener una muerte digna a todo aquel enfermo terminal, pues se contempla la posibilidad de que puedan negarse a someterse a tratamientos y/o procedimientos médicos que alarguen su agonía. De acuerdo al artículo primero transitorio de la presente Ley, entró en vigor al día siguiente de su publicación.⁶⁶¹

4.- Michoacán.- Siguiendo esta tendencia, con fecha 21 de septiembre de 2009, el Estado de Michoacán a través de su Gobernador Leonel Godoy Rangel publica en el Periódico Oficial del Estado, la Ley de Voluntad Vital Anticipada,⁶⁶² la cual de acuerdo a algunos diarios locales tuvo aceptación por la misma Iglesia Católica, ya que esta no permitía la eutanasia activa, sino que se trataba de evitar la prolongación innecesaria de la existencia a través de medios desproporcionados. De acuerdo al artículo primero transitorio de la presente Ley, entró en vigor al día siguiente de su publicación.*

⁶⁵⁹ Al día 23 de febrero del año 2017 no ha sido reformada la presente ley salvo una fe de erratas publicada en el periódico oficial con fecha 20 de abril de 2009, Véase: Fe de Erratas al Decreto Número 271, Publicada en el Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes el 20 de abril de 2009, Número 16, Tomo LXXII, pp10-11.

⁶⁶⁰ Decreto 807 de la Ley Estatal de Derechos de las Personas en Fase Terminal, Publicado en el Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí el 7 de julio de 2009, Edición Extraordinaria, pp.1-11, <https://goo.gl/y4Rthg>, página consultada el 08 de junio de 2017. .

⁶⁶¹ Al día 06 de junio de 2017 la presente Ley no ha sido reformada. Véase: Segob, Ordenamientos, San Luis Potosí, <https://goo.gl/vJlCt>, página consultada el 06 de junio de 2017.

⁶⁶² Ley de Voluntad Vital Anticipada del Estado de Michoacán de Ocampo, de fecha 9 de septiembre de 2009, publicada en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, número 40, tomo CXLVII, sección tercera, el 21 de septiembre de 2009, pp.1-8, <https://goo.gl/ohC8Ue>, página consultada el 23 de febrero de 2017.

*Al día 06 de junio de 2017, no hemos encontrado reforma alguna a la presente ley.

5.- Hidalgo.- En este orden de ideas, el día 14 de febrero de 2011 el Estado de Hidalgo se suma a las anteriores entidades federativas y publica en su Periódico Oficial La Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Hidalgo.⁶⁶³ De acuerdo al artículo primero transitorio de la presente Ley, entró en vigor a los 90 días siguientes al de su publicación. Sin embargo con fecha 2 de septiembre de 2013 se publicó en el Periódico Oficial de ese Estado Decreto que Reforma y adiciona diversas disposiciones de esa Ley.⁶⁶⁴

6.- Guanajuato.- Continuó con ésta tendencia, el Estado de Guanajuato, ya que el día 03 de junio del año 2011 se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno de ese Estado, la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato,⁶⁶⁵ la cual entró en vigor el día uno de enero de dos mil doce de acuerdo a su artículo primero transitorio.⁶⁶⁶

7.- Estado de Chihuahua.- Por lo que respecta al Estado de Chihuahua, éste insertó en su Ley Estatal de Salud el Título Décimo, denominado Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal, a través del cual se regula la Voluntad Anticipada,⁶⁶⁷ en la inteligencia que anteriormente se había presentado una iniciativa de Ley de Voluntad Anticipada para dicho Estado, la cual no encontró el impulso suficiente para convertirse en Ley vigente.⁶⁶⁸

⁶⁶³ Decreto Número 573 Que crea la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Hidalgo, de fecha 8 de febrero de 2011, publicado en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo con fecha 14 de febrero de 2011, Número 7, Tomo CXLIV, pp. 2-12, <https://goo.gl/ZgKRj7>, página consultada el 06 de junio de 2017.

⁶⁶⁴ Con fecha 15 de agosto de 2016 fue reformada dicha ley. Véase: Decreto número 573 que crea la Ley de Voluntad anticipada para el estado de hidalgo, ÚLTIMA REFORMA PUBLICADA EN EL PERIÓDICO OFICIAL EL 15 DE AGOSTO DE 2016, pp. 1-12, <https://goo.gl/d2IWrn>, página consultada el 08 de junio de 2017.

⁶⁶⁵ Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato, de fecha 23 de mayo de 2012, publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato, número 88, el 3 de junio de 2011, pp. 26-41, <https://goo.gl/IXnu8t>, página consultada el 2 de octubre de 2015.

⁶⁶⁶ Al día 06 de junio de 2017 no ha sido reformada la presente ley. Véase: Marco Normativo, LXIII Legislatura del Congreso de Guanajuato, <https://goo.gl/NC6NRI>, página consultada el 06 de junio de 2017

⁶⁶⁷ Ley Estatal de Salud de Chihuahua, Título Decimo, pp. 33-38, <http://goo.gl/zlcrK>, página consultada el 28 de agosto de 2015.

⁶⁶⁸ La última reforma a la ley estatal de Salud del Estado de Chihuahua fue publicada el 12 de agosto de 2015 en el Periódico Oficial del Estado Numero 64, a través de dicha reforma se modifico el articulo 237 y se adicionaron los párrafos segundo y tercero del articulo 78 y las fracciones de la I a la X al artículo 237 de la Ley Estatal de Salud; el capitulo Decimo denominado cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal no se modifico. Véase: Decreto Número 911/2015 II, Publicado en el

8.- Estado de Nayarit.- El presente Estado con fecha 12 de septiembre de 2012 publicó en su Periódico Oficial del Estado la Ley de Derechos de los Enfermos en Etapa Terminal para el Estado de Nayarit,⁶⁶⁹ la cual de acuerdo a su artículo primero transitorio entró en vigor a los 120 días siguientes de su publicación en el Periódico Oficial.⁶⁷⁰

9.- Estado de Guerrero.- El Estado de Guerrero legisló sobre la voluntad anticipada con fecha 20 de julio de 2012, ya que con esta fecha publicó en el Periódico Oficial de dicho Estado la Ley Número 1173 de Voluntad Anticipada para el Estado de Guerrero,⁶⁷¹ la cual de acuerdo a su Artículo Primero Transitorio entró en vigor a los sesenta días siguientes de su publicación en el Periódico Oficial de dicho Estado.⁶⁷²

10.- Estado de México.- Este estado publicó su ley de voluntad anticipada del Estado de México,⁶⁷³ a través del decreto número 82, publicado en la Gaceta del Gobierno del Estado de México con fecha 3 de mayo de 2013, y de acuerdo a su Artículo Segundo Transitorio entró en vigor dicha ley a los noventa días naturales siguientes a su publicación en el periódico oficial gaceta del gobierno.⁶⁷⁴

Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Chihuahua Número 64 con fecha 12 de agosto de 2015, pp. 3926-3928, <https://goo.gl/6kwBgX>, página consultada el 27 de octubre de 2015.

⁶⁶⁹ Ley de derechos de los enfermos en etapa terminal de Nayarit, de fecha 29 de agosto de 2012, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Nayarit, Número 32, Tiraje 080, Sección Séptima, Tomo CXCI de fecha 12 de septiembre de 2012, pp.1-21, <https://goo.gl/Qup4D3>, página consultada el 23 de febrero de 2017.

⁶⁷⁰ Con fecha 8 de noviembre de 2016 fue reformada dicha Ley Véase: Ley de Derechos de los Enfermos en Etapa Terminal para el Estado de Nayarit, ÚLTIMA REFORMA PUBLICADA EN EL PERIÓDICO OFICIAL: 8 DE NOVIEMBRE DE 2016, pp. 1-21, <https://goo.gl/vVbJeG>, página consultada el 06 de junio de 2017.

⁶⁷¹ Ley Número 1173 de Voluntad Anticipada para el Estado de Guerrero, de fecha 23 de mayo de 2012, publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero, Número 58, Alcance I, de fecha 20 de julio de 2012, pp. 2-15, <http://goo.gl/Hi6Nfr>, página consultada el 27 de octubre de 2015.

⁶⁷² Al día 06 de junio de 2017, no hemos encontrado reforma alguna a la presente Ley. Véase: H. Congreso del Estado Libre y Soberano de Guerrero, Leyes Ordinarias, <http://goo.gl/DWbsw8>, página consultada el 06 de junio de 2017.

⁶⁷³ Decreto Número 82 a través del cual se aprueba la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de México de fecha 3 de mayo de 2013, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de México, Tomo 195, Número 83, de fecha 3 de mayo de 2013, pp.20-29.

⁶⁷⁴ Al día 06 de Junio de 2017 no hemos encontrado reforma alguna a la presente Ley. Véase: LIX Legislatura, Poder Legislativo del Estado de México, Ley de Voluntad Anticipada, <http://goo.gl/Jfe8u>, página consultada el 06 de Junio de 2017.

11.- Estado de Colima.- Con fecha 03 de Agosto del año 2013 se publicó en el Periódico Oficial del Estado de Colima la Ley de voluntad Anticipada para el Estado de Colima,⁶⁷⁵ la cual de acuerdo al artículo primero transitorio de esta Ley entró en vigor al día de su publicación en dicho Periódico Oficial.⁶⁷⁶

12.- Estado de Oaxaca.- Por lo que respecta al Estado de Oaxaca, nos encontramos con que dicha Entidad Federativa cuenta con una Ley de Voluntad Anticipada Publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Oaxaca con fecha 9 de octubre de 2015;⁶⁷⁷ de conformidad con el artículo primero transitorio de dicho decreto de Ley, esta entró en vigor al día siguiente de su publicación.⁶⁷⁸

13.- Estado de Yucatán.- Con fecha 18 de junio de 2016 el Estado de Yucatán legisló sobre la voluntad anticipada al tiempo que modificó su Código Penal a través del decreto 396/2016 de fecha 8 de junio del mismo año;⁶⁷⁹ ley que entró en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de ese Estado.⁶⁸⁰

⁶⁷⁵ Decreto Número 135 a través del cual se aprueba la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Colima de fecha 30 de julio de 2013, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional de Colima, Tomo 98, Número 42, de fecha 03 de Agosto de 2013, p. 965, <http://148.235.70.104/periodico/peri/03082013/p3080302.pdf>, página consultada el 28 de octubre de 2015.

⁶⁷⁶ Al día 06 de Junio de 2017 la presente ley no ha sido reformada, y lo anterior puede comprobarse con la lista que aparece en la legislación vigente de ese Estado, específicamente la número 129. Véase: Legislación del Estado de Colima, No.129, <http://goo.gl/CNVsXz>, página consultada el 06 de Junio de 2017.

⁶⁷⁷ Decreto Número 1328 Mediante el Cual se Aprueba la Ley de Voluntad Anticipada Para el Estado de Oaxaca, de fecha 29 de septiembre de 2015, publicado en el Extra Periódico Oficial de Oaxaca con fecha 9 de octubre de 2015, tomo XCVII, pp.10-13, <https://goo.gl/J5zKLQ>, página consultada el 20 de noviembre de 2015.

⁶⁷⁸ Al día 06 de junio de 2017, la presente ley no ha sido reformada y lo anterior puede comprobarse con la lista que aparece en la legislación vigente de ese Estado, específicamente la número 117. Véase: H. Congreso del Estado de Oaxaca- LXIII Legislatura, <https://goo.gl/hzc2eV>, página consultada el 07 de junio de 2017.

⁶⁷⁹ Decreto 396/2016 por el que expide la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Yucatán, y se modifica el Código Penal del Estado Yucatán, de fecha 8 de junio de 2016, Publicado en el Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán, Número 33,132, Año CXIX, de fecha 18 de junio de 2016, pp. 3-19, <https://goo.gl/bvZcsw>, página consultada el 20 de febrero de 2017.

⁶⁸⁰ Al día 06 de junio de 2017, la presente ley no ha sido reformada y lo anterior puede comprobarse con la lista que aparece en la legislación vigente de ese Estado, específicamente en el decreto 396. Véase: Poder Legislativo del Estado de Yucatan, <https://goo.gl/1hiC40>, página consultada el 07 de junio de 2017.

3.7. Aspectos Relevantes de las Leyes de voluntad anticipada de los Estados de la Republica Mexicana.

Consideramos que algunos de los aspectos más relevantes de cada una de estas legislaciones anteriormente citadas son los que en seguida plasmamos en una serie de tablas que guardan el mismo orden cronológico que en el apartado anterior:

A) Distrito Federal ⁶⁸¹

<p>1.- ¿Cuál es la circunscripción territorial y denominación de dicha ley?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Distrito Federal • Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal⁶⁸²
<p>2.- ¿Cuál es su objeto y/o objetivos?</p>	<p>Objeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.⁶⁸³
<p>3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?</p>	<p>Existen 2 Vías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EL documento de Voluntad Anticipada suscrito Ante Notario Público y, • El Formato de voluntad anticipada se otorga ante el personal de salud cuando al enfermo se le haya diagnosticado una enfermedad terminal.⁶⁸⁴
<p>4.-¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se limita el otorgamiento del Documento de Voluntad Anticipada ya que lo puede suscribir toda persona mayor de 18 años con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, ante Notario Público, sin embargo el formato de voluntad solo lo pueden suscribir los enfermos diagnosticados con enfermedad terminal. • Por lo que respecta a la ejecución del documento de voluntad anticipada esta se limita hasta el momento a

⁶⁸¹ Cfr. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, de fecha 25 de julio de 2012, *op.cit.*, nota 114, pp. 3-11.

⁶⁸² Cfr. *Ibidem*, artículo 3 fracción VII, p.4

⁶⁸³ Cfr. *Ibidem*, artículo 1, p. 3.

⁶⁸⁴ Cfr. *Ibidem*, artículos 3 fracciones III y V, 6 y 7, pp. 3, 4 y 5.

	aquellas personas en fase terminal. ⁶⁸⁵
5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?	<ul style="list-style-type: none"> • Es un requisito 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 o formato.⁶⁸⁶
6.-¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo?	<ul style="list-style-type: none"> • No se limita el otorgamiento y ejecución a un aspecto negativo o positivo, ya 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 <u>ser sometida o no</u> a medios, tratamientos o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica.⁶⁸⁷
7.-¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?	<ul style="list-style-type: none"> • La Coordinación Especializada es la unidad administrativa adscrita a la Secretaría de Salud en materia de Voluntad Anticipada encargada de Recibir, archivar y resguardar los Documentos y Formatos a los que se refiere la presente Ley⁶⁸⁸
8.- ¿se prevé la opción de donar órganos?	<ul style="list-style-type: none"> • Es un requisito la manifestación de la voluntad respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados⁶⁸⁹
9.-¿Existe alguna característica especial que destacar en la presente ley?	<p>Destacamos 4 aspectos de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Secretaría de salud del Distrito Federal 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. • 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. • 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.⁶⁹⁰

⁶⁸⁵ Cfr. *Ibidem*, artículos 1 y 3 fracciones III y V, pp. 3 y 4.

⁶⁸⁶ Cfr. *Ibidem*, artículo 7 fracción II, p. 5.

⁶⁸⁷ Cfr. *Ibidem*, artículos 3 fracciones III y V, 27, pp. 3, 4 y 9

⁶⁸⁸ Cfr. *Ibidem*, artículos 28 y 29, p.10

⁶⁸⁹ Cfr. *Ibidem*, artículo 7 fracción III, p.5

⁶⁹⁰ Cfr. *Ibidem*, artículos 25 párrafos tercero y cuarto, 26 y 27, p.9.

B) Estado de Coahuila ⁶⁹¹

<p>1.- ¿Cuál es la circunscripción territorial y denominación de dicha ley?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de Coahuila • Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal, para el Estado de Coahuila⁶⁹²
<p>2.- ¿Cuál es su objeto y/o objetivos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objeto: Tiene por objeto regular el derecho de toda persona a otorgar el documento de disposiciones previsoras como una garantía para decidir respecto al tratamiento médico que desea o no recibir en el supuesto de padecer una Enfermedad Terminal que lo ubique en un estado en el que ya no pueda expresarse ni gobernarse por sí, a efecto de que se le garantice el derecho a morir dignamente y se evite a su persona el obstinamiento o encarnizamiento terapéutico.⁶⁹³
<p>3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El Documento de Disposiciones Previsoras debe otorgarse y formalizarse por su autor, mediante Acta fuera de Protocolo ante Notario, sin que sea necesaria la intervención de testigos.⁶⁹⁴
<p>4.-¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se limita el otorgamiento ya que toda persona con capacidad de ejercicio, o bien, el emancipado capaz, puede otorgar en los términos de esta ley el Documento de Disposiciones Previsoras mediante acta fuera de protocolo ante notario. • Por lo que respecta a la ejecución del documento de Disposiciones Previsoras esta se limita hasta el momento a aquellas personas en fase terminal producto de una enfermedad o accidente que ubiquen al otorgante en un estado en el que ya no pueda expresarse y valerse por sí, con el propósito de que se le garantice su derecho a morir dignamente y se evite en su persona el encarnizamiento terapéutico⁶⁹⁵
<p>5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El autor en el documento de Disposiciones previsoras, deberá designar a un Representante que tendrá la capacidad de ejercicio. Esta figura podrá recaer en cualquier persona, tenga o no algún vínculo de parentesco por consanguinidad, afinidad o civil, quien actuara en nombre del autor, con el médico o el equipo sanitario a efecto de asegurar la precisa aplicación o interpretación de las instrucciones consignadas en el documento de

⁶⁹¹ Cfr. Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal de fecha 24 de junio de 2008, *op. cit.*, nota 656, pp. 1-6.

⁶⁹² Cfr. *Ibidem*, p.1

⁶⁹³ Cfr. *Ibidem*, artículos 1 y 2, pp.1 y 2

⁶⁹⁴ Cfr. *ibidem*, artículos 10 y 11, pp. 4 y 5

⁶⁹⁵ Cfr., *Ibidem*, artículos 3 fracción V, 4, 5, 7 y 13, pp. 2, 3, 4 y 5

	Disposiciones previsoras, así como también sobre los criterios médicos y los principios expresados. ⁶⁹⁶
6.-¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo?	<ul style="list-style-type: none"> No se limita el otorgamiento y ejecución a un aspecto negativo o positivo, ya que cualquier persona con capacidad de ejercicio, o bien, un emancipado capaz, da instrucciones respecto al tratamiento médico <u>que desea o no recibir</u> en el supuesto de padecer un accidente o una Enfermedad Terminal irreversible que lo ubique en un estado en el que ya no pueda expresarse y valerse por sí, con el propósito de que se le garantice su derecho a morir dignamente y se evite en su persona el encarnizamiento terapéutico.⁶⁹⁷
7.-¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?	<ul style="list-style-type: none"> El Notario que intervenga en el otorgamiento, modificación o revocación de un Documento de Disposiciones Previsoras, deberá expedirlo por quintuplicado, a fin de que en su archivo quede un tanto del mismo, y los otros cuatro sean entregados al Autor, al Representante y dos a la Dirección General de Notarías en el Estado. El Registro de Documentos de Disposiciones Previsoras estará a cargo de la Secretaría de Salud del Estado, la cual tendrá la custodia, conservación y accesibilidad de una de las copias originales de las Disposiciones Previsoras que se otorguen, modifiquen o revoquen.⁶⁹⁸
8.- ¿se prevé la opción de donar órganos?	<ul style="list-style-type: none"> No se hace mención sobre la donación de Órganos⁶⁹⁹
9.-¿Existe alguna característica especial que destacar en la presente ley?	<p>Destacamos 3 aspectos de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> Esta Ley contempla que el documento de disposiciones previsoras podrá aplicarse no solo a aquella persona en etapa terminal producto de una enfermedad sino también a aquel que se encuentre en esta situación terminal producto de accidentes. Casos de excepción. En caso de que el Autor de dicho documentos sea una mujer embarazada y, bajo ese estado sufriera de una Enfermedad Terminal, las disposiciones contenidas en el Documento de Disposiciones Previsoras serán aplicables considerando en suprema importancia la preservación de la vida del ser en gestación. La presente ley bajo ninguna condición, regula o autoriza la práctica de la eutanasia.⁷⁰⁰

⁶⁹⁶ Cfr. *Ibidem*, artículos 8 y 9, p.4

⁶⁹⁷ Cfr. *Ibidem*, artículos 1 y 3 fracción V, pp.1 y 2.

⁶⁹⁸ Cfr. *Ibidem*, artículos 16, 17 y 18 pp. 5 y 6

⁶⁹⁹ Cfr. *Ibidem*, pp. 1-6.

⁷⁰⁰ Cfr. *Ibidem*, artículos 3 fracción V, 21, 22, pp. 2 y 6

C) Estado de Aguascalientes⁷⁰¹

<p>1.- ¿Cuál es la circunscripción territorial y denominación de dicha ley?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de Aguascalientes • Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes⁷⁰²
<p>2.- ¿Cuál es su objeto y/o objetivos?</p>	<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituir y regular las condiciones y formas de la declaración de voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, emitida libremente, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar la agonía del enfermo terminal, 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, en virtud de su derecho a la autodeterminación sobre su persona y su propio cuerpo.⁷⁰³
<p>3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?</p>	<p>Existen 2 vías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Documento de Voluntad Anticipada deberá ser suscrito ante Notario Público. • En caso de que el enfermo en etapa terminal se encuentre imposibilitado para acudir ante el Notario, podrá suscribir el Documento de Voluntad Anticipada ante el personal de salud de la institución pública o privada autorizada en términos del Reglamento respectivo, y dos testigos que cubran satisfactoriamente los requerimientos del Formato que para los efectos legales y conducentes emita el Instituto de salud del Estado de Aguascalientes.⁷⁰⁴
<p>4.- ¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se limita el otorgamiento ya que cualquier persona con capacidad de ejercicio, podrá suscribir el documento de voluntad anticipada, ante notario público, sin embargo, el formato de voluntad anticipada será suscrito únicamente por los enfermos terminales respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar la agonía del enfermo terminal. • Por lo que respecta a la ejecución del documento de voluntad anticipada esta se limita hasta el momento a aquellas personas que padezcan una enfermedad terminal, lo anterior con el propósito de que se les garantice su

⁷⁰¹ Cfr. Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes, *op. cit.*, nota 658, pp. 3-8.

⁷⁰² Cfr. *Ibidem*, artículos 3 fracción IX, 5, pp. 3 y 4

⁷⁰³ Cfr. *Ibidem*, artículos 1 y 2, p.3

⁷⁰⁴ Cfr. *Ibidem*, artículos 3, fracción IV, 10 y 11, pp. 3 y 4

	derecho a morir dignamente y se evite en su persona el encarnizamiento terapéutico. ⁷⁰⁵
5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?	<ul style="list-style-type: none"> • Es un requisito el nombramiento de un representante que vigile el cumplimiento del Documento de Voluntad Anticipada en los términos y circunstancias determinadas en él.⁷⁰⁶
6.- ¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo?	<ul style="list-style-type: none"> • Se limita el otorgamiento y ejecución a un aspecto negativo, ya que cualquier persona con capacidad de ejercicio, en pleno uso de sus facultades mentales y que se encuentre en etapa terminal, declara su voluntad, emitida libremente, a rechazar un determinado tratamiento médico, que propicie la Obstinación Terapéutica.⁷⁰⁷
7.- ¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?	<ul style="list-style-type: none"> • La unidad administrativa de voluntades anticipadas es la unidad administrativa adscrita al Instituto de salud del Estado de Aguascalientes encargada de velar por el cumplimiento de los documentos y formatos de voluntad anticipada, así como de Recibir, archivar y resguardar los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada, procedentes de las instituciones públicas y privadas de salud, entre otras facultades.⁷⁰⁸
8.- ¿Se prevé la opción de donar órganos?	<ul style="list-style-type: none"> • Es un requisito la manifestación respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados.⁷⁰⁹
9.- ¿Existe alguna característica especial que destacar en la presente ley?	<p>Destacamos 3 aspectos importante de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo con el artículo 3 Fracción IV de la Ley que nos ocupa el Documento de voluntad anticipada suscrito ante Notario Público no tiene costo; (suponemos que esta medida solo aplica en el caso de enfermos terminales, aunque la ley no es muy precisa al respecto). • También podrán suscribir el documento de voluntad anticipada los familiares y personas señaladas en los términos y supuestos de la presente Ley, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad, en base al dictamen que emita el o los médicos encargados de su atención; • Así mismo, los padres o tutores del enfermo en etapa terminal también podrán suscribir el documento de voluntad anticipada cuando éste sea menor de edad o incapaz

⁷⁰⁵ Cfr. *Ibidem*, artículos 3 fracción IV, 7 fracciones I y II, 41 y 44, pp. 3, 4 y 7

⁷⁰⁶ Cfr. *Ibidem*, artículo 8 fracción III, p.4

⁷⁰⁷ Cfr. *Ibidem*, artículo 3 fracción IV, p.3

⁷⁰⁸ Cfr. *Ibidem*, artículos 45 y 46, pp. 7 y 8

⁷⁰⁹ Cfr. *Ibidem*, artículo 8 fracción IV, p. 4

	legalmente declarado; en todo caso, se procurará de ser posible escuchar la opinión del menor de edad o del incapaz y se deberá acreditar con el acta correspondiente el parentesco a que haya lugar. ⁷¹⁰
--	--

D) Estado de San Luis Potosí⁷¹¹

1.- ¿Cuál es la circunscripción territorial y denominación de dicha ley?	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de San Luis Potosí • Ley estatal de derechos de las personas en fase terminal⁷¹²
2.- ¿Cuál es su objeto y/o objetivos?	<p>Objeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer y garantizar los derechos de las personas que se encuentren en fase terminal, en relación con su tratamiento o procedimiento médico; • Garantizar y defender una muerte digna a las personas que se encuentren en fase terminal, a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello; • Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo; • Determinar los medios proporcionados e innecesarios en los tratamientos, y • Establecer los límites entre la defensa de la dignidad de las personas que se encuentren en fase terminal y la obsesión terapéutica.⁷¹³
3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?	<p>Existe 1 vía:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.- A través del Documento de Disposiciones <i>premortem</i>, que consiste en un documento público suscrito ante Notario Público, por medio del cual cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre y consciente de no someterse a tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la obsesión médica.⁷¹⁴
4.- ¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de Voluntad Anticipada?	<ul style="list-style-type: none"> • No se limita el otorgamiento ya que cualquier persona con capacidad de ejercicio, podrá suscribir el documento de Disposiciones <i>Premortem</i> ante Notario Público. • Por lo que respecta a la ejecución del documento <i>premortem</i> este se limita hasta el momento a aquellas personas que padezcan una enfermedad terminal, lo

⁷¹⁰ Cfr. *Ibidem*, artículos 3 fracción IV, 7 fracciones III y IV, pp. 3 y 4

⁷¹¹ Cfr. Decreto 807 de la Ley Estatal de Derechos de la Personas en Fase Terminal, *op. cit.*, nota 660, pp.1-11

⁷¹² Cfr. *Ibidem*, p.1

⁷¹³ Cfr. *Ibidem*, artículo 2, p.4

⁷¹⁴ Cfr. *Ídem*, artículo 3 fracción III.

	<p>anterior con el propósito de que se les garantice su derecho a morir dignamente y se evite en su persona el encarnizamiento terapéutico.⁷¹⁵</p>
<p>5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo a la presente ley es un derecho de las personas en fase terminal Designar a algún familiar, o representante legal, para el caso de que, con el avance de su fase terminal esté impedido a expresar su voluntad, éste lo haga en su representación.⁷¹⁶
<p>6.- ¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se limita el otorgamiento y ejecución a un aspecto negativo, ya que a través del documento <i>premortem</i> la persona manifiesta la petición libre y consiente de no someterse a tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la obsesión médica.⁷¹⁷
<p>7.- ¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo a la Ley de la Materia, el notario que intervenga en el registro del documento de disposiciones <i>premortem</i>, lo expedirá por duplicado, a fin de que un tanto se entregue a la persona autora del mismo; y el otro se deberá remitir a la Secretaría de Salud. A la Secretaria de Salud en el Estado corresponde la custodia, conservación y accesibilidad de una de las copias originales del documento de disposiciones <i>premortem</i>, que se otorguen modifiquen o revoquen.⁷¹⁸
<p>8.- ¿se prevé la opción de donar órganos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> El autor puede, si así lo decide, permitir la disposición de órganos susceptibles de ser donados y las condiciones en que éstos se donarían conforme a derecho⁷¹⁹.
<p>9.- ¿Existe alguna característica especial que destacar en la presente ley?</p>	<p>Destacamos 4 aspectos importante de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> La Denominación de la Ley y del documento de voluntad anticipada: Ley estatal de derechos de las personas en fase terminal; y documento de disposiciones <i>premortem</i>. En los casos de urgencia médica y cuando exista incapacidad de la persona en fase terminal para expresar su consentimiento, y en ausencia de familiares o del representante legal o persona que ejerza su tutela, la decisión de aplicar un procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario, será tomada por el médico tratante, siempre que a ésta se encuentre avalada por el agente del ministerio público quien ostenta la representación social.

⁷¹⁵ Cfr. *Ibidem*, artículos 3 fracción III, 6 fracción I, 7 y 23 y 24 pp. 4, 5, 6, y 9

⁷¹⁶ Cfr. *Ibidem*, artículo 6 fracción XI, pp. 5 y 6

⁷¹⁷ Cfr. *Ibidem*, artículos 3 fracción III, 6 fracción I, pp.4 y 5

⁷¹⁸ Cfr. *Ibidem*, artículos 25, 25, 27 y 28, p.10

⁷¹⁹ Cfr. *Ibidem*, artículo 24 fracción VII, p.9

	<ul style="list-style-type: none"> • En el caso de que los cuidados paliativos se realicen en el domicilio particular, la Secretaría pondrá en operación una línea telefónica de acceso gratuito para que se le oriente, asesore y de seguimiento al paciente en fase terminal, o a sus familiares. • El documento de disposiciones <i>premortem</i> se hará por escrito; deberá formalizarse ante notario; y no tendrá costo económico.⁷²⁰
--	---

E) Estado de Michoacán⁷²¹

1.- ¿Cuál es la circunscripción territorial y denominación de dicha ley?	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de Michoacán • Ley de Voluntad Vital Anticipada del Estado de Michoacán de Ocampo⁷²²
2.- ¿Cuál es su objeto y/o objetivos?	<p>Objeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que los pacientes en estado terminal tengan la oportunidad de decidir bajo consentimiento informado el recibir los cuidados paliativos en sustitución de los tratamientos curativos, para proporcionar una mejor calidad de vida; • Procurar una muerte natural digna garantizando los derechos de los pacientes en estado terminal, en relación a su tratamiento; • Delimitar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos del enfermo en estado terminal; y, • Regular las formas, requisitos y procedimientos que garanticen la libre decisión de una persona para elegir el tratamiento de cuidados paliativos y rechazar medidas extraordinarias o curativas cuando se encuentre en un estado terminal con el fin de evitar la obstinación terapéutica.⁷²³
3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?	<p>Existen 3 vías de suscripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.- Acta.- Documento Público de Voluntad Vital Anticipada suscrito ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio manifieste la decisión libre, consciente e informada de someterse a tratamientos de cuidados paliativos y rechazar medidas extraordinarias o tratamientos curativos, en caso de padecer una

⁷²⁰ Cfr. *Ibidem*, artículos 3 fracción III, 13, 15 fracción III y 25, pp. 4, 7 y 10

⁷²¹ Cfr. Ley de Voluntad Vital Anticipada del Estado de Michoacán de Ocampo, *op. cit.*, nota 662, pp. 1-8.

⁷²² Cfr. *Ibidem*, ARTÍCULO ÚNICO, p.1

⁷²³ Cfr. *Ibidem*, artículo 1, p.1 y 2

	<p>enfermedad en estado terminal;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.- Documento: Documento privado de Voluntad Vital Anticipada suscrito por cualquier persona con capacidad de ejercicio, donde se manifieste la decisión libre, consciente y reiterada de someterse a tratamientos de cuidados paliativos y rechazar medidas extraordinarias o tratamientos curativos, en caso de padecer una enfermedad en estado terminal; • 3.- Formato: Documento de Voluntad Vital Anticipada elaborado y emitido por la Secretaría de Salud, suscrito ante el médico tratante, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio manifieste la decisión libre, consciente e informada de someterse a tratamientos de cuidados paliativos y rechazar medidas extraordinarias o tratamientos curativos, en caso de padecer una enfermedad en Estado Terminal.⁷²⁴
<p>4.- ¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No existe limitante para suscribir este tipo de documento, formato o acta ya que cualquier persona con capacidad de ejercicio lo puede suscribir. • Por lo que respecta a la ejecución del documento, formato o acta de voluntad anticipada esta se limita hasta el momento a aquellas personas que padezcan una enfermedad terminal.⁷²⁵
<p>5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo a la presente ley es un requisito el nombramiento de uno o varios representantes para corroborar el cumplimiento de la voluntad del enfermo en estado terminal.⁷²⁶
<p>6.- ¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede considerar que se limita el otorgamiento y ejecución a un aspecto negativo, ya que a través del mismo en sus tres variantes (documento, acta o formato) el otorgante manifiesta la decisión libre, consciente e informada de someterse a tratamientos de cuidados paliativos y rechazar medidas extraordinarias o tratamientos curativos, en caso de padecer una enfermedad en Estado Terminal, es decir, no se prevé la posibilidad de que el enfermo otorgue su consentimiento de recibir atención médica mas allá de los cuidados paliativos.⁷²⁷
<p>7.- ¿Que órgano o institución se encarga del registro y</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Ley contempla la existencia de una Unidad Administrativa responsable del control, seguimiento y

⁷²⁴ Cfr. *Ibidem*, artículos 2 fracciones I, VI, VIII, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23, pp. 2, 4, 5 y 6.

⁷²⁵ Cfr. *Ibidem*, artículos 9, 14 y 18, pp. 4 y 5.

⁷²⁶ Cfr. *Ibidem*, artículos 15 fracción III y 19 fracción III, p.5

⁷²⁷ Cfr. *Ibidem*, artículo 2 fracciones I, VI y VIII, p.2.

resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?	evaluación en materia de Voluntad Vital Anticipada y cuidados paliativos, adscrita a la Secretaría, no obstante, también se indica que el solicitante o su representante legal deberán entregar el acta, documento o formato al médico que atienda al enfermo para que se integre al expediente clínico y se cumpla con las disposiciones contenidas en él. ⁷²⁸
8.- ¿se prevé la opción de donar órganos?	<ul style="list-style-type: none"> • Es opcional, ya que la manifestación sobre la donación y trasplante de órganos podrá establecerse en el acta, formato o documento, misma que se registrará en términos de lo que establece la Ley General y demás ordenamientos relativos a la materia.⁷²⁹
9.- ¿Existe alguna característica especial que destacar en la presente ley?	<p>Destacamos 1 aspecto importante de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se prevé el uso de fármacos con opioides, ya que con el consentimiento informado del paciente, del familiar responsable o responsable legal, el médico tratante podrá suministrar como cuidados paliativos analgésicos opioides a un enfermo en estado terminal con el objeto de aliviar las molestias del paciente, ajustándose a lo estipulado por la Ley General. En ningún caso se suministrarán tales fármacos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente, en tal caso estará sujeto a las disposiciones legales aplicables.⁷³⁰

F) Estado de Hidalgo⁷³¹

1.- ¿Cuál es la circunscripción territorial y denominación de dicha ley?	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de Hidalgo • Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Hidalgo.⁷³²
2.- ¿Cuál es su objeto y/o objetivos?	<p>Objeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I.- Establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier enfermo en fase terminal 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; y • II.- Proteger, en todo momento, la dignidad de los enfermos en fase terminal, cuando, por razones médicas, fortuitas o

⁷²⁸ Cfr. *Ibidem*, artículos 2 fracción XIX, 8 fracción IV, 10, 33 y 35, pp. 2, 4 y 7.

⁷²⁹ Cfr. *Ibidem*, artículo 36, p.7

⁷³⁰ Cfr. *Ibidem*, artículo 7, p.4.

⁷³¹ Cfr. Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Hidalgo, *op. cit.*, nota 664, pp.1-12.

⁷³² Cfr. *Ibidem*, artículo 3 fracción IX, pp. 3 y 4.

	de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural. ⁷³³
3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?	<p>Existen 2 vías de suscripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.- Documento de Voluntad Anticipada; suscrito ante notario público, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta su voluntad libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada, de someterse a cuidados paliativos y rechazar medidas extraordinarias o tratamientos excesivos, en caso de padecer una enfermedad en fase terminal, el cual en todo caso, sea gratuito; • 2.- Formato de Voluntad Anticipada: Documento oficial emitido por la Secretaría, suscrito ante el médico tratante, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio manifieste la decisión libre, consciente e informada de someterse a tratamientos de cuidados paliativos y rechazar medidas extraordinarias o tratamientos excesivos, en caso de padecer una enfermedad en fase terminal.⁷³⁴
4.- ¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de Voluntad Anticipada?	<ul style="list-style-type: none"> • Respecto al otorgamiento del documento de voluntad anticipada en el artículo 7 fracción IV se señala que toda persona sana podrá manifestar su voluntad al respecto, en tanto que el formato únicamente lo suscriben los enfermos terminales imposibilitados para acudir ante Notario Público. • Por lo que respecta a la ejecución del documento, o formato de voluntad anticipada esta se limita hasta el momento a aquellas personas que padezcan una enfermedad terminal.⁷³⁵
5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo a la presente ley es un requisito el nombramiento de un representante para corroborar la realización del documento o formato de voluntad Anticipada en los términos y circunstancias determinadas.⁷³⁶
6.- ¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo?	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede considerar que se limita el otorgamiento y ejecución a un aspecto negativo, ya que a través del mismo en sus dos variantes (documento, o formato) el otorgante manifiesta su voluntad libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada, de someterse a cuidados paliativos y rechazar medidas extraordinarias o tratamientos excesivos, en caso de padecer una enfermedad en fase terminal, es decir, no se prevé la posibilidad de que el

⁷³³ Cfr. *Ibidem*, artículo 1, p.3

⁷³⁴ Cfr. *Ibidem*, artículo 3 fracciones VI y XXII, pp. 3, 4 y 5

⁷³⁵ Cfr. *Ibidem*, artículos 7 fracción IV, 10, 34, pp. 5, 6 y 9

⁷³⁶ Cfr. *Ibidem*, artículos 8 fracción III y 10 fracción III, pp. 5 y 6.

	enfermo otorgue su consentimiento para recibir atención médica mas allá de los cuidados paliativos. ⁷³⁷
7.- ¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?	<ul style="list-style-type: none"> • La Coordinación Especializada, es una unidad administrativa adscrita a la Secretaría de salud del Estado, que dentro de sus atribuciones se encuentra la de Recibir, archivar y resguardar los Documentos de Voluntad Anticipada, procedentes de las instituciones públicas y privadas de salud, así como de los notarios públicos.⁷³⁸
8.- ¿se prevé la opción de donar órganos?	<ul style="list-style-type: none"> • Es un requisito del Documento de voluntad anticipada la manifestación respecto a la disposición de órganos, tejidos y células de seres humanos, susceptibles de ser donados.⁷³⁹
9.- ¿Existe alguna característica especial que destacar en la presente ley?	<p>Destacamos 1 aspecto importante de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Secretaría en el ámbito de sus atribuciones y posibilidades financieras, ofrecerá atención médica domiciliaria a enfermos en fase terminal, de conformidad con los lineamientos que para tal efecto emita en los términos de la presente Ley.⁷⁴⁰

G) Estado de Guanajuato⁷⁴¹

1.- ¿Cuál es la circunscripción territorial y denominación de dicha ley?	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de Guanajuato • Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato.⁷⁴²
2.- ¿Cuál es su objeto y/o objetivos?	<p>Objeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la atención Médica a los enfermos en situación terminal, respetando su voluntad y dignidad humana⁷⁴³
3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?	<p>Existen 2 vías de suscripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.- Documento de Voluntad Anticipada; es el documento suscrito ante Notario, a través del cual toda persona con capacidad de ejercicio, en pleno uso de sus facultades mentales manifiesta su voluntad, libre, inequívoca, consciente e informada, a rechazar tratamientos médicos, que prolonguen su vida si llegare a encontrarse como

⁷³⁷ Cfr. *Ibidem*, artículo 3 fracciones VI y XXII, pp. 3, 4 y 5.

⁷³⁸ Cfr. *Ibidem*, artículos 42 y 43, p. 11.

⁷³⁹ Cfr. *Ibidem*, artículos 8 fracción IV y 10 fracción V , p.6

⁷⁴⁰ Cfr. *Ibidem*, artículo 41 Párrafo Tercero, p. 11.

⁷⁴¹ Cfr. Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato, *op. cit.*, nota 665. pp. 26-41

⁷⁴² Cfr. *Ibidem*, Artículo Único y artículo 2, p. 26

⁷⁴³ Cfr. *Ídem*, artículo 1.

	<p>enfermo en situación terminal;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2. Formato de Voluntad Anticipada; es el documento suscrito por el enfermo en situación terminal, con capacidad de ejercicio, en pleno uso de sus facultades mentales, o por las personas legalmente facultadas para suscribirlo, ante el personal de la institución de salud que atiende al enfermo, a través del cual se manifiesta la voluntad, libre, inequívoca, consciente e informada, a rechazar un determinado tratamiento médico, que prolongue de manera innecesaria y sin fines terapéuticos, la vida del enfermo.⁷⁴⁴
<p>4.- ¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respecto al otorgamiento del documento de voluntad anticipada no existe limitante dado que toda persona con capacidad de ejercicio, en pleno uso de sus facultades mentales podrá suscribirlo; no obstante el formato de voluntad anticipada solo podrán suscribirlo el enfermo en situación terminal, con capacidad de ejercicio, en pleno uso de sus facultades mentales, o las personas legalmente facultadas para suscribirlo en su nombre. • Por lo que respecta a la ejecución del documento, o formato de voluntad anticipada esta se limita hasta el momento a aquellas personas que padezcan una enfermedad terminal.⁷⁴⁵
<p>5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es un requisito el nombramiento de un representante que vigile el cumplimiento del documento de voluntad anticipada en los términos y circunstancias en él consignadas.⁷⁴⁶
<p>6.- ¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se limita el otorgamiento y ejecución a un aspecto negativo, ya que a través del mismo en sus dos variantes (documento, o formato) el otorgante manifiesta su voluntad, libre, inequívoca, consciente e informada, a rechazar tratamientos médicos, que prolonguen de manera innecesaria y sin fines terapéuticos, la vida del enfermo.⁷⁴⁷
<p>7.- ¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Unidad Especializada, que la propia ley la define como una unidad adscrita a la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato está encargada del Registro de Voluntades Anticipadas.⁷⁴⁸

⁷⁴⁴ Cfr. *Ibidem*, artículos 4 fracciones III y V, 6, 26 y 27, pp. 27, 29 y 34.

⁷⁴⁵ Cfr. *Ibidem*, artículos 4 fracciones III y V, 6, 32, 40 párrafo primero, pp. 27, 29, 36 y 38.

⁷⁴⁶ Cfr. *Ibidem*, artículos 7 fracción IV, 30 fracción IV, pp. 29, 35 y 36.

⁷⁴⁷ Cfr. *Ibidem*, artículo 4 fracciones III y V, p.27.

⁷⁴⁸ Cfr. *Ibidem*, artículos 4 fracción XV y 45, pp. 27, 28, y 39.

8.- ¿se prevé la opción de donar órganos?	<ul style="list-style-type: none"> No se pronuncia la ley sobre este supuesto⁷⁴⁹
9.- ¿Existe alguna característica especial que destacar en la presente ley?	<p>Destacamos 3 aspectos importantes de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuando se otorgue el documento de Voluntad Anticipada, El Notario deberá notificar por escrito, en un término no mayor a tres días hábiles contados a partir de la fecha de suscripción a la unidad especializada, sobre el documento de voluntad anticipada suscrito ante él. Cuando el enfermo terminal suscriba el Formato de Voluntad Anticipada, la institución de salud deberá notificar el formato a la unidad especializada a más tardar el día hábil siguiente a la suscripción del mismo. Esta Ley prevé que el Estado o los particulares podrán establecer hospicios de cuidados paliativos para recibir, albergar y proporcionar cuidados paliativos a enfermos en situación terminal.⁷⁵⁰

H) Estado de Chihuahua⁷⁵¹

1.- ¿Cuál es la circunscripción territorial y denominación de dicha ley?	<ul style="list-style-type: none"> Estado de Chihuahua Ley Estatal de Salud (Titulo Décimo, Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal.)⁷⁵²
2.- ¿Cuál es su objeto y/o objetivos?	<p>El presente Título tiene por objeto regular lo relativo al enfermo en situación terminal, así como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Garantizar una adecuada calidad de vida a través de los cuidados y atenciones médicas necesarios antes de la defunción. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal. Procurar al enfermo en situación terminal, las condiciones mínimas adecuadas de dignidad, para el momento del fallecimiento. Garantizar el derecho a decidir del enfermo en situación terminal, con relación a su tratamiento y manejo médicos; y en caso de no estar en condiciones de decidir por sí mismo, garantizar el derecho de decisión por medio de sus familiares o por quien legalmente lo represente.

⁷⁴⁹ Cfr. *Ibidem*, artículos del 1-45, pp.26-41.

⁷⁵⁰ Cfr. *Ibidem*, artículos 8, 28, párrafo segundo y 44, pp. 29, 35 y 39.

⁷⁵¹ Cfr. Ley Estatal de Salud de Chihuahua, Título Décimo, *op. cit.*, nota 667, pp. 33-38

⁷⁵² Cfr. *ibidem*, p.1.

	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente terminal o a sus familiares, en su caso, los límites y diferencias que existen entre los tratamientos curativo y paliativo. • Determinar la aplicación de los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos. • Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.⁷⁵³
3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?	<p>Existen solo 1 vía de suscripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A través de un documento, suscrito ante notario toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer posteriormente una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento. • Posiblemente también se utilicen formatos dado que cuando se trata el tema del registro de los documentos de los enfermos terminales se hace también alusión expresa sobre la existencia de formatos.⁷⁵⁴
4.- ¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de Voluntad Anticipada?	<ul style="list-style-type: none"> • Respecto al otorgamiento del documento de voluntad anticipada no existe limitante, ya que lo puede suscribir cualquier persona independientemente de su estado de salud, siempre y cuando sea mayor y se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales. • Por lo que respecta a la ejecución de este documento, esta se limita hasta el momento a aquellas personas que suscriben el documento y posteriormente padecen una enfermedad terminal.⁷⁵⁵
5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo a la presente ley es un requisito y derecho el nombramiento de un representante.⁷⁵⁶
6.- ¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto	<ul style="list-style-type: none"> • No se limita, ya que se puede expresar la voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que se llegase a padecer

⁷⁵³ Cfr. *Ibidem*, artículo 151, p. 33.

⁷⁵⁴ Cfr. *Ibidem*, artículos 154 párrafo primero, 162 párrafo sexto Fracciones I y II, pp.34 y 36

⁷⁵⁵ Cfr. *Ibidem*, artículos 154 párrafo primero, 159, 160 y 161, pp. 34 y 36

⁷⁵⁶ Cfr. *Ibidem*, artículo 154 fracción II, inciso C), pp. 34 y 35.

negativo o positivo?	posteriormente una enfermedad y estar en situación terminal y no sea posible manifestar dicha voluntad. ⁷⁵⁷
7.- ¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?	<ul style="list-style-type: none"> La ley contempla un Registro Estatal de enfermos terminales que estará a cargo de la Secretaría de salud de ese Estado, la cual tendrá dentro de sus atribuciones la de recibir, archivar y resguardar los documentos o formatos de los enfermos en situación terminal, procedentes de las instituciones de salud.⁷⁵⁸
8.- ¿se prevé la opción de donar órganos?	<ul style="list-style-type: none"> En el capítulo decimo de la ley de salud del Estado de Chihuahua denominado cuidados paliativos los enfermos en situación terminal en el que se aborda la voluntad anticipada no existe manifestación expresa sobre la donación de órganos⁷⁵⁹
9.- ¿Existe alguna característica especial que destacar en la presente ley?	<p>Destacamos 2 aspecto importantes de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> La ley señala que en casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del enfermo en situación terminal para expresar su consentimiento, se estará a las reglas establecidas en el artículo 158 de esta Ley, por lo que tiene que ver con la autorización para aplicar el procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario. (Artículo 158. Si el enfermo en situación terminal es menor de edad, o se encuentra incapacitado para expresar su voluntad, las decisiones derivadas de los derechos señalados en este Título, serán asumidos por los padres o el tutor y, a falta de éstos, por su representante legal, o juez, de conformidad con las disposiciones aplicables. En su defecto, será el médico tratante, con la validación de un segundo médico, quienes decidan, registrando en el expediente clínico los hallazgos y las acciones adoptadas. Los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal, aun cuando con ello se pierda estado de alerta o se acorte la vida del paciente, siempre y cuando se suministren con el objeto de aliviar los síntomas del paciente. Podrán hacer uso, de ser necesario, de acuerdo con lo estipulado en la presente Ley, de analgésicos del grupo de los opioides. En estos casos será necesaria la autorización, cumpliendo con el procedimiento que establece el artículo 158 de esta Ley.⁷⁶⁰

⁷⁵⁷ Cfr. *Ibidem*, artículo 154 párrafo primero, p.34.

⁷⁵⁸ Cfr. *Ibidem*, artículo 162 párrafo sexto, fracciones I y II, p.36

⁷⁵⁹ Cfr. *ibidem*, capítulo décimo, pp. 33-38

⁷⁶⁰ Cfr. *Ibidem*, artículos 158, 161 y 167, pp. 36 y 39

I) Estado de Nayarit⁷⁶¹

<p>1.- ¿Cuál es la circunscripción territorial y denominación de dicha ley?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de Nayarit • Ley de derechos de los Enfermos en Etapa Terminal para el Estado de Nayarit.⁷⁶²
<p>2.- ¿Cuál es su objeto y/o objetivos?</p>	<p>Objeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar en la entidad las normas de la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos, así como regular el derecho de toda persona con capacidad de ejercicio para manifestar su voluntad en cualquier momento, de aceptar o no, ser sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos tendientes a prolongar su vida de manera innecesaria.⁷⁶³
<p>3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?</p>	<p>Existen 2 vías de suscripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.- A través de una solicitud o documento gratuito, expedido por los servicios de Salud de Nayarit. • 2.- A través de un instrumento fuera de protocolo que ante Notario Público se formalice.⁷⁶⁴
<p>4.- ¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respecto al otorgamiento del documento de voluntad anticipada no existe limitante, ya que toda persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades psíquicas y mentales puede disponer sobre sí misma, así como los emancipados y suscribir este documento. • Por lo que respecta a su ejecución, esta se limita hasta el momento a aquellas personas que suscriben el documento y posteriormente padecen una enfermedad terminal, ya que expresamente existe disposición legal que prohíbe dar cumplimiento a las disposiciones contenidas en el formato de Declaración de Voluntad a enfermos que no se encuentren en etapa terminal debidamente diagnosticada.⁷⁶⁵
<p>5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo a la presente ley, La solicitud de Declaración de Voluntad deberá contener el Nombramiento de un representante para que en caso de incapacidad del enfermo, que le impida manifestar su voluntad, dé seguimiento a su Declaración en los términos y circunstancias determinadas en ella.⁷⁶⁶

⁷⁶¹ Cfr. Ley de derechos de los enfermos en etapa terminal de Nayarit, *op. cit.*, nota 669, pp. 1-21

⁷⁶² Cfr. *Ibidem*, artículo 1, p.1

⁷⁶³ Cfr. *Ibidem*, artículos 1 y 2, pp. 1 y 2.

⁷⁶⁴ Cfr. *Ibidem*, artículo 3, fracciones VI y XIX, pp. 2, 3 y 4.

⁷⁶⁵ Cfr. *Ibidem*, artículo 1, 13 fracción I, 35 párrafo tercero, pp. 1, 9, y 16

⁷⁶⁶ Cfr. *Ibidem*, artículo 18 fracción II, p. 11.

<p>6.- ¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se limita a un aspecto negativo ya que de la definición que da la propia ley sobre la Declaración de Voluntad, se desprende que es la Manifestación personalísima y revocable realizada por persona con capacidad de ejercicio, que de manera consciente, libre e informada, hace constar mediante un instrumento jurídico escrito, en virtud del cual dispone que en caso de que ella o un tercero en términos de la presente ley, llegue a padecer enfermedad en etapa terminal, no se le someta a medidas, tratamientos y/o procedimientos que pretendan prolongar o reanimar de manera innecesaria u obstinada su vida, con el fin de que se le garantice su derecho a morir dignamente.⁷⁶⁷
<p>7.- ¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El registro del formato o instrumento notarial en que se haga constar la Declaración de Voluntad estará a cargo de la Secretaría de Salud del Estado y de Los Servicios de Salud de Nayarit, quienes tendrán la custodia, conservación y accesibilidad de una de las copias originales que se otorguen, modifiquen o revoquen, debiendo quedar otra copia en poder y resguardo del Comité de Ética Médica correspondiente.⁷⁶⁸
<p>8.- ¿se prevé la opción de donar órganos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es opcional la manifestación de donación de órganos ya que dispone la presente ley que en el supuesto de que el declarante de voluntad también manifieste la disposición de órganos, los servicios de salud de Nayarit tendrá dentro sus atribuciones la facultad de hacer del conocimiento de las instancias competentes dicha circunstancia.⁷⁶⁹
<p>9.- ¿Existe alguna característica especial que destacar en la presente ley?</p>	<p>Destacamos 5 aspectos importantes de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de salud de Nayarit deberán hacer del conocimiento de la suscripción de todas las Solicitudes de Declaración de Voluntad dentro de los tres días hábiles siguientes a ésta, al Ministerio Público para los efectos a que haya lugar, y en su caso al personal de salud correspondiente, para integrarlo en su momento al expediente clínico del enfermo en etapa terminal y al registro correspondiente. • De igual forma, en caso de que el notario público presencie y dé fe de una Declaración de Voluntad en los términos de esta Ley, deberá hacerlo del conocimiento del Ministerio Público y del Organismo a más tardar dentro de los tres días siguientes a su realización, para integrarlo en su momento al expediente clínico del enfermo en etapa terminal y al registro correspondiente. • La Secretaría de salud del Estado de Nayarit en el ámbito de sus atribuciones y posibilidades financieras, ofrecerá

⁷⁶⁷ Cfr. *Ibidem*, artículo 3 fracción VI, p.3.

⁷⁶⁸ Cfr. *Ibidem*, artículos 10 y 11 fracción I, p.8.

⁷⁶⁹ Cfr. *Ibidem*, artículos 11 fracción IV, 12 y 18 fracción V, pp. 8, 9 y 11.

	<p>atención médica domiciliaria a enfermos en etapa terminal, de conformidad con los lineamientos que para tal efecto emita, en términos de la presente Ley.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando se preste atención clínica a una persona que se ubique en enfermedad terminal, el personal de salud a cargo consultará oficiosamente si existe o no en el expediente del paciente o en el Registro, constancia del otorgamiento de su Declaración de Voluntad y, en caso positivo, obtendrán constancia de ella sin costo alguno y actuará conforme a lo previsto en ella y en esta Ley. • En caso de que el paciente sea una mujer embarazada y, bajo ese estado sufriera de una enfermedad terminal, las disposiciones contenidas en su Declaración de Voluntad serán aplicables considerando en suma importancia la preservación de la vida del ser en gestación.⁷⁷⁰
--	---

J) Estado de Guerrero⁷⁷¹

<p>1.- ¿Cuál es la circunscripción territorial y denominación de dicha ley?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de Guerrero • Ley número 1173 de voluntad anticipada para el Estado de Guerrero.⁷⁷²
<p>2.- ¿Cuál es su objeto y/o objetivos?</p>	<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salvaguardar el derecho a la dignidad de las personas y, de los enfermos en situación terminal, que garantice una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello, y una muerte natural en condiciones dignas.⁷⁷³
<p>3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?</p>	<p>Existe 1 vía de suscripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A través de documento denominado manifiesto que se suscribe ante Notario, en escritura notarial, con las formalidades y requisitos que marca la Ley Número 971 del Notariado del Estado de Guerrero, y las previsiones que se requieren para la prestación del servicio de la fé pública.⁷⁷⁴
<p>4.- ¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si existe dicha limitante, ya que respecto a los requisitos del manifiesto de voluntad anticipada se encuentra la existencia

⁷⁷⁰ Cfr. *Ibidem*, artículos 20, 31 párrafo tercero, 34 párrafo segundo y 35 párrafo segundo, pp. 11, 12, 15 y 16.

⁷⁷¹ Cfr. Ley Número 1173 de Voluntad Anticipada para el Estado de Guerrero, *op. cit.*, nota 671, pp.2-15

⁷⁷² Cfr. *Ibidem*, p.2

⁷⁷³ Cfr. *Ibidem*, artículo 1, p. 7

⁷⁷⁴ Cfr. *Ibidem*, artículo 3 fracción IV, p. 8

<p>Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de Voluntad Anticipada?</p>	<p>de un Dictamen médico expedido por institución de salud legalmente constituida, en donde se consigne que la persona que emite su voluntad se encuentra enferma en estado terminal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por lo que respecta a su ejecución, No podrán ejecutarse las disposiciones contenidas en el Manifiesto de Voluntad Anticipada y en la presente Ley, a enfermo que no se encuentre en etapa terminal.⁷⁷⁵
<p>5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es un requisito del manifiesto de voluntad anticipada La designación, por parte del enfermo en estado terminal, de la persona que se encargará de realizar los trámites necesarios para dar cumplimiento a la voluntad anticipada.⁷⁷⁶
<p>6.- ¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se limita a un aspecto negativo ya que de la definición que da la propia ley sobre el manifiesto de voluntad anticipada se desprende que es un documento público por el que la persona con capacidad de goce y/o de ejercicio, hace manifiesta su voluntad libre, consciente e inequívoca, de no continuar o someterse a cuidados básicos o paliativos, medios ordinarios o extraordinarios, que propicien la Obstinación Terapéutica.⁷⁷⁷
<p>7.- ¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Ley no es muy específica al respecto y se limita a señalar que La Secretaría de Salud y las Instituciones Privadas de Salud, deberán asignar en cada centro hospitalario, un área que tendrá dentro sus atribuciones la de Recibir, archivar y resguardar los Manifiestos de Voluntad Anticipada.⁷⁷⁸
<p>8.- ¿se prevé la opción de donar órganos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No es un requisito, pues se contempla de manera opcional.⁷⁷⁹
<p>9.- ¿Existe alguna característica especial que destacar en la presente ley?</p>	<p>Destacamos 3 aspectos importantes de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • El Manifiesto de Voluntad Anticipada, deberá ser notificado al Ministerio Público del Fuero Común, para que vigile que en su cumplimiento no se trasgredan derechos del enfermo en estado terminal, ni de terceros.

⁷⁷⁵ Cfr. *Ibidem*, artículos 6 fracción II, 29, pp. 9 , 10 y 14

⁷⁷⁶ Cfr. *Ibidem*, artículos 6 fracción V, 10, 11, 12, 13, pp. 9, 10, y 11

⁷⁷⁷ Cfr. *Ibidem*, artículo 3 fracción IV, p.8

⁷⁷⁸ Cfr. *Ibidem*, artículo 30 fracción I, p.14

⁷⁷⁹ Cfr. *Ibidem*, artículo 6 fracción V, párrafo segundo, pp. 9 y 10

	<ul style="list-style-type: none"> • En el último de los artículos de la presente ley existe el reconocimiento expreso de que son aplicables a la presente Ley, las disposiciones establecidas en el Título Octavo Bis, De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal, de la Ley General de Salud.⁷⁸⁰
--	---

K) Estado de México⁷⁸¹

1.- ¿Cuál es la circunscripción territorial y denominación de dicha ley?	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de México • Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México.⁷⁸²
2.- ¿Cuál es su objeto y/o objetivos?	<p>Objeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regular el derecho de una persona a planificar los tratamientos y cuidados de salud que desea recibir o rechazar en el momento en que no sea capaz, por sí misma, de tomar decisiones; • Salvaguardar el derecho a que nadie atente contra la integridad física, psicológica o moral, o someta a condiciones indignas a Una enferma/o en situación terminal; • Reconocer, promover y hacer efectivos los derechos de las/los pacientes en situación terminal y los de sus familiares; • Promover el respeto a la autonomía y a la dignidad de las/los pacientes en situación terminal; • Brindar asistencia tanatológica a las/los pacientes en situación terminal y a sus familiares; • Señalar los derechos y obligaciones de las/los médicas/os y del personal de salud; • Determinar las facultades y obligaciones de las instituciones de salud.⁷⁸³
3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?	<p>Existen 2 vías de suscripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.- A través de Escritura de voluntad anticipada, que no es otra cosa que el instrumento original que la/el notaria/o asienta en el protocolo para hacer constar la declaración de voluntad anticipada, autorizada con su firma y sello; • 2.- A través de un Acta de voluntad anticipada, que no es

⁷⁸⁰ Cfr. *Ibidem*, artículos 8, 27 párrafo tercero, 31, pp.10, 13 y 14

⁷⁸¹ Cfr. Decreto Número 82 a través del cual se aprueba la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de México, *op. cit.*, nota 673, pp. 20-29

⁷⁸² Cfr. *Ibidem*, artículo 1, p.20

⁷⁸³ Cfr. *Ídem*, artículo 2 fracciones I-VII.

	<p>otra cosa que el documento en el que se asienta la declaración de voluntad anticipada ante el personal de salud autorizado y ante dos testigos, en los términos del formato que para los efectos legales y conducentes emita la Secretaría.⁷⁸⁴</p>
<p>4.- ¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de Voluntad Anticipada?</p>	<p>No existe limitante para otorgar el documento de voluntad anticipada en sus dos opciones (escritura o acta de voluntad anticipada), ya que le ley señala en cada uno de los 2 casos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, realizar su declaración de voluntad anticipada ante notaria/o, mediante escritura de voluntad anticipada, documento que puede ser revocado en cualquier momento; • Toda/o paciente, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e Independientemente de su estado de salud, realizar su declaración de voluntad anticipada, mediante acta de voluntad anticipada, documento que puede ser revocado en cualquier momento. • Por lo que respecta a la ejecución de la escritura o acta de voluntad Anticipada, se requiere que su titular sea diagnosticada/o con una enfermedad en estado terminal y concurren situaciones clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad.⁷⁸⁵
<p>5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es opcional el nombramiento de un representante ya que no aparece este aspecto dentro del apartado de requisitos y formalidades del documento, sin embargo la persona o la/el paciente que formule su declaración de voluntad anticipada podrá establecer en ésta, la designación de uno y hasta cinco representantes; los cuales deben aceptar dicho cargo en el mismo acto para que, en el orden de prelación que se indique, verifiquen el cumplimiento de su voluntad.⁷⁸⁶
<p>6.- ¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se limita el otorgamiento a uno de estos aspectos, ya que el suscriptor puede pronunciarse en ambos efectos, es decir, se deben establecer los medios, procedimientos, tratamientos y cuidados paliativos que desea aceptar o rechazar, en caso de que sea diagnosticada/o con una enfermedad en estado terminal y concurren situaciones clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad, a efecto de evitar la obstinación terapéutica y

⁷⁸⁴ Cfr. *Ídem*, artículo 4 fracciones I y II,

⁷⁸⁵ Cfr. *Ibidem*, artículos 12, 13, 33, pp. 24 y 26

⁷⁸⁶ Cfr. *Ibidem*, artículos 25, 26 y 27, p.26

	<p>procurar una muerte digna; así mismo deberá existir la manifestación expresa sobre la aceptación o rechazo de someterse a medidas diagnósticas, preventivas, terapéuticas, rehabilitatorias o paliativas con fines de investigación, en caso de ser diagnosticada/o con una enfermedad en estado terminal y concurren situaciones clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad, de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.⁷⁸⁷</p>
<p>7.- ¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Coordinación de Voluntades Anticipadas del Estado de México es el órgano administrativo adscrito a la Secretaría que tiene entre otras atribuciones la de Recibir, registrar, digitalizar, archivar y resguardar las declaraciones de voluntad anticipada, así como sus modificaciones o revocaciones.⁷⁸⁸
<p>8.- ¿se prevé la opción de donar órganos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es un requisito que en la escritura o acta de voluntad anticipada exista la manifestación expresa que no deje lugar a dudas sobre la aceptación o rechazo para que, después de perder la vida, se donen total o parcialmente sus órganos, tejidos y células para realizar trasplantes, o se utilice su cadáver o parte de él con fines de docencia e investigación, en términos de lo dispuesto en la Ley General de Salud y demás disposiciones en la materia.⁷⁸⁹
<p>9.- ¿Existe alguna característica especial que destacar en la presente ley?</p>	<p>Destacamos 4 aspectos importantes de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las instituciones de salud deben tener acceso al sistema digitalizado para consultar la existencia de alguna acta o escritura de voluntad anticipada, relacionada con alguna/algún paciente para que, en su caso, sea cumplida. • Cuando no sea posible la localización o presencia de representantes o cuando éstos rechacen desempeñar el cargo, dicha circunstancia se hará constar, a efecto de que el Comité de Bioética sea el responsable de verificar el cumplimiento de la declaración de voluntad anticipada. • Cuando los recursos de una institución de salud no le permitan garantizar el cumplimiento de las disposiciones de alguna declaración de voluntad anticipada y de la presente Ley, la/el médica/o tratante y la/el directora/or de dicha Institución deben realizar las gestiones necesarias, a efecto de que la/el paciente pueda ser trasladado a otra Institución que lo garantice. • La/el paciente, incluso durante el desarrollo del plan de cuidados paliativos, puede solicitar, de manera verbal, el

⁷⁸⁷ Cfr. *Ibidem*, artículo 24 fracciones I y II, p. 25

⁷⁸⁸ Cfr. *Ibidem*, artículo 45, p.28

⁷⁸⁹ Cfr. *Ibidem*, artículo 24 fracción III, pp. 25 y 26

	reinicio del tratamiento curativo; en tal caso, deberá ratificarlo por escrito ante el personal de salud que corresponda. ⁷⁹⁰
--	--

L) Estado de Colima⁷⁹¹

1.- ¿Cuál es la circunscripción territorial y denominación de dicha ley?	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de Colima • Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Colima.⁷⁹²
2.- ¿Cuál es su objeto y/o objetivos?	<p>Objeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar el derecho de cualquier persona con capacidad de ejercicio respecto a la manifestación de su voluntad para recibir los cuidados paliativos en sustitución de los tratamientos curativos, que le proporcionen una mejor calidad de vida y evitar someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que vulneren su dignidad; protegiendo en todo momento su dignidad, autonomía y autodeterminación, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural, en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma; • Conceder y garantizar el derecho de los familiares de la persona enferma en etapa terminal o enfermo incurable que hubiese quedado sin capacidad para consentir por sí mismo a causa de su enfermedad, a recibir los cuidados paliativos necesarios en el proceso final de vida de la persona enferma sujeta a lo prescrito en esta Ley; y • Establecer las normas y regular los procedimientos para hacer efectivo el Documento de Voluntad Anticipada en el Estado de Colima.⁷⁹³
3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?	<p>Existen 2 vías de suscripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.- A través de instrumento público suscrito ante Notario previo pago de honorarios correspondientes, • 2.- A través del Registro Estatal de Documentos de Voluntad Anticipada de la Secretaría de Salud de Colima,

⁷⁹⁰ Cfr. *Ibidem*, artículos 32, 36, 37, 42, pp. 26 y 27

⁷⁹¹ Cfr. Decreto Número 135 a través del cual se aprueba la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Colima, *op. cit.*, nota 675, p. 965.

⁷⁹² Cfr. *Ídem*, ARTÍCULO UNICO, artículo 1 fracción III y artículo 3 fracción X

⁷⁹³ Cfr. *Ídem*, artículo 1

	sin costo alguno. (No se especifica si se emplea algún formato) ⁷⁹⁴
4.- ¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de Voluntad Anticipada?	<ul style="list-style-type: none"> No existe limitante para otorgar el documento de voluntad anticipada en sus dos opciones (Instrumento Publico ante notario y documento privado ante el Registro Estatal de Documentos de Voluntad Anticipada), ya que en ambos supuestos cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales e independientemente de su estado podrá suscribir el Documento ante Notario o en el Registro Estatal de Documentos de Voluntad Anticipada, asistido de la presencia de dos testigos. Por lo que respecta a la ejecución de la voluntad anticipada de Voluntad Anticipada, deberán ser ejecutables a partir del momento en que el enfermo incurable entre en etapa terminal o pierda su capacidad para consentir por sí mismo a causa de su enfermedad. ⁷⁹⁵
5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?	<ul style="list-style-type: none"> Es un requisito del documento de Voluntad Anticipada Hacer el nombramiento de un Representante que vigile el cumplimiento del Documento en los términos y circunstancias establecidas en el mismo, quien deberá comparecer a aceptar su cargo al momento de la suscripción del Documento; así mismo se deberá designar a uno o más representantes sustitutos, así como el grado de prelación que el Signatario determine. ⁷⁹⁶
6.- ¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo?	<ul style="list-style-type: none"> Se limita a un aspecto negativo ya que La Ley de voluntad anticipada de éste Estado únicamente contempla que el suscriptor del documento de voluntad anticipada manifieste su voluntad informada, libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada para recibir cuidados paliativos para sí, y rechazar Medios extraordinarios o tratamientos médicos excesivos que propicien la obstinación terapéutica, en el supuesto de que la persona no goce de capacidad para consentir por sí misma y sea imposible mantener su vida de manera natural. ⁷⁹⁷
7.- ¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?	<ul style="list-style-type: none"> El Registro Estatal de Documentos de Voluntad Anticipada, que es la unidad administrativa, adscrita a la Secretaría de Salud del Estado de Colima encargada de velar por el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente Ley, en los Documentos de Voluntad Anticipada y en los Formatos, pero además tiene por objeto la

⁷⁹⁴ Cfr. *Ídem*, artículo 8.

⁷⁹⁵ Cfr. *Ídem*, artículos 8 y 34

⁷⁹⁶ Cfr. *Ídem*, artículo 9 fracciones III y IV

⁷⁹⁷ Cfr. *Ídem*, artículo 8

	<p>custodia, conservación y accesibilidad de los Documentos de Voluntad Anticipada, suscritos en el Estado, del cual se hará registro en el expediente clínico que ya obre en la institución. En este sentido dentro de sus atribuciones se encuentran las de Recibir, archivar y resguardar los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada suscritos ante Notario; así como Registrar, organizar y mantener actualizada una Base de Datos de los documentos y Formatos de Voluntad Anticipada.⁷⁹⁸</p>
<p>8.- ¿se prevé la opción de donar órganos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es un requisito la Manifestación expresa del interesado sobre la aceptación o rechazo de la donación de sus órganos susceptibles de ser trasplantados en los términos de la Ley General de Salud y demás ordenamientos correlativos.⁷⁹⁹
<p>9.- ¿Existe alguna característica especial que destacar en la presente ley?</p>	<p>Destacamos 3 aspectos importantes de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la Ley se contempla la figura del representante sustituto, como aquella persona que acepta la designación para corroborar y dar cumplimiento al Documento en caso de que el representante nombrado en primer término no pueda desempeñar su encargo. • Se prevé que se suspenderán los efectos del Documento de voluntad anticipada cuando el Signatario sea una mujer embarazada y padezca una enfermedad terminal, hasta terminada la etapa de gestación. • El Estado o los particulares, previa autorización de la autoridad competente, podrán establecer hospicios de Cuidados paliativos para recibir, albergar y proporcionar dichos cuidados al enfermo en etapa terminal o enfermo incurable que hubiese quedado sin capacidad para consentir por sí mismo a causa de su enfermedad; en cuyo caso se sujetarán a lo dispuesto en la presente Ley.⁸⁰⁰

M) Estado de Oaxaca⁸⁰¹

<p>1.- ¿Cuál es la circunscripción territorial y denominación de dicha ley?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de Oaxaca • Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Oaxaca.⁸⁰²
--	--

⁷⁹⁸ Cfr. *Ídem*, artículos 40 y 41

⁷⁹⁹ Cfr. *Ídem*, artículo 9 fracción V

⁸⁰⁰ Cfr. *Ídem*, artículos 9 fracción IV, 26 y 38,

⁸⁰¹ Cfr. Decreto Núm. 1328 Mediante el Cual se Aprueba la Ley de Voluntad Anticipada Para el Estado de Oaxaca, de fecha 29 de septiembre de 2015, *op. cit.*, nota 677, pp. 10-13

⁸⁰² Cfr. *Ibidem*, ARTÍCULO PRIMERO, p.10

<p>2.- ¿Cuál es su objeto y/o objetivos?</p>	<p>Objeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer las normas, requisitos y formas de la exteriorización y realización de la voluntad de cualquier persona, respecto a su, 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, sea imposible mantener su vida de manera natural.⁸⁰³
<p>3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?</p>	<p>Existen 2 vías de suscripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.- Ante Notario Público • 2.- Ante Personal de Salud. <p>Ya que la misma ley define al documento de Voluntad anticipada como aquel documento suscrito por cualquier persona con capacidad de ejercicio, en pleno uso de sus facultades mentales o por las personas legalmente facultadas para suscribirlo, ante notarlo o el personal de la institución de salud que atiende al enfermo, con la presencia de dos testigos, a través del cual se manifiesta la voluntad, libre, inequívoca, consciente e informada, a rechazar un determinado tratamiento médico, que prolongue de manera innecesaria y sin fines terapéuticos, la vida del enfermo⁸⁰⁴</p>
<p>4.- ¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de Voluntad Anticipada por parte de su suscriptor o personal médico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No existe limitante para otorgar el documento de voluntad anticipada en sus dos opciones (ante notario público o ante el personal de salud), ya que en ambos supuestos, toda persona, en pleno uso de sus facultades mentales, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, puede realizar ante un Notario o ante la Institución de Salud, con dos testigos, su declaración de voluntad anticipada, el cual puede ser revocado en cualquier momento. • Por lo que respecta a la ejecución de las disposiciones del documento de voluntad anticipada están son ejecutables por el personal de salud a partir del momento en que el enfermo se encuentra en una situación no curable o en etapa terminal.⁸⁰⁵
<p>5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es un requisito del documento de Voluntad Anticipada Hacer el nombramiento de un Representante que vigile el

⁸⁰³ Cfr. *Ídem*, artículo 1,

⁸⁰⁴ Cfr. *Ídem*, artículos 3 fracción IV y 5.

⁸⁰⁵ Cfr. *Ibidem*, artículos 5, 7, 21 32 y 33, pp.10, 11 y 12

interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?	cumplimiento del documento de voluntad anticipada en los términos y circunstancias en él consignadas. ⁸⁰⁶
6.- ¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo?	<ul style="list-style-type: none"> Se limita a un aspecto negativo ya que La Ley de voluntad anticipada de éste Estado únicamente contempla que el suscriptor del documento de voluntad anticipada manifieste su voluntad informada, libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada para rechazar un determinado tratamiento médico, que prolongue de manera innecesaria y sin fines terapéuticos, la vida del enfermo.⁸⁰⁷
7.- ¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?	<ul style="list-style-type: none"> El Registro Estatal de Documentos de Voluntad Anticipada, es el órgano encargado de Recibir, tramitar, archivar, resguardar y dar seguimiento a los documentos de voluntad anticipada, procedentes de las instituciones de salud; además de supervisar el cumplimiento de las disposiciones de los documentos de voluntad anticipada conforme al reglamento; y las demás que le otorguen las otras leyes y reglamentos.⁸⁰⁸
8.- ¿se prevé la opción de donar órganos?	<ul style="list-style-type: none"> En dicha ley no existe disposición legal alguna que contemple la opción de donar órganos.⁸⁰⁹
9.- ¿Existe alguna característica especial que destacar en la presente ley?	<p>Destacamos 1 aspecto importantes de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> Por lo que hace a la suscripción del Documento de voluntad anticipada ante la Institución de salud, se prevé la suscripción por sustitución, ya que no solo el interesado sino también sus familiares y personas señaladas en los términos y supuestos de esta Ley, podrán suscribir el documento de voluntad anticipada a su nombre cuando el enfermo en situación terminal de acuerdo al diagnóstico que emita el o los médicos encargados de su atención, se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por si mismo su voluntad, con la condición de que no exista documento de voluntad anticipada emitido válidamente de manera previa y formal por el interesado; debiendo el familiar signatario acreditar con el acta o documento público correspondiente el parentesco o relación a que haya lugar.⁸¹⁰

⁸⁰⁶ Cfr. *Ibidem*, artículo 8 fracción IV y 24 fracción IV, pp. 10 y 11

⁸⁰⁷ Cfr. *Ibidem*, artículo 3 fracción IV, p.10

⁸⁰⁸ Cfr. *Ibidem*, artículo 34, fracciones I, II y III, p.12

⁸⁰⁹ Cfr. *Ibidem*, artículos 1-38, pp.10-13

⁸¹⁰ Cfr. *Ibidem*, artículo 22 p.11. Hasta el momento hemos encontrado que muchas de las leyes de voluntad anticipada en México permiten la suscripción del documento de voluntad anticipada por sustitución lo cual consideramos lamentable ya que se atenta contra la libertad de los enfermos, sobre todo si estos últimos no autorizaron a persona alguna para que los represente.

N) Estado de Yucatán ⁸¹¹

<p>1.- ¿Cuál es la circunscripción territorial y denominación de dicha ley?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de Yucatán • Ley de Voluntad Anticipada de Estado de Yucatán.⁸¹²
<p>2.- ¿Cuál es su objeto y/o objetivos?</p>	<p>Objeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer los requisitos, autoridades y sanciones para garantizar el derecho a la voluntad anticipada de cualquier persona, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida cuando, por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona.⁸¹³
<p>3.- ¿Cuáles son las vías y/o modalidades de suscripción del Documento o formato de voluntad Anticipada?</p>	<p>Existen 2 vías de suscripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.- Ante Notario Publico • 2.- Ante Personal de Salud. <p>Ya que de conformidad con las formalidades del Documento de Voluntad Anticipada puede ser suscrito ante un notario público o, en caso de que el estado de deterioro de la salud del enfermo en etapa terminal se lo impida, ante un médico, usando el formato emitido por los servicios de salud.⁸¹⁴</p>
<p>4.- ¿De acuerdo a dicha normativa existe alguna Limitante para otorgar y ejecutar el Documento de Voluntad Anticipada por parte de su suscriptor o personal médico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No existe limitante para otorgar el documento de voluntad anticipada en sus dos opciones (ante notario público o ante el Médico a través del formato), ya que en ambos supuestos, cualquier persona mayor de edad en pleno uso de su capacidad de ejercicio puede suscribir un documento o formato de voluntad anticipada con las formalidades que prevé la Ley. Incluso podrá otorgarlo a través de sus familiares y/o representantes, en casos específicos.⁸¹⁵ • Por lo que respecta a la ejecución de las disposiciones del documento de voluntad anticipada existe la prohibición de aplicar la voluntad anticipada a enfermos no terminales; el procedimiento de aplicación de una voluntad anticipada a

⁸¹¹ Cfr. Decreto 396/2016 por el que se expide la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Yucatán, y se modifica el Código Penal del Estado Yucatán, de fecha 8 de junio de 2016, *op. cit.*, nota 679, pp.3-19

⁸¹² Cfr. *Ibidem*, ARTÍCULO PRIMERO, p.7

⁸¹³ Cfr. *Ídem*, artículo 1,

⁸¹⁴ Cfr. *Ibidem*, artículo 13 fracción II, p.12

⁸¹⁵ Cfr. *Ibidem*, artículos 1, 14, 21, 22 y 23, pp.7, 12, 14 y 15

	<p>un paciente, comienza por el diagnóstico confirmado, por el médico tratante, de la existencia de una enfermedad en etapa terminal y un estado, igualmente confirmado, de futilidad médica del paciente. El diagnóstico deberá ser confirmado por otro médico, especializado en la misma materia relativa a la patología del paciente.⁸¹⁶</p>
<p>5.- ¿Existe la posibilidad de nombrar un representante o interlocutor del Documento o formato de Voluntad Anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es un derecho y formalidad designar un representante, en los términos de dicha ley, y en su caso, a los representantes sustitutos, y su prelación; quienes deberán firmar también el documento. El representante se encargará de dar seguimiento al cumplimiento de su documento de voluntad anticipada en los términos y circunstancias determinadas en él.⁸¹⁷
<p>6.- ¿Se limita el otorgamiento y ejecución de la voluntad anticipada a un aspecto negativo o positivo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se limita a un aspecto negativo ya que La Ley de voluntad anticipada de éste Estado ya que precisa que el documento de voluntad anticipada deberá contener la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a determinados medios, tratamientos o procedimientos médicos ante un diagnóstico de enfermedad terminal, así como, en su caso, la definición de lo relativo a la disposición del cuerpo.⁸¹⁸
<p>7.- ¿Que órgano o institución se encarga del registro y resguardo del documento o formato de voluntad anticipada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un órgano o institución especialmente creada para el registro y resguardo del documento o formato, ya que de conformidad con la presente ley, el notario público o, en su caso, el médico, tras la firma del documento, darán aviso del otorgamiento del documento de voluntad anticipada, y remitirán una copia, a los servicios de salud y, cuando sea el caso, el representante lo hará llegar al personal de las instituciones de salud correspondiente, para integrarlo, a la brevedad posible, al expediente clínico del enfermo en etapa terminal.⁸¹⁹
<p>8.- ¿se prevé la opción de donar órganos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si. De conformidad con el artículo 12 de dicha ley El documento de voluntad anticipada deberá contener la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada sobre su consentimiento de donar o no órganos, tejidos, derivados o materiales anatómicos, después de la muerte para fines terapéuticos, de investigación o de docencia.⁸²⁰

⁸¹⁶ Cfr. *Ibidem*, artículos, 8 y 32, pp.10 y 17

⁸¹⁷ Cfr. *Ibidem*, artículo 7 fracción XV y 13 fracción V, pp. 9, 10 y 12

⁸¹⁸ Cfr. *Ibidem*, artículo 12, pp.11 y 12

⁸¹⁹ Cfr. *Ibidem*, artículo 15, pp.12 y 13

⁸²⁰ Cfr. *Ibidem*, artículo 12, pp.11 y 12

<p>9.- ¿Existe alguna característica especial que destacar en la presente ley?</p>	<p>Destacamos 3 aspectos importantes de la presente Ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de que el signatario del documento o formato fuera una mujer embarazada y se encontrara en etapa terminal, el documento de voluntad anticipada no surtirá ningún efecto hasta terminado el embarazo, con la finalidad de proteger el producto.⁸²¹ • El documento de voluntad podrá ser suscrito por los familiares del el enfermo en etapa terminal y personas señaladas en los términos y supuestos de esta Ley cuando este se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad; en el siguiente orden de prelación: I. El cónyuge, II. El concubinario o la concubina, III. Los hijos mayores de edad, consanguíneos o adoptados, IV. Los padres o adoptantes, V. Los nietos mayores de edad, VI. Los hermanos mayores de edad.⁸²² • También Podrán suscribir el documento de voluntad anticipada cuando el enfermo en etapa terminal sea menor de edad, en la siguiente prelación: I. Los padres o adoptantes, salvo que hayan perdido la patria potestad. II. Los familiares o personas que ejerzan la patria potestad de la niña, niño o adolescente. III. Los hermanos mayores de edad. IV. El tutor de la niña, niño o adolescente.⁸²³
--	--

3.8. Número de Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada Suscritos en la Ciudad de México.

Al inicio de este Tercer Capítulo señalamos que no contamos con un Registro Nacional de Instrucciones Previas, además de que no todos los Estados de la Republica Mexicana han regulado la voluntad anticipada y mucho menos se cuenta con un base actualizada del número de documentos y formatos otorgados en cada Estado, motivo por el cual vamos a tomar como muestra para nuestro análisis los datos que nos proporciona la actual Ciudad de México, anteriormente Distrito Federal respecto a este rubro.

Ahora bien, debemos recordar que de acuerdo a la Ley de Voluntad Anticipada vigente para la Ciudad de México y su Secretaria de Salud existen dos

⁸²¹ Cfr. *Ibidem*, artículo 29, p.16.

⁸²² Cfr. *Ibidem*, artículos 14 fracciones II y III, y 21, pp.12 y 14

⁸²³ Cfr. *Ibidem*, artículo 22 pp.14 y 15.

vías de suscripción de la Voluntad Anticipada: La primera vía es a través de un Documento de Voluntad Anticipada; y la segunda es a través de un Formato de Voluntad Anticipada. Ambos son documentos dotados de sustento legal, contemplados en la legislación especial en la materia que avalan la decisión y reafirman la voluntad de la persona respecto a ser o no sometida a medios, tratamientos o procedimientos médicos que prolonguen su sufrimiento durante la etapa terminal.⁸²⁴

El Documento de Voluntad Anticipada lo puede suscribir toda persona mayor de 18 con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, padeciendo o no una enfermedad terminal, y se otorga en todas aquellas Notarías de la Ciudad de México bajo un costo establecido por las mismas. A través de este documento se manifiesta la petición libre consciente, seria, inequívoca y reiterada de su otorgante de ser sometido o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que propicien la obstinación terapéutica; mientras que por lo que hace a la segunda vía o Formato de Voluntad Anticipada se otorga en Hospitales Públicos y Privados del Distrito Federal a pacientes que padecen una enfermedad en etapa terminal, este formato es suscrito por el enfermo en etapa terminal o su representante (en caso de menores de edad y personas sin capacidad de decisión), ante el personal de salud correspondiente y Es totalmente gratuito.⁸²⁵

Según datos del Colegio de Notarios de la Ciudad de México y la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, al 31 de marzo de 2016, se cuenta con un total de 5414 Documentos de voluntad anticipada otorgados ante Notario Público en la Ciudad de México, de los cuales destacan los suscriptores del sexo femenino con un total de 3,500, cantidad que resulta casi el doble de la de aquellos suscriptores del sexo masculino, ya que al mes de marzo del año dos mil dieciséis se cuenta con una cifra de 1,914 Documentos de voluntad anticipada, sin embargo el rango de edad tanto de hombres como de mujeres que han otorgado mayor número de documentos

⁸²⁴ Servicios, Secretaría de Salud del Distrito Federal, <http://www.salud.df.gob.mx/portal/index.php/servicios-y-especialidades/326-servicio-voluntadanticipada#tabs-1>, página consultada el 20 de septiembre de 2015.

⁸²⁵ Cfr. *Ídem*.

de voluntad anticipada se sitúa entre las edades de 65 a 69, además de que 2697 suscriptores se pronunciaron a favor de donar sus órganos, 2313 en contra y 404 se abstuvieron, como se aprecia de las siguientes tablas que a continuación transcribimos:⁸²⁶

PROGRAMA DE VOLUNTAD ANTICIPADA Secretaría de Salud de la Ciudad de México Documentos de Voluntad Anticipada suscritos ante Notario según sexo, estado civil y edad	
Fecha	7 de enero de 2008 al 31 de marzo de 2016
Total de Documentos Suscritos ante Notario	5414
Total de Documentos Suscritos Durante 2016	263
Total de Documentos suscritos durante el mes de MARZO	109

SEXO									
Genero	Marzo	2016	2008-2016	%	Genero	Marzo	2016	2008-2016	%
Masculino:	36	95	1914	35.35	Femenino	73	168	3500	64.65

ESTADO CIVIL									
Masculino					Femenino				
	Marzo	2016	2008-2016	%		Marzo	2016	2008-2016	%
Solteros	15	37	601	31.40	Solteras	51	108	2120	60.57
Casados	20	57	1300	67.92	Casadas	21	59	1368	39.09
No Especificó	1	1	13	0.68	No Especificó	1	1	12	0.34
Sumatoria	36	95	1914	100.00	Sumatoria	73	168	3500	100.00

RANGO DE EDADES									
Masculino					Femenino				
Rango	Marzo	2016	2008-2016	%	Rango	Marzo	2016	2008-2016	%
15-19	0	0	0	0.00	15-19	0	0	0	0.00
20-24	4	4	9	0.47	20-24	1	2	15	0.43
25-29	0	0	10	0.52	25-29	0	0	19	0.54
30-34	0	0	19	0.99	30-34	0	3	40	1.14
35-39	0	1	46	2.40	35-39	0	0	62	1.77
40-44	1	4	57	2.98	40-44	1	2	87	2.49
45-49	1	2	89	4.65	45-49	3	6	145	4.14
50-54	2	6	128	6.69	50-54	4	8	263	7.51
55-59	3	7	161	8.41	55-59	7	17	355	10.14
60-64	3	7	248	12.96	60-64	7	20	506	14.46

⁸²⁶ Las cifras que hemos señalado fueron extraídas de la tabla del Colegio de Notarios de la Ciudad de México y la Secretaría de Salud visible en su página electrónica. Véase: Programa de Salud de la Ciudad de México, <http://www.colegiodenotarios.org.mx/doctos/va16.pdf>, página consultada el 07 de febrero de 2016.

65-69	3	14	300	15.67	65-69	12	32	613	17.51
70-74	5	13	298	15.57	70-74	10	23	529	15.11
75-79	4	13	257	13.43	75-79	19	25	416	11.89
80-84	7	16	173	9.04	80-84	3	14	288	8.23
85 o más	3	8	119	6.22	85 o más	6	16	162	4.63
Sumatoria	36	95	1914	100.00	Sumatoria	73	168	3500	100.00

MANIFESTACIÓN PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS				
	Marzo	2016	2008-2016	%
Sí	50	118	2697	49.82
No	51	130	2313	42.72
No Especificó	8	15	404	7.46
Sumatoria	109	263	5414	100.00

Así mismo, podemos observar que algunos Ciudadanos de estados cercanos a la Ciudad de México han acudido a suscribir documentos de Voluntad Anticipada hasta dicho lugar, siendo algunos de estos los siguientes: El Estado de México tiene registrados un cifra de 516, el Estado de Morelos 52, Jalisco 12, Guerrero 11, Guanajuato 9, Puebla 8, etcétera; mientras que algunos ciudadanos de otros países, principalmente norteamericanos, específicamente 3 han acudido a la Ciudad de México a Otorgar un documento de voluntad anticipada como se aprecia a continuación:⁸²⁷

SUSCRIPTORES HABITANTES DE ENTIDADES FEDERATIVAS INSCRITOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO				
ENTIDADES	MARZO	2016	2008-2016	%
Baja California Sur	0	0	3	0.06
Chihuahua	0	0	2	0.04
Ciudad de México	104	242	4766	88.03
Coahuila	0	0	2	0.04
Colima	0	0	1	0.02
Durango	0	0	2	0.04
Estado México	2	15	516	9.53
Guanajuato	0	0	9	0.17
Guerrero	0	0	11	0.20
Hidalgo	0	2	3	0.06
Jalisco	0	0	12	0.22
Michoacán	0	0	2	0.04
Morelos	1	1	52	0.96
Nayarit	0	0	2	0.04
Nuevo León	0	1	1	0.02
Puebla	0	0	8	0.15
Querétaro	0	0	5	0.09
Quintana Roo	0	0	4	0.07
San Luis Potosí	0	0	2	0.04
Tabasco	0	0	1	0.02

⁸²⁷ Cfr. Ídem.

Tlaxcala	0	0	1	0.02
Veracruz	2	2	3	0.06
Sumatoria	109	263	5408	99.89

SUSCRIPTORES HABITANTES DE OTROS PAISES INSCRITOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO				
PAISES	MARZO	2016	2008-2016	%
Chile	0	0	1	0.02
España	0	0	1	0.02
Estados Unidos	0	0	3	0.06
Italia	0	0	1	0.02
Sumatoria	0	0	6	0.11

De igual forma podemos apreciar que al 31 de marzo de 2016, se cuenta con un total de 1357 Formatos de voluntad anticipada otorgados ante Instituciones de Salud, de los cuales destacan los suscriptores del sexo femenino con un total de 736, cantidad que resulta mayor en comparación con los suscriptores del sexo masculino con una cifra de 581, observándose que el estado civil influye en la suscripción de formatos de voluntad anticipada dado que las mujeres solteras han suscrito 467 formatos de voluntad anticipada, sin embargo el rango de edad tanto de hombres como de mujeres que han otorgado mayor número de formatos se sitúa entre los 85 o más años de edad, como se observa de las siguientes tablas que a continuación transcribimos:⁸²⁸

PROGRAMA DE VOLUNTAD ANTICIPADA Secretaría de Salud de la Ciudad de México Formatos suscritos ante instituciones de Salud según sexo, estado civil y edad	
Fecha	7 de enero de 2008 al 31 de marzo de 2016
Total de Formatos	1317
Total de Formatos Suscritos Durante 2016:	167
Total de Formatos Suscritos durante el mes de MARZO:	67

SEXO									
Genero	Marzo	2016	2008-2016	%	Genero	Marzo	2016	2008-2016	%
Masculino:	27	64	581	44.12	Femenino	40	103	736	55.88

ESTADO CIVIL									
Masculino					Femenino				
	Marzo	2016	2008-2016	%		Marzo	2016	2008-2016	%

⁸²⁸ Cfr. Ídem.

Solteros	7	17	214	36.83	Solteras	26	65	467	63.45
Casados	19	44	326	56.11	Casadas	13	36	246	33.42
Menores	1	2	40	6.88	Menores	1	2	22	2.99
No Especificó	0	1	1	0.17	No Especificó	0	0	1	0.14
Sumatoria	27	64	581	100.00	Sumatoria	40	103	736	100.00

RANGO DE EDADES									
Masculino					Femenino				
Rango	Marzo	2016	2008-2016	%	Rango	Marzo	2016	2008-2016	%
0-4	0	1	27	4.65	0-4	0	1	11	1.49
5-9	0	0	6	1.03	5-9	0	0	3	0.41
10-14	1	1	6	1.03	10-14	0	0	4	0.54
15-19	0	0	2	0.34	15-19	1	1	6	0.82
20-24	0	1	6	1.03	20-24	0	0	4	0.54
25-29	0	0	5	0.86	25-29	0	0	6	0.82
30-34	0	1	10	1.72	30-34	0	1	11	1.49
35-39	1	1	9	1.55	35-39	1	2	15	2.04
40-44	1	3	15	2.58	40-44	0	1	22	2.99
45-49	1	2	25	4.30	45-49	0	0	29	3.94
50-54	3	4	36	6.20	50-54	3	7	53	7.20
55-59	2	4	53	9.12	55-59	6	10	53	7.20
60-64	2	3	41	7.06	60-64	1	5	56	7.61
65-69	3	7	59	10.15	65-69	4	13	65	8.83
70-74	3	9	67	11.53	70-74	2	9	63	8.56
75-79	4	10	55	9.47	75-79	5	12	85	11.55
80-84	1	5	69	11.88	80-84	6	17	82	11.14
85 o más	5	12	90	15.49	85 o más	11	24	168	22.83
Sumatoria	27	64	581	100.00	Sumatoria	40	103	736	100.00

Dentro de los datos que nos proporciona la Secretaria de Salud de la Ciudad de México y el Colegio de Notarios se encuentra el número de formatos de voluntad anticipada, los cuales al año 2016 suman un total de 1307, de los cuales 66 estuvieron de acuerdo en donar sus órganos, 1225 se negaron y 26 no se pronunciaron al respecto.⁸²⁹

Lo más controvertido de dicha información es que existe una sección en las que se cuantifica el número de formatos de voluntad anticipada suscritos por los representantes del enfermo, lo cual es contrario a derecho ya que la ley de voluntad anticipada de la Ciudad de México es clara al señalar que el documento o formato de voluntad anticipada deberá realizarse de manera personal, libre e inequívoca ante notario en el caso del documento de voluntad anticipada y ante el personal de

⁸²⁹ Cfr. Ídem.

salud en el caso del formato de voluntad anticipada, además de que dentro de las facultades del representante no se encuentra la de otorgar el formato de voluntad anticipada en representación del enfermo.⁸³⁰

Dicho lo anterior, advertimos un importante número de formatos suscritos por el representante del enfermo, pues al año 2016 se cuantificaron 1065 formatos otorgados bajo esta irregularidad, como se advierte de la siguiente información:⁸³¹

FORMATOS SUSCRITOS POR EL PACIENTE O FORMATOS SUSCRITOS POR EL REPRESENTANTE				
	MARZO	2016	2008-2016	%
Formatos suscritos por el paciente en etapa terminal	6	22	252	19.13
Formatos suscritos por el Representante	61	145	1065	80.87
Sumatoria	67	167	1317	100.00

MANIFESTACIÓN PARA DONACIÓN DE ORGANOS				
	MARZO	2016	2008-2016	%
Si	3	10	66	5.01
No	62	153	1225	93.01
No especificó	2	4	26	1.97
Sumatoria	67	167	1317	100.00

FORMATOS CANCELADOS				
	MARZO	2016	2008-2016	%
Formatos Cancelados	0	0	30	2.28

Finalmente, en un recuento de los documentos y formatos de voluntad anticipada tenemos que del 7 de enero de 2008 al 31 de marzo de 2016 se cuenta con un total de 6731, de los cuales 430 fueron suscritos tan solo en el año 2016 y 176 durante el mes de marzo del 2016, como se advierte de las siguientes tablas:⁸³²

REPORTE ANUAL DE DOCUMENTOS Y FORMATOS DE VOLUNTAD ANTICIPADA SUCRITOS	
Fecha	7 de Enero de 2008 al 31 de Marzo de 2016
Total de Documentos y Formatos	6731

⁸³⁰ Cfr. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, *op. cit.*, nota 114, artículos 3 fracción V, artículo 7 fracciones I y II, 12, pp. 3, 4, 5, 6 y 7

⁸³¹ Cfr. Programa de Salud de la Ciudad de México, *op. cit.*, nota 826.

⁸³² Cfr. *Idem*

Total de Documentos y Formatos suscritos durante 2016	430
Total de Documentos y Formatos suscritos durante el mes de Marzo	176

REPORTE ANUAL FORMATOS DE VOLUNTAD ANTICIPADA SUSCRITOS													
AÑO/MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
2008	0	0	0	0	1	0	1	2	2	6	0	0	12
2009	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
2010	0	1	0	0	0	2	7	2	1	4	1	0	18
2011	6	6	2	3	3	3	0	7	2	2	3	2	39
2012	4	7	1	4	4	4	3	4	2	4	2	3	42
2013	4	5	8	5	12	10	9	9	7	18	15	16	118
2014	16	19	22	22	24	22	29	14	43	23	29	68	331
2015	58	41	50	57	36	66	50	47	43	49	44	47	588
2016	49	51	67										167
TOTAL	137	130	152	91	80	107	99	85	100	106	94	136	1317

REPORTE ANUAL DOCUMENTOS DE VOLUNTAD ANTICIPADA SUSCRITOS													
AÑO/MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
2008	0	1	0	0	3	11	4	1	21	15	19	14	89
2009	17	13	26	19	20	21	16	13	25	37	17	7	231
2010	17	23	19	9	18	19	18	19	30	21	17	18	228
2011	8	15	19	15	15	30	10	28	30	25	17	12	224
2012	19	30	85	66	69	56	32	58	85	76	54	37	667
2013	33	66	100	103	82	73	74	59	75	84	54	37	840
2014	42	66	285	390	129	155	65	114	75	134	100	85	1640
2015	53	48	160	126	112	119	128	79	88	149	85	85	1232
2016	43	111	109										263
TOTAL	232	373	803	728	448	484	347	371	429	541	363	295	5414

TOTAL DE SUSCRITORES DE VOLUNTAD ANTICIPADA													
AÑO/MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
2008	0	1	0	0	4	11	5	3	23	21	19	14	101
2009	17	13	28	19	20	21	16	13	25	37	17	7	233
2010	17	24	19	9	18	21	25	21	31	25	18	18	246
2011	14	21	21	18	18	33	10	35	32	27	20	14	263
2012	23	37	86	70	73	60	35	62	87	80	56	40	709
2013	37	71	108	108	94	83	83	68	82	102	69	53	958
2014	58	85	307	412	153	177	94	128	118	157	129	153	1971
2015	111	89	210	183	148	185	178	126	131	198	129	132	1820
2016	92	162	176	0	0	0	0	0	0	0	0	0	430
TOTAL	369	503	955	819	528	591	446	456	529	647	457	431	6731

CAPITULO 4.

LA VOLUNTAD ANTICIPADA EN MÉXICO Y ESPAÑA ¿UN INSTRUMENTO JURÍDICO QUE PROTEGE O VULNERA DERECHOS FUNDAMENTALES?

4.1. La Categoría de Colisión de Principios y Reglas Frente a la Voluntad Anticipada

Una de las categorías que son empleadas en la teoría de los derechos fundamentales es la colisión de reglas; recordando a Robert Alexy cuando surge una colisión de reglas se resuelve esta situación introduciendo una cláusula de excepción que elimine el conflicto, o mediante la declaración de que por lo menos una regla es inválida.⁸³³

Tratando de identificar si existe esta colisión de reglas en las legislaciones de voluntad anticipada de las comunidades Autónomas de España, así como en la de los Estados de la Republica Mexicana que han legislado al respecto, nos percatamos que esta colisión concurre principalmente cuando en la Ley se establece por una parte la obligación del personal médico y de los familiares del enfermo de respetar y cumplir la voluntad del enfermo suscriptor, y por otra parte existe la prohibición expresa de tener en cuenta y ejecutar cualquier instrucción contraria a la ley o a la buena práctica médica.*

Para resolver dicho dilema la propia ley permite la aplicación de clausulas de excepción, es decir, la regla que prevé que las instrucciones plasmadas en el documento de voluntad anticipada no deben ser contrarias a derecho o a la buena práctica médica, prevalece y excluye a la primera regla que precisa la obligación del personal médico y de los familiares del enfermo de respetar y cumplir la voluntad del

⁸³³ Alexy, Robert, *op. cit.*, nota 23, p. 69

*Tanto en las legislaciones de las comunidades autónomas de España como en las legislaciones de voluntad anticipada de los Estados de la Republica Mexicana que cuenta con legislaciones en el tema encontramos la referida colisión de reglas, así como las respectivas clausulas de excepción, sin embargo, esto es más evidente en las legislaciones Españolas, ya que las legislaciones de las comunidades autónomas son más completas.

enfermo suscriptor, y lo mismo sucede cuando las instrucciones plasmadas en un documento de voluntad anticipada van en contra de la convicción del personal médico, pues esta regla prevalece y excluye a la misma regla que obliga al personal a cumplir con las instrucciones del suscriptor del documento de voluntad anticipada, en otras palabras, en la ley se establece que el personal sanitario podrá ser objetor de conciencia y por tal motivo negarse a dar cumplimiento de dicho instrumento jurídico de manera excepcional.**

En este mismo orden de ideas, también se da el caso que en el ejercicio de nuestros derechos fundamentales ciertos principios,⁸³⁴ llegan a colisionar con los principios y derechos que detenta otro u otros individuos; para resolver este conflicto de acuerdo a la teoría de los derechos fundamentales se debe analizar el caso concreto y aplicar la ponderación para determinar el orden de precedencia, sin embargo, tratándose de nuestro objeto de estudio, la voluntad anticipada, la cual en esencia se basa en los principios de libertad, dignidad y autonomía de la voluntad del individuo, y que tiene como fin que se respete la voluntad de su suscriptor respecto de los tratamientos y procedimientos médicos que se desea o no recibir en caso de que con posterioridad el usuario de los servicios de salud se encuentre incapacitado o imposibilitado para exteriorizar su voluntad, en esta tesitura podemos observar que en la mayoría de los casos dichos principios se incorporan en un solo individuo que es su titular, por lo que es éste y nadie más, el que debe ponderar y determinar el orden de precedencia de los derechos que le son inherentes y que solo a él conciernen.⁸³⁵

**No obstante, para garantizar a los suscriptores del documento de voluntad anticipada el cumplimiento de su voluntad, también se contempla que los hospitales siempre deberán contar con personal que no sea objetor de conciencia y que por lo tanto pueda llevar a cabo las instrucciones plasmadas en un documento de esta naturaleza.

⁸³⁴ De acuerdo a Carlos Bernal los principios pueden entenderse como mandatos de optimización que ordenan que el objeto protegido por el derecho fundamental se realice en la mayor medida posible de acuerdo a las posibilidades fácticas y jurídicas. Véase: Estudio Introductorio de Carlos Bernal Pulido en: Alexy, Robert, *op. cit.* nota 23, p.XXX.

⁸³⁵ Ante tal situación es recomendable que las legislaciones de voluntad anticipada en México contemplen como un requisito indispensable que el titular deje establecido de manera inequívoca los objetivos que persigue con dicho instrumento jurídico, así como una escala de valores y principios vitales para que en caso de duda respecto a la voluntad del suscriptor frente a los diversos panoramas clínicos que pudieran surgir, exista la certeza de que su interlocutor y el personal médico actuaran conforme a los intereses particulares del enfermo. Una de las legislaciones que claramente contempla estos aspectos es la ley

A mayor abundamiento, nuestro objeto de estudio no solo permite que su suscriptor determine los tratamientos y procedimientos que desea o no recibir en un futuro incierto, sino que también le permite ponderar y dejar determinado en un documento el orden de precedencia que debe tenerse en cuenta, entre su salud, vida, dignidad, autonomía de la voluntad y su libertad;*** en caso de que con posterioridad no pueda exteriorizar su voluntad, y esto es posible debido a que aun cuando cada uno de estos derechos encuentren un reconocimiento en las leyes fundamentales de los Estados Nación otorgándoles una tutela reforzada, esto no quiere decir que tales derechos sean absolutos, pues cuando llegan a colisionar tales derechos entre sí o con otros derechos fundamentales, estos deben armonizarse con los demás bienes y valores que también tutela la ley fundamental, ya que de otra manera no podría existir una convivencia social, y en este entendido si hemos afirmado que los derechos fundamentales, no obstante su consagración constitucional e importancia no son absolutos, tampoco es un deber del estado garantizarlos, ya que puede encontrar límites en la decisión de los individuos, respecto a aquellos asuntos que sólo a ellos les atañen.⁸³⁶

7/2002, de las Voluntades Anticipadas en el ámbito de la Sanidad de la Comunidad Autónoma de País Vasco ya que a través de su artículo 2.2 se establece que dentro del contenido del documento de voluntad anticipada se encuentra la expresión de los objetivos vitales y valores personales. Véase: Ley 7/2002, de las Voluntades Anticipadas en el ámbito de la Sanidad, de fecha 12 de diciembre de 2002, *op. cit.*, nota 459, artículo 2.2., p. 23320.

***Hemos dicho que tratándose de la voluntad anticipada en la mayoría de los casos los principios y derechos fundamentales se incorporan en un solo individuo que es su titular, por lo que es este el que determina el orden de precedencia entre su libertad, dignidad, autonomía de la voluntad, salud y vida, sin embargo en líneas posteriores de este apartado hacemos alusión a una caso en particular en el que se da una colisión de principios, específicamente nos referimos a aquellos casos en los que el suscriptor del documento de voluntad anticipada es una mujer embarazada, en estos casos, ¿se debe respetar la voluntad de la madre, suscriptora del documento de Voluntad anticipada y con ello su libertad, dignidad y autonomía de la voluntad o por el contrario debe prevalecer la vida y salud de un ser en gestación?. Las legislaciones de Colima y Nayarit que han previsto estos supuestos consideran que las disposiciones de voluntad anticipada serán aplicables considerando en suma importancia la preservación de la vida del ser en gestación, mientras que las demás legislaciones de los Estados de la Republica mexicana que cuentan con una ley de voluntad anticipada son omisas al respecto. Nosotros consideramos que de darse en la práctica este supuesto existiría una inminente colisión de principios que solo puede ser resuelta a través de la teoría de los derechos fundamentales en la que la ponderación juega un papel fundamental para la solución de este problema.

⁸³⁶ Cfr. Sentencia C-239/97 de la Corte Constitucional de la Republica de Colombia de fecha 20 de mayo de 1997, *op. cit.*, nota 22, apartados: 2. La vida como valor constitucional, el deber del Estado de protegerla y su relación con la autonomía de la persona y PROTECCION VIDA DEL ENFERMO TERMINAL-Deber estatal cede o se debilita.

Como muestra de lo anterior vale la pena invocar el derecho fundamental a la muerte digna, el cual si bien aun no está reconocido en México y España, su reconocimiento y tutela por la republica de Colombia es un ejemplo de lo anterior, es decir, de que ningún derecho fundamental es absoluto, y que cuando llegan a colisionar ciertos derechos fundamentales, estos deben armonizarse entre sí, pero además, que cuando estos derechos concurren en un solo individuo y no se afectan derechos de terceros corresponde a este ejercerlos y determinar cuál de estos en condiciones especificas puede cobrar mayor relevancia, estableciendo un orden de precedencia de acuerdo a sus convicciones y principios, pues no debe existir intromisión por parte del estado, sus instituciones y de extraños en asuntos que solo atañen al individuo.⁸³⁷

En este sentido, llama nuestra atención la sentencia C-239/97 emitida por la Corte Constitucional de la Republica de Colombia, ya que la misma es un ejemplo claro de que el derecho a la vida se puede limitar para salvaguardar otros derechos también importantes, como el libre desarrollo de la personalidad y la autonomía personal; bajo este panorama la Constitución de Colombia no solo protege el derecho a la vida sino también otros derechos, por eso sostuvo que ninguno derecho es absoluto.⁸³⁸

A través de dicha sentencia se abordo entre otros aspectos que el derecho fundamental a vivir en forma digna involucra entonces el derecho a morir dignamente, ya que consideró que en aquellos casos en los que se condena a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, como es el caso de los enfermos terminales, equivale no sólo a un trato cruel e inhumano, prohibido por su propia ley suprema, sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral, en este sentido, la persona quedaría reducida a un instrumento para la preservación de la vida como valor abstracto.⁸³⁹

⁸³⁷ Cfr. *ídem*. PROTECCION VIDA DEL ENFERMO TERMINAL-Deber estatal cede o se debilita

⁸³⁸ Cfr. *Ídem*

⁸³⁹ Cfr. *Ídem*, DERECHO A MORIR EN FORMA DIGNA.

Luego entonces bajo estos argumentos existe una colisión entre el derecho a una vida digna con el derecho a una muerte digna, pero al tratarse de derechos que encuentran sus límites en la decisión de cada individuo, pues sólo a ellos atañen, sería el propio individuo el que debe invocar en cada caso concreto uno u otro derecho, sin embargo, consideramos que uno de los principales inconvenientes que podemos encontrar con la anterior postura radica en lo que cada uno de nosotros entienda por vida digna y muerte digna, pues dichas percepciones pueden variar considerablemente de un individuo a otro.

No obstante lo anterior, también creemos que esto no debe significar un obstáculo insuperable para atribuirle a la muerte digna un estatus de derecho fundamental y mucho menos debe ser considerado dicho derecho como una amenaza en contra del derecho a la vida, ya que como hechos dejado señalado en líneas anteriores ningún derecho es absoluto y solo podrá ser invocado como tal por aquellos que se consideren afectados en el ejercicio de este derecho, lo que es inconcebible es que no exista la posibilidad de invocarlo, como sucede en el caso de México y España.⁸⁴⁰

También es cierto que no todos comparten esta idea y consideran que la vida no es algo que se pueda disponer, además de que la consideran como un fin en si mismo y no como un medio, sin embargo, nos parece apropiado sin entrar en un debate profundo el argumento sobre esta cuestión que sostiene Álvarez del Rio, pues ella considera que con la Eutanasia se respeta la autonomía para tomar decisiones sobre la propia vida (incluyendo su final), por que el enfermo es el dueño de la misma, y aun cuando exista quienes consideren que su vida no les pertenece al grado de poder decidir su muerte, porque eso solo a dios le corresponda o por

⁸⁴⁰ Como un dato importante acerca de la sentencia C-239/ 97 de la Corte Constitucional de Colombia a la que hemos hecho alusión en líneas anteriores debemos destacar que sentó las bases para que los colombianos puedan invocar como un derecho fundamental la muerte en condiciones de dignidad, despenalizando a su vez la eutanasia activa siempre que: 1.- medie el consentimiento libre e informado del paciente; 2.- lo practique un médico; 3.- el sujeto pasivo padezca una enfermedad terminal que le cause sufrimiento. Observándose estos requisitos, la conducta del sujeto activo de acuerdo a la Corte Constitucional Colombiana no es antijurídica y por tanto no hay delito, pero de faltar algún elemento de los mencionados, la persona será penalmente responsable por homicidio. Véase: *Ídem*, Apartado II. CONSIDERACIONES DE LA CORTE; y Sentencia T-970/14 de la Corte Constitucional de la Republica de Colombia de fecha 14 de diciembre de 2014, EUTANASIA-Despenalización, <https://goo.gl/IMbs9g>, página consultada el 12 de febrero de 2016

otra razón, resulta respetable dicho criterio, sin embargo, lo importante es que nadie pretenda imponer a otros sus propias creencias, ni siquiera impedir a otros que actúen de acuerdo a sus principios.⁸⁴¹

En este sentido la voluntad anticipada, debe ser considerada como algo más que un simple instrumento en el que se dejan plasmadas una serie de instrucciones a seguir respecto al tratamiento médico que se desea o no recibir, pues dicha figura legal guarda en si diversas aristas que deben ser desentrañadas como lo son las convicciones y principios que cada suscriptor posee y plasma respecto a derechos tan importantes y personales como lo son la propia salud, vida, libertad, dignidad y autonomía, de acuerdo a sus condiciones clínicas particulares que atraviesa o podría atravesar, por lo que también resulta de manifiesta importancia que todo posible suscriptor del documento de voluntad anticipada reciba una adecuada información por parte del personal médico para que sea el titular de estos derechos el que realice una adecuada ponderación de acuerdo a su caso concreto.

4.2. Aspectos Positivos y Negativos de la Voluntad Anticipada en México y su comparación con el marco regulatorio en España

Como se puede apreciar la colisión de principios y reglas son categorías de los derechos fundamentales que se encuentran presentes en la regulación de la voluntad anticipada en México y España, y tal pareciera a simple vista que se encuentran correctamente aplicadas, protegiéndose los principios y derechos fundamentales en los que se funda nuestro objeto de estudio, sin embargo, esto no es del todo cierto, y se afirma lo anterior dado que existen ciertas imperfecciones en la forma de concebir y regular la voluntad anticipada que queremos dejar debidamente puntualizadas en los aspectos positivos y negativos de la regulación de la voluntad anticipada a través de una comparación entre los Países en los que hemos basado la presente Investigación.

⁸⁴¹ Cfr. Álvarez del Río, Asunción, "Algunos Elementos para Discutir la Eutanasia", *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, Vol.50, No.1, Enero-Febrero, 2007, p. 30

4.2.1. Aspectos positivos

En el presente apartado abordaremos con base en los capítulos precedentes de nuestra investigación, algunos de los aspectos positivos que consideramos más importantes de la voluntad anticipada en México y España, dada la naturaleza jurídica y fines que persigue nuestro objeto de investigación, en este sentido sub clasificamos estos aspectos positivos de los siguientes apartados: a) Beneficios Extensivos a toda Persona; b) Beneficios para el Otorgante del Documento de Voluntad Anticipada; c) Beneficios para los Hospitales y su Personal Médico; y d) Beneficios para los Familiares del Enfermo o Paciente.

a) Beneficios Extensivos a toda Persona:

1.- Busca el Respeto de la Voluntad del ser Humano en el Ámbito Sanitario.

Por principio de cuentas debemos recordar que el término *Voluntad* deriva del latinismo *voluntas* y significa: “f. Potencia del alma que mueve a hacer o no hacer una cosa. ... Elección de una cosa sin precepto o impulso externo que a ello obligue. ... Elección hecha por el propio dictamen o gusto, sin atención a otro respeto o reparo. ...”⁸⁴². Ahora bien, esta lucha por el reconocimiento y protección de la voluntad de los usuarios de los servicios sanitarios se encuentra presente tanto en el marco jurídico de la voluntad anticipada en España como en el de México por ser ésta parte de los principios en los que se basa nuestro objeto de estudio, además de que la propia voluntad anticipada o instrucciones previas invitan a las personas a que en el ejercicio de sus derechos sanitarios, y con base en una información adecuada y oportuna elijan los tratamientos y/o procedimientos que desean o no recibir ante una eventual enfermedad e incapacidad futura de su parte.

En el caso de España esta posibilidad es más amplia al no hacer distinción entre aquellos enfermos terminales de los que no lo son y no limitar estas

⁸⁴² Palomar de Miguel, Juan, *op. cit.*, nota 86, p. 1415

instrucciones a un aspecto negativo, existiendo como condición única que las instrucciones previas no sean contrarias al derecho o a la buena práctica médica.⁸⁴³

Por lo que respecta a México aunque se limite su aplicación a los enfermos terminales toda persona mayor de edad puede suscribir un documento de voluntad anticipada e incluso algunas de las últimas legislaciones estatales en el tema han comenzado a ser menos restrictivas al no limitarse única y exclusivamente a los tratamientos y/o procedimientos que no desea recibir su suscriptor, por lo que se lucha por abandonar una arraigada cultura paternalista en el ámbito sanitario e involucrar a los enfermos en el ejercicio de su voluntad no solo a través del consentimiento informado sino también ante una posible incapacidad a través de la voluntad anticipada.⁸⁴⁴

2.- Pretende en el Ámbito Sanitario el Reconocimiento de la Autonomía de la Persona.

A través de la regulación de la voluntad anticipada en México y España se reconoce en las personas el derecho que tienen de decidir sobre su propia salud y vida, y para lo anterior se ha procurado en diferente grado entre ambos países proporcionar a los usuarios de los servicios sanitarios información suficiente, clara y oportuna sobre el diagnóstico de las enfermedades, los tratamientos disponibles y las expectativas de restablecer la salud del enfermo, para que sea este quien en uso de su autonomía decida dentro de las opciones disponibles lo que más le favorezca y se ajuste a su realidad.⁸⁴⁵

⁸⁴³ Cfr. Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 11, p. 40129

⁸⁴⁴ Cfr. Ley General de Salud, *op. cit.*, nota 532, artículo 166 bis 3 fracción VIII, 166 bis 4, 166 bis 5, 166 bis 6 y 166 bis 7. Respecto a las legislaciones Estatales que limitan nuestro objeto de estudio a un aspecto negativo recomendamos consultar el apartado 3.7 denominado: Aspectos Relevantes de las Leyes de voluntad anticipada de los Estados de la República Mexicana, en especial el punto seis de cada cuadro.

⁸⁴⁵ En este sentido la voluntad anticipada se encuentra estrechamente ligada al derecho a la información y al consentimiento informado, luego entonces en las legislaciones de nuestro objeto de investigación no es de extrañarse que se encuentren diferentes apartados que hacen alusión a estos aspectos. Véase: *Ídem*, artículos 166 bis 3, fracciones 5 y 6, 166 bis 15 fracciones I, II, III, IV, V, IX, así como la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículos 6 y 7 pp. 465 y 466.

En este sentido la voluntad anticipada o instrucciones previas reafirman este reconocimiento de la autonomía de la persona al procurar asegurar que dicha voluntad prevalezca aun y cuando la persona llegue a perder la capacidad de exteriorizar sus decisiones, constituyéndose nuestro objeto de estudio en un instrumento importante que da fe de la voluntad de su otorgante, obligando a los familiares y representantes a respetar sus instrucciones cuando estas se ajustan al caso previsto y no son contrarias al derecho o a la buena práctica médica, resultando de suma importancia establecer una escala de valores para evitar cualquier confusión o duda respecto de los deseos del otorgante, tal y como lo contemplan por ejemplo la Comunidad Autónoma del País Vasco.⁸⁴⁶

3.- Trata de Proteger en el Ámbito Sanitario los Derechos Fundamentales de Libertad y Dignidad de las Personas.

En este punto hemos querido destacar que las legislaciones de Voluntad Anticipada de México y España buscan proteger la libertad y dignidad de los usuarios de los servicios sanitarios, tan es así que en la exposición de motivos o en el articulado de muchas de estas encontramos manifestaciones expresas hacia dichos fines.

No obstante, también debemos reconocer que en el caso de nuestro País dicha protección es restringida y en otros casos estos mismos derechos son vulnerados; las razones por las que acontece dicha situación la atribuimos principalmente al deficiente trabajo legislativo de los Congresos Estatales que provocan una discrepancia entre los principios básicos de la Voluntad Anticipada con el articulado de la propia ley, como ejemplo de lo anterior tenemos que en México la aplicación de nuestra objeto de estudio se limita a la condición de una enfermedad terminal y a la incapacidad de su suscriptor para manifestar su voluntad, de igual forma la mayoría de las legislaciones Estatales limitan la aplicación a los

⁸⁴⁶ La Comunidad Autónoma del País Vasco contempla en su ley 7/2002, la posibilidad de que el otorgante de las voluntades anticipadas pueda expresar sus objetivos vitales y valores personales en dicho documento con el fin de ayudar a interpretar las instrucciones y servir de orientación para la toma de decisiones clínicas llegado el momento, lo cual nos parece acertado para que la voluntad del paciente sea respetada de una forma más amplia. Véase: Ley 7/2002, de las Voluntades Anticipadas en el ámbito de la Sanidad, *op. cit.*, nota 459, artículo 2.2, p. 23320

procedimientos, tratamientos y fármacos que el suscriptor no desea recibir, salvo algunas excepciones, pero además, algunas legislaciones permiten el otorgamiento de la voluntad anticipada por sustitución vulnerando la libertad de los pacientes.*

España por su parte protege la libertad y dignidad de los usuarios de los servicios de salud pública y privada a través de las instrucciones previas de una forma más amplia, y como muestra de lo anterior cabe decir que la aplicación de nuestro objeto de estudio no se centra en el padecimiento del otorgante de una eventual enfermedad terminal y su incapacidad para exteriorizar su voluntad, sino únicamente en este último supuesto, es decir en la incapacidad del suscriptor para expresar sus deseos; así mismo, cabe la posibilidad de que dentro de los deseos expresados exista la posibilidad de establecer todos aquellos procedimientos, fármacos y procedimientos a los que está dispuesto a someterse el paciente con el fin de combatir cualquier enfermedad aun y cuando las posibilidades de restablecer su salud sean escasa o nulas, amén de que en el marco jurídico Español se advierte una mayor preocupación y aplicación del derecho a la información asistencial por parte de los usuarios de los servicios sanitarios, lo que eventualmente los coloca en una mejor situación al momento de tomar decisiones concernientes a su propia salud y atención médica, incluido el otorgamiento de instrucciones previas. Todo lo anterior se traduce no solo un mejor ejercicio de su derecho a la libertad y dignidad sino también de su derecho a la salud y a la vida.⁸⁴⁷

b) Beneficios para el Otorgante del Documento Voluntad Anticipada:

4. *Evita la Obstinación Terapéutica.*

*Al respecto recomendamos consultar el apartado 3.7 de la presente investigación, denominado Aspectos Relevantes de las Leyes de Voluntad Anticipada de los Estados de la Republica Mexicana, en especial los puntos 4, 6 y 9 de cada uno de los cuadros de los Estados de la Republica Mexicana, así como el apartado 3.8 denominado Número de Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada Suscritos en la Ciudad de México para corroborar lo que hemos afirmado.

⁸⁴⁷ Cfr. Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículos 8, 9, 10, 11, 12 y 13, pp. 40128 y 40129. Así mismo, recomendamos consultar el apartado 2.6 de nuestra investigación denominado Aspectos más Importantes de Algunas Legislaciones Autonómicas de la Voluntad Anticipada en España.

Indudablemente la Voluntad Anticipada tanto en México como en España sirve como un medio de protección de los pacientes frente a los avances tecnológicos que obstaculizan el proceso natural de muerte y propician la obstinación terapéutica, sin embargo, también debemos reconocer que esta característica positiva de nuestro objeto de investigación se ve ensombrecida cuando comprobamos que *el deber ser no corresponde con el ser*, lo que queremos decir es que el acceso a la salud no se encuentra al alcance de todos aun y cuando es un derecho fundamental, y ni se diga del derecho a la salud de calidad, por lo tanto, el miedo a la obstinación terapéutica no tiene el mismo impacto y proporciones en los diversos estratos de la sociedad, principalmente en el caso de México, ya que España de acuerdo a la OCDE tienen una mejor calificación en Salud que nuestro País.⁸⁴⁸

En este sentido, específicamente en México podemos observar en los hospitales públicos la falta de personal médico, desabasto de fármacos e incluso de equipo médico, y las altas cifras de pacientes que requieren atención medica en todos los niveles, atenúan el miedo a la obstinación terapéutica en los usuarios de los servicios de salud, sobre todo en el sector público, por lo que de la mano de la posibilidad de negarse a cualquier tratamiento médico que propicie la obstinación terapéutica debe extenderse el derecho a la salud de calidad, pues de otra forma se corre el riesgo de que una característica positiva de nuestra figura jurídica como lo es evitar y disminuir la obstinación terapéutica quede superada ante un aspecto negativo como podría ser que la voluntad anticipada llegara a legitimar una actitud economizadora de los servicios sanitarios por parte de los Estados Nación.⁸⁴⁹

⁸⁴⁸ De acuerdo a una publicación de la OCDE de 16 de junio de 2016, Estados Unidos, Estonia y desde luego México muestran las mayores diferencias regionales en salud, medida por la tasa de mortalidad y la esperanza de vida, mientras que como dato complementario tenemos que a nivel urbano, los diferentes barrios de Londres muestran una diferencia de 20 años en la esperanza de vida, más del doble de la diferencia de 8 años entre las esperanzas de vida nacionales de los países de la OCDE. Véase: OCDE, las desigualdades regionales empeoran en muchos países, señala OCDE, <https://goo.gl/OqjbXa>, página consultada el 04 de mayo de 2017.

⁸⁴⁹ De acuerdo a una nota periodística de fecha 24 de julio de 2015, México ocupa el penúltimo lugar entre los 34 países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en cuantos a las camas disponibles para el tratamiento de pacientes en hospitales y lo mismo sucede con equipo médico para la atención de los enfermos tales

5.- *Promueve la aplicación de Medidas y Cuidados Médicos que Provean de Confort y Eviten o Disminuyan el Sufrimiento de los Enfermos.*

Así como la voluntad anticipada puede evitar el ensañamiento terapéutico y la prolongación de la agonía a través de la voluntad libre, consciente e informada del paciente para no ser sometido a procedimientos o tratamientos médicos que retrasen el proceso natural de muerte, también promueve entre los usuarios de los servicios sanitarios ciertas atenciones clínicas necesarias irrenunciables, sobre todo en aquellos países como el nuestro en los que aun existe cierta resistencia hacia la Eutanasia.⁸⁵⁰

Así pues, tenemos que en las legislaciones de voluntad anticipada de México encontramos en sus articulados algunas atenciones mínimas que son irrenunciables y que van desde recibir hidratación, alimentación, oxigenación y tratamientos paliativos hasta proporcionarles ayuda espiritual y psicológica a los enfermos, además de que en cualquier momento pueden elegir abandonar el hospital y morir en su casa acompañados de sus seres queridos o por el contrario suspender cualquier tratamiento paliativo y reanudar el procedimiento médico habitual en una clínica si así lo desean.⁸⁵¹

En el caso de España sucede algo similar que en México, solo que en este caso tanto en su ley básica como en las leyes de voluntad anticipada de las comunidades autónoma se hace mayor énfasis en relación a que no se pueden tener en cuenta voluntades anticipadas que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica, luego entonces, no se puede

como mastografos, tomógrafos y equipos de resonancia magnética. Véase: El siglo de Torreón, México En Últimos Lugares de Salud de La OCDE, <https://goo.gl/A8jhCn>, pagina consultada el 02 de mayo de 2017

⁸⁵⁰ Cfr. Ley General de Salud, *op. cit.*, nota 532, artículos 166 bis 15, 166 bis 16, 166 bis 19 y 166 bis 21.

⁸⁵¹ Cfr. *Ídem*, artículos 166 bis 3 fracción III, 166 bis 5, 166 bis 6, 166 bis 7, 166 bis 9, 166 bis 19, 166 bis 15, fracciones VI y VII.

reusar la atención básica que mantenga confortable al enfermo y mitigue su dolor como lo son la hidratación, alimentación, oxigenación y tratamientos paliativos.⁸⁵²

6. *Se evitan dilemas y retrasos con motivo de los tratamientos y demás actuaciones médicas que se deberán aplicar al enfermo.*

La voluntad anticipada no solo sirve para evitar la obstinación terapéutica sino que también permite a su otorgante expresar sus deseos en un sentido positivo respecto a los procedimientos clínicos, fármacos, intervenciones quirúrgicas, aparatos clínicos y demás actuaciones medicas que pueden llegar a requerirse ante una enfermedad y discapacidad eventual de su otorgante, por lo que de llegar a ocurrir el suceso previsto por el enfermo, el personal sanitario puede actuar con prontitud a sabiendas de que cuenta con la autorización previa del otorgante del documento de voluntad anticipada, el cual se encuentra reconocido por la ley, lo cual es significativo si tenemos en cuenta que en algunos casos el tiempo es un factor determinante en la salud del enfermo, lo que evidencia que el documento de voluntad anticipada debe formar parte de la historia clínica del enfermo y estar disponible además en todo momento a través de otros medios que garanticen la disponibilidad y autenticidad de tan importante documento.⁸⁵³

En el caso de España se prevé el uso de ficheros automatizados que facilitan la consulta de las instrucciones previas, además de la existencia de un registro nacional de instrucciones previas, amén de que también deberán realizarse las

⁸⁵² Cfr. Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 11.3, p. 40129

⁸⁵³ Al respecto consideramos que el documento de voluntad anticipada debe ser incorporado al expediente clínico electrónico basado en la tecnología de computo en la nube, lo anterior con el fin de que se pueda almacenar y consultar fácilmente gran cantidad de información sanitaria de cada uno de los pacientes, lo cual se traduciría en un acceso más rápido a la historia clínica del enfermo y en un mejor control y diagnóstico de las enfermedades de las poblaciones para mayor información al respecto Véase: Manual del Expediente Clínico Electrónico, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, México, 2011, pp. 11-47, <https://goo.gl/tdNul4>, página consultada el 09 de mayo de 2017.

gestiones pertinentes de forma oportuna por el otorgante o sus representantes para que sea anexada a la historia clínica el documento de Instrucciones previas.⁸⁵⁴

En el caso de México el documento de voluntad anticipada debe ser entregado principalmente por sus otorgantes o representantes a los centros sanitarios para que sean anexados a la Historia clínica de los enfermos y algunos Estados cuentan con un registro estatal o un área de los centros de salud encargados del resguardo de estos documentos para su consulta.⁸⁵⁵

c) Beneficios para los Hospitales y su Personal Médico:

7.- Protege al Medico de acciones Legales derivadas de la aplicación u observancia del documento de Voluntad Anticipada.

La Voluntad Anticipada no solo garantiza a su otorgante que sus deseos serán respetados, sino que también protege de una demanda o denuncia a los hospitales, médicos y en general o todo el personal sanitario que intervenga en la ejecución de las instrucciones plasmadas en un documento de esta naturaleza, ya sea que estas instrucciones sean emitidas por su otorgante en un sentido positivo o negativo (hacer o no hacer), claro está siempre y cuando dichas manifestaciones no sean contrarias a la ley o a la buena práctica médica. Así mismo, el médico no podrá ser presionado por lo familiares del enfermo o representantes de éste, pues la voluntad que deberá prevalecer será la del suscriptor del documento de voluntad anticipada. De ahí la importancia de que se garantice a los prestadores de los servicios de salud un ágil acceso a los mecanismos que les permitan conocer si el

⁸⁵⁴ Cfr. Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 11.5, p. 40129; y ley 21/2000 Sobre los Derechos de Información Concernientes a la Salud y la Autonomía del Paciente, y la Documentación Clínica., *op. cit.*, nota 115, artículo 8.4, p.466.

⁸⁵⁵ Como muestra de lo anterior se puede consultar la ley de voluntad anticipada de la ciudad de México en la que en su articulado 18 se establece: “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.”. Véase: Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, *op. cit.*, nota 114, artículo 18, p.8.

paciente cuenta o no con un documento de esta naturaleza y de ser el caso la voluntad del mismo, para no incurrir en algún error.

d) Beneficios para los Familiares del Enfermo o Paciente.

8.- Se evita que los familiares del enfermo adquieran deudas extraordinarias y ponga en riesgo el patrimonio familiar de forma innecesaria.

En muchas ocasiones los familiares del enfermo albergan la esperanza de que el familiar desahuciado pueda restablecer su salud, y si no por lo menos luchan por mantenerlo con vida hasta el último momento, por lo que están dispuestos a erogar cualquier cantidad económica y someter al enfermo a todo tipo de procedimientos extraordinarios que pueden retrasar la muerte menospreciando el hecho de que también se está alargando la agonía del enfermo, en este sentido, cabe señalar que con el transcurso del tiempo también resulta más difícil combatir la enfermedad y mantener con vida al enfermo, por lo que gradualmente se requerirán mayores tratamientos, procedimientos, fármacos, y equipo médico para continuar entorpeciendo el proceso natural de muerte y con ello alargar la existencia del enfermo, sin embargo en determinado momento esta situación será física y económicamente inevitable e insostenible.⁸⁵⁶

Luego entonces nuestra figura jurídica permite que la voluntad del enfermo sea la primera en ser atendida sobre aspectos que solo a el conciernen, en este sentido el otorgante de voluntades anticipadas puede optar por agotar todas aquellas atenciones medicas ordinarias y extraordinarias a su alcance para combatir su enfermedad, pero también puede establecer ciertos límites que no deberán ser

⁸⁵⁶ Llama nuestra atención que en la ley básica 41/2002 de España se haya establecido como derecho de todo paciente o usuario de los servicios sanitarios el de ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud, lo cual podría ser una forma para que los enfermos con una capacidad económica reducida puedan lidiar con una enfermedad terminal e incluso albergar alguna esperanza de mejorar su condición clínica. Véase: ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 8.4, p. 40128.

extralimitados por su familia, ni por el personal médico; a estas dos opciones debemos agregar que el paciente que abandone aquellos medios y procedimientos extraordinarios puede someterse a todos aquellos tratamientos paliativos que lo mantengan confortable y al mismo tiempo mitiguen el dolor, los cuales pueden ser aplicados en el propio domicilio del enfermo rodeado de sus seres queridos si así lo desea y su caso clínico lo permite, lo cual alivia la carga económica de su familia y colateralmente los altos costos sanitarios que impactan a las Instituciones de Salud de los Estados Nación.⁸⁵⁷

Este aspecto positivo de la voluntad anticipada no es único de su regulación en México y España, sino más bien de todas las legislaciones en la materia que observen los principios en los que se basa nuestro objeto de investigación, sin embargo, representa un mayor beneficio a los Países como el nuestro en el que los servicios sanitarios son más limitados

9.- Se reducen aquellos conflictos entre los familiares del enfermo derivados de las decisiones que deban asumir en su nombre y representación.

Es un hecho conocido que cuando un paciente no cuenta con un documento de voluntad anticipada y posteriormente se encuentra incapacitado para manifestar su voluntad para decidir respecto a las actuaciones medicas que desea recibir o no, son los representantes del enfermo o los familiares de éste, quienes tomaran las decisiones en su nombre, procurando su bienestar, sin embargo las decisiones que se adopten en el núcleo familiar pueden variar radicalmente de un familiar a otro,

⁸⁵⁷ En el caso de México se puede corroborar lo anterior en la ley general de salud en la que se han establecido como derecho de los enfermos en situación terminal: Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca; así como dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida; Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor; renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario; y optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular; entre otros derechos. Véase: Ley general de Salud, *op. cit.*, nota 532, artículo 166 bis 3 fracciones V, VI, VII y VIII.

sobre todo en situaciones críticas, por lo que generalmente comienzan a surgir conflictos entre los familiares del afectado con motivo de estas decisiones.⁸⁵⁸

Ahora bien, nuestro objeto de estudio reduce esta problemática al permitir que subsista la voluntad del otorgante, la cual deberá ser tenida en cuenta en primer lugar y sobre cualquier otra, liberando de cualquier responsabilidad no solo a los médicos, sino también a los familiares del paciente quienes deberán respetar en todo momento sus instrucciones plasmadas en un documento reconocido por la ley como lo es el documento de voluntad anticipada, mismo que permite su suscriptor ejercer sus derechos de libertad, dignidad, salud, vida y autonomía de la voluntad.

Ahora bien, si analizamos este aspecto positivo en la regulación de las instrucciones previas en España y lo comparamos con México, podemos observar que en el primero se evita de forma más efectiva que en el enfermo sea sustituido en su voluntad, lo anterior en virtud de que existe una regulación más completa sobre el consentimiento informado, el cual regula de una forma más efectiva la posibilidad de que los familiares o representantes del menor de edad o mayor incapaz adopten decisiones en sustitución del enfermo de una forma más controlada y menos invasiva a los derechos de libertad, dignidad y autonomía de la voluntad y salud del usuario de los servicios sanitarios.⁸⁵⁹

Por otra parte, en México algunas legislaciones sobre la materia permiten que la voluntad anticipada sea otorgado por sustitución a través de un formato ante la incapacidad del enfermo para manifestar su voluntad, el ejemplo más claro es la

⁸⁵⁸ Solo en casos de urgencia médica, de incapacidad del enfermo para expresar su consentimiento, y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario, será tomada por el médico responsable. Véase: *Ídem*, artículo 166 bis 11 y Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículo 9.2, incisos a) y b), p. 40128

⁸⁵⁹ Para mayor información al respecto véase: Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, *op. cit.*, nota 225, artículos 8, 9 y 10, pp. 40128 y 40129.

Ciudad de México, el cual cuenta con un importante número de formatos de voluntad anticipada otorgados bajo esta situación.⁸⁶⁰

4.2.1 Aspectos negativos

De la misma forma que en el apartado anterior, tomaremos como base los capítulos precedentes de nuestra investigación para determinar los aspectos negativos de la voluntad anticipada en México y los comparemos con la regulación de las Instrucciones previas en España dada la naturaleza jurídica y fines que persigue nuestro objeto de investigación, mismos que hemos resumido en cinco puntos:

1.- Inexistencia de un Marco Jurídico completo y uniforme de la Voluntad anticipada.

En el caso de México no existe un marco jurídico completo y uniforme sobre el tema que nos ocupa, esto crea vacíos legales, contradicción de leyes en el espacio y en general confusión, ya que no todos los Estados de la República mexicana cuentan con leyes de voluntad anticipada, lo cual junto con la inexistencia de un tratado internacional en la materia suscrito por México y la falta de una Ley Federal al respecto, hacen evidente que para suscribir y ejecutar un documento de esta naturaleza deba acudir a la Ciudad de México o alguno de los Estados mexicanos que regulan este tema, y lo mismo sucede al momento de su ejecución,* pero además, existen ciertas diferencias internas en la forma de concebir y regular nuestro objeto de estudio entre las diferentes legislaciones, ya que algunas de estas leyes son más extensas o precisas y otras tantas omisas o restrictivas, pero además de dicha disparidad normativa, el aspecto más negativo de lo anterior radica en que

⁸⁶⁰ Para mayor información al respecto recomendamos consultar el apartado 3.8 de la presente investigación denominado Número de Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada Suscritos en la Ciudad de México, en especial véase: Programa de Salud de la Ciudad de México, *op. cit.*, nota 826.

*Si bien en México se cuenta con la Ley General de Salud en la que específicamente en su artículo 166 bis 4 se contempla a la voluntad anticipada, dicha normativa ha resultado insuficiente para garantizar a todos los ciudadanos mexicanos el derecho de suscribir y ejecutar un documento de esta naturaleza en cualquier parte del territorio nacional, lo que no sucedería si existiera una ley federal de voluntad anticipada y un registro nacional del mismo tal y como sucede en España.

la eficacia de este importante instrumento jurídico también se ve afectada por la falta de un marco jurídico completo que permita el otorgamiento, registro y ejecución de la voluntad anticipada en todo el País, pues cabe decir que tampoco se cuenta con un Registro Nacional de Voluntades Anticipadas que facilite el acceso al documento de voluntad anticipada por parte del personal médico y el o los representantes del enfermo para su ejecución.**

En el caso de España sucedía algo parecido a la disparidad normativa imperante en nuestro país en materia de voluntad anticipada, ya que de manera un tanto imprecisa se comenzó a contemplar la voluntad anticipada a través del convenio de Oviedo en el año de 1997 a través del artículo 9 de dicho instrumento internacional, y de forma clara y precisa mediante la ley 21/2000 de la comunidad de Cataluña, para posteriormente ser tratada esta materia en las demás comunidades autónomas, lo que generó al igual que en México una disparidad normativa y confusión, hasta que se pretendió resolver dicho problema mediante la Ley básica 41/2002 y la creación de un Registro Nacional de Instrucciones previas, lo cual si bien no ha erradicado la disparidad normativa debido a la autonomía de la que goza cada comunidad autónoma para crear sus propias leyes si ha servido para la conformación de un marco jurídico más completo y estable que evita vacíos legales y dota de eficacia a la regulación de la voluntad anticipada, pues a través de ficheros automatizados los prestadores de los servicios sanitarios pueden acceder al documento de voluntad anticipada y actuar con base en las instrucciones plasmadas por el otorgante en caso de que se encuentre incapacitado para exteriorizar su voluntad.⁸⁶¹

**Al respecto cabe agregar que únicamente la Ciudad de México y los Estados de la República Mexicana que regulan a la voluntad anticipada cuentan con alguna especie de Registro de nuestro objeto de estudio, siendo la ciudad de México la que cuenta con mayores datos acerca del número de documentos de voluntad anticipada suscritos en su territorio, así como los rangos de edad, sexo y estado civil que destacan por suscribir el mayor número de estos instrumentos jurídicos y que nos permiten apreciar los factores que influyen para ejercer los derechos en los que se basa nuestro objeto de estudio.

⁸⁶¹ A través del Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, se reguló el Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP) y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal, el cual recoge, la creación del Registro, su adscripción al Ministerio de Sanidad y Consumo (hoy Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), su objeto y finalidad, el procedimiento registral y de acceso y el mandato de creación del correspondiente fichero automatizado. Este fichero fue

2.- El Otorgamiento del Documento o Formato de Voluntad Anticipada por Sustitución.

Nuevamente como un aspecto negativo de la regulación de la voluntad anticipada en México, tenemos la forma en la que el legislador nacional ha abordado a la voluntad Anticipada, ya que a través del texto legal se hace evidente que existen ciertas incongruencias entre los principios en los que se basa nuestro tema de estudio (libertad, dignidad y autonomía de la voluntad) con el articulado respectivo de la Ley; para demostrar lo anterior hay que destacar que dentro de la exposición de motivos de las leyes de voluntad anticipada en México se abordan en la mayoría de las ocasiones y de manera un tanto repetitiva los multicitados principios del tema que nos ocupa, siendo oportuno señalar que la exposición de motivos de una ley es una especie de preámbulo y nota explicativa a través de la cual se desentrañan las razones, justificaciones y motivos que dan pie a legislación respectiva.⁸⁶²

Sin embargo, de nada sirve lo anterior si en el desarrollo del texto legal nos encontramos con que el legislador ha insertado aspectos que son incompatibles con los propios principios que rigen a la voluntad anticipada, como ejemplo de lo anterior podemos citar aquellos casos en los que encontramos la posibilidad de suscripción del documento de voluntad anticipada por sustitución, sin mayor requisito que la incapacidad del enfermo para manifestar su voluntad, lo cual a nuestro parecer es una clara trasgresión a los citados principios de nuestro tema de estudio; pues simplemente no se puede comprender que por una parte se establezca que las leyes de esta naturaleza buscan el respeto de la libertad, dignidad y autonomía de la voluntad del enfermo y por otra parte en el articulado de la misma ley se permita que alguien más, por lo regular un familiar, suscriba el documento de voluntad anticipada

regulado mediante la Orden SCO/2823/2007, de 14 de septiembre. Véase: Registro Nacional de Instrucciones Previas, <https://goo.gl/N5nmEQ>, página consultada el 13 de diciembre de 2016

⁸⁶² El Sistema de Información Legislativa en México define a la Exposición de motivos de la siguiente forma: "Parte preliminar de una ley, reglamento o decreto en la que se dan a conocer las razones, justificaciones y/o motivos que la sustentan. En la exposición de motivos, los actores autorizados constitucionalmente para iniciar leyes -legisladores federales, Ejecutivo y Congresos locales- presentan los argumentos que sustentan su propuesta para modificar, reformar, adicionar, derogar, abrogar o crear una ley." Véase: Sistema de Información Legislativa, Exposición de motivos, <https://goo.gl/47UEQy>, página consultada el veinticinco de diciembre de 2016.

en representación del titular de estos derechos, cuando no se quiso o se pudo prever la incapacidad y la situación clínica concreta.

En relación con lo anterior basta recordar que en la ciudad de México durante el periodo de 2008 a 2026 se suscribieron 1317 formatos de voluntad anticipada, de los cuales 1065 que equivalen al 80.87% fueron otorgados por los representantes del enfermo, y solo 252 fueron suscritos por el propio enfermo, es decir solo del 19.13% no existe duda de que se haya respetado su libertad, dignidad y autonomía de la voluntad.⁸⁶³

Esto a nuestro parecer representa una seria afectación de los derechos fundamentales del suscriptor que consideramos debe ser corregida en la gran mayoría de las Leyes de Voluntad Anticipada que existen en nuestro país, ya que la voluntad anticipada debe limitarse únicamente como un instrumento que permita prever una eventualidad incapacitante del otorgante y titular de los derechos a la vida, salud, libertad y autonomía de la voluntad, entre otros; por lo que solo en casos excepcionales los padres o tutores del menor de edad o mayor incapaz podrán representarlo, pero solo para ratificar su voluntad cuando sea posible escuchar en primer lugar los deseos del otorgante, pero además, dicha manifestación de voluntad debe ser emitida de manera previa a cualquier incapacidad y contingencia clínica, pues una vez que surge la imposibilidad o incapacidad absoluta del enfermo para manifestar sus deseos e instrucciones, el documento de voluntad anticipada queda rebasado por el acontecimiento futuro que no se pudo o se quiso prever, cobrando relevancia en estos casos otra figura a cargo de los familiares y representantes del enfermo que es menos permisiva y extensa, nos referimos al consentimiento informado.

El otorgamiento del documento o formato de voluntad anticipada por sustitución es tan incongruente con los principios de libertad, dignidad y autonomía de la voluntad que basta poner como ejemplo aquellos casos en los que una persona contrata una póliza de seguro de gastos médicos y posteriormente se encuentran incapacitada para manifestar su voluntad, y en vista de lo anterior es

⁸⁶³ Cfr. Programa de Salud de la Ciudad de México, *op. cit.*, nota 826

sustituida su voluntad por un familiar y/o representante que suscribe el documento de voluntad anticipada en su nombre bajo la convicción de que se debe suspender cualquier tratamiento que prolongue la vida del enfermo. Ante tal caso hipotético pero factible nos hacemos la siguiente pregunta: ¿acaso en cuestiones como la anterior no queda claro que el consentimiento por sustitución afecta los principios en los que se basa nuestro tema de estudio, pues se deduce que si alguien contrata un seguro de gastos médicos es porque valora la salud y la posibilidad de vivir por encima del sufrimiento físico, emocional y porque considera que la lucha por estos bienes es superior a cualquier apreciación subjetiva de lo que puede considerarse una muerte digna?.*

Si bien el anterior caso tan solo es un ejemplo de los muchos supuestos que pueden operar en la práctica bajo la tutela de la ley, también es cierto que nos permite apreciar con mayor claridad que aun y cuando en el discurso político y en la exposición de motivos de algunas leyes de voluntad anticipada se hable de la protección de los derechos de los enfermos, en la propia legislación se encuentran aspectos incompatibles que vulneran los derechos fundamentales de los pacientes, y que solo a través de un correcto análisis y comprensión del tema que nos ocupa podremos desentrañar y corregir.⁸⁶⁴

*Al respecto consideramos que también es de suma importancia que en los documentos de voluntad anticipada el suscriptor establezca una escala de principios y valores para que en caso de duda se pueda acudir a esta escala y se realice una adecuada ponderación con base en los deseos del enfermo. (Opinión del autor).

⁸⁶⁴ Como ejemplo de la incompatibilidad entre lo que se expresa en la exposición de motivos de las leyes de voluntad anticipada con el articulado de la propia ley podemos citar a la ley de voluntad anticipada para el Estado de Yucatán, Estado que tenemos registrado como uno de los últimos en legislar sobre el tema, por lo que debería encontrar nuestro objeto de investigación una mejor regulación y comprensión por parte de los legisladores que se traduzca en un beneficio de la sociedad, sin embargo persiste aun en estas últimas legislaciones una evidente afectación a la libertad y autodeterminación de los enfermos que contradice lo expuesto en la exposición de motivos de la misma ley como a continuación se verá:

En la exposición de motivos de dicha ley establece en uno de sus párrafos lo siguiente: “La persona humana tiene el derecho a que se le reconozca la posibilidad de disponer de su propia vida, en situaciones especiales simplemente por respeto a su dignidad. Reconocer la posibilidad de definir qué hacer con su vida es respetar su propia humanidad, su libertad y de su vida propia.”, posteriormente en el artículo 14 fracción II a la letra reza: “El Documento de Voluntad Anticipada podrá suscribirlo: ... En ausencia de disposiciones previas suscritas, los familiares y personas señaladas en el artículo 21, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad.”, de lo anterior se desprende que la propia ley legitima una afectación a la libertad y autodeterminación del enfermo, aun y cuando en la exposición de motivos haya señalado lo contrario. Véase: Decreto 396/2016 por el que expide la Ley de Voluntad Anticipada

Ahora bien, En el caso de España y la Regulación de la Voluntad Anticipada, cabe decir que no se contempla el otorgamiento por sustitución de nuestro objeto de estudio, en lugar de lo anterior existe una regulación más amplia del consentimiento informado, ya que a través de éste cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre, una vez que haya sido previamente informada de su situación clínica, así como de los tratamientos médicos disponibles, los riesgos existentes y los resultados que se esperan conseguir, luego entonces, es a través del consentimiento informado que cabe la posibilidad de que sea sustituido en su voluntad el paciente, pero solo si a criterio del médico responsable de la asistencia, el titular de los derechos sanitarios no es competente para tomar sus propias decisiones, ya sea porque se encuentre en un estado físico o psíquico que no le permita hacerse cargo de su situación, solo en estos casos la obligación recae entonces en los familiares del enfermo o en las personas a él vinculadas.⁸⁶⁵

No obstante, si comparamos al consentimiento informado con la voluntad anticipada, aun y cuando existe la posibilidad en ambas figuras de que se sustituya la voluntad del titular en algunos casos especiales, no menos cierto es que el consentimiento informado requiere del consentimiento libre y voluntario del afectado en toda actuación sanitaria del paciente, por regla general de forma verbal y "...por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente",⁸⁶⁶ luego entonces al limitarse esta figura a cada supuesto clínico, resulta ser más concreta y objetiva pues no requiere anticiparse a hechos futuros inciertos como en el caso de la voluntad anticipada, sino que se limita a atender una situación clínica presente y específica, por lo que el riesgo de que se vulneren los

del Estado de Yucatán, y se modifica el Código Penal del Estado Yucatán, de fecha 8 de junio de 2016, *op. cit.*, nota 679, Exposición de motivos Segunda, Párrafo Quinto y artículo 14 fracción II, pp. 3 y 12.

⁸⁶⁵ Cfr. Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, de fecha 14 de noviembre de 2002, *op. cit.*, nota 225, artículos 8 y 9, pp. 40128 y 40129.

⁸⁶⁶ Cfr. *Ibidem*, artículo 8.2, p.40128.

principios de libertad, dignidad y autonomía de la voluntad del enfermo es menor que en el caso del otorgamiento de la voluntad anticipada por sustitución.

3.- Se otorga el Documento de Voluntad Anticipada principalmente en un Sentido Negativo.

Otro aspecto que también es importante analizar es el relativo a la suscripción del documento de voluntad anticipada en el que nuevamente en la mayoría de las legislaciones de este tipo en México solo permiten que se suscriba este documento a un aspecto negativo, es decir, en la mayoría de los casos la legislación existente limita al suscriptor a que este únicamente determine aquellos tratamientos y/o procedimientos médicos que no desea recibir en caso de encontrarse incapacitado para exteriorizar su voluntad; lo cual a nuestro parecer no solo limita las bondades de la figura jurídica que analizamos, sino que justifica un menor acceso a los servicios de salud, lo que queremos decir, es que los documentos de voluntad anticipada también deben permitir que se establezca en ellos la libre voluntad de su suscriptor de que se realice en ellos todo procedimiento médico encaminado a retrasar el proceso de muerte, mientras sus opciones de restablecer su salud son revalorizadas por el enfermo y su médico, o en su defecto sirva este periodo de tiempo para que se analice la posibilidad de que el enfermo pueda ser candidato a un procedimiento experimental para intentar recuperar su salud, pues de otra forma la voluntad anticipada fomenta y legitima una postura pasiva y economizadora de los recursos sanitarios que atenta contra el derecho a la salud, sin importar que el enfermo haya sido diagnosticado con una enfermedad terminal.⁸⁶⁷

En el caso de España tenemos que tanto en las legislaciones de las comunidades autónomas, como en la ley básica 41/2002, no se restringe la

⁸⁶⁷ Cabe señalar que la mayoría de las legislaciones de voluntad anticipada en México que limitan a esta en un sentido negativo, contravienen lo establecido en el artículo 166 bis 4 que a la letra reza: "Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento." Véase: Ley General de Salud, *op. cit.*, nota 532, artículo 166 bis 4.

suscripción del documento de voluntad anticipada a un aspecto positivo o negativo, más bien prevalece la postura de que a través de este instrumento jurídico se deben establecer una serie de instrucciones que debe tenerse en cuenta el personal médico en caso de que el suscriptor llegue a encontrarse impedido para manifestar su voluntad, fijándose como únicas restricciones a la voluntad del enfermo y a la ejecución de este que las instrucciones asentadas por el otorgante no sean contrarias a derecho o a la buena práctica médica, por lo que deja abierta la posibilidad no solo de dejar precisado aquellos tratamientos y/o procedimientos que no se desea recibir en determinada situación clínica, sino que permite a sus suscriptores dejar en claro todos aquellos procedimientos y tratamientos a los cuales se está dispuesto a recurrir con el fin de agotar todos los medios posibles para entorpecer la muerte y abrigar una esperanza de restablecer la salud o aferrarse a la vida.⁸⁶⁸

En relación con lo anterior algunas comunidades como el país vasco contemplan que se agregue a este importante medio los objetivos vitales y valores personales, así como las instrucciones sobre el tratamiento del enfermo, lo que permite en caso de duda, tener en claro cuáles de los derechos fundamentales que llegaran a colisionar deben tener mayor peso frente a ciertos acontecimientos aun y cuando no hayan sido del todo previstos. Otras comunidades como la de Madrid claramente señalan que a través del otorgamiento de las voluntades anticipadas se pueden incluir previsiones relativas a las intervenciones médicas que se deseen recibir u otras cuestiones relacionadas con el final de la vida, siempre que sean conformes con la *lex artis*.⁸⁶⁹

4.- Se Aplica principalmente el documento de voluntad anticipada a los enfermos terminales

⁸⁶⁸ Cfr. Ley Básica 41/2002, *op. cit.*, nota 225, artículo 11, p.40129.

⁸⁶⁹ Cfr. Ley 7/2002, de las Voluntades Anticipadas en el ámbito de la Sanidad, *op. cit.*, nota 459, artículo 2.2, p. 23320 y Ley 3/2005, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular Instrucciones Previas en el ámbito Sanitario y se Crea el Registro correspondiente, *op. cit.*, nota 442, artículos 6.1 y 6.2, p. 5

De igual forma llama nuestra atención que en la mayoría de las legislaciones sobre nuestro objeto de estudio se indique que toda persona, en pleno uso de sus facultades mentales, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, puede realizar ante un Notario o ante la Institución de Salud correspondiente su declaración de voluntad anticipada, sin embargo, solo son aplicables las disposiciones de este documento cuando el enfermo se encuentra en situación terminal e incapacitado para exteriorizar su voluntad, dejando desprotegidas a todas aquellas personas que sufren algún accidente o lesión grave que no solo los incapacita para manifestar nuevamente su voluntad sino que las imposibilita para mantener su vida de forma natural.

Los únicos Estados hasta el momento que contemplan que el documento de disposiciones previsoras (o documento de voluntad anticipada) podrá aplicarse no solo a aquella persona en etapa terminal producto de una enfermedad sino también a aquel que se encuentre en esta situación terminal producto de un accidente son los Estados de Coahuila y Yucatán, el primero a través de su ley denominada: Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal para el Estado de Coahuila,⁸⁷⁰ y el segundo a través de su ley de voluntad Anticipada del Estado de Yucatán,⁸⁷¹ pero además en el ámbito nacional existe una terrible omisión en las legislaciones de voluntad anticipada sobre las medidas a tomar respecto de aquellos pacientes en estado vegetativo Persistente, y no dudamos que también represente un problema aquellos pacientes que son declarados con muerte cerebral, por el simple hecho de que tales condiciones clínicas pueden generar confusión, además de conflictos éticos, jurídicos y científicos.⁸⁷²

⁸⁷⁰ Véase: Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal de fecha 24 de junio de 2008, *op. cit.*, nota 656, artículo 3, fracción V, p.2.

⁸⁷¹ Véase: Decreto 396/2016 por el que expide la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Yucatán, y se modifica el Código Penal del Estado Yucatán, de fecha 8 de junio de 2016, *op. cit.*, nota 679, artículo, 2 fracción IV, p. 8

⁸⁷² Al respecto es importante abordar algunos aspectos relativos a la muerte cerebral y el estado vegetativo, lo anterior con el objeto de disipar dudas respecto de estas dos situaciones clínicas a las que hemos hecho alusión y que consideramos las leyes de voluntad anticipada en México han sido omisas.

Así pues, tenemos que se considera que la muerte cerebral es la pérdida irreversible de la actividad cerebral, incluido el tronco del encéfalo ocasionada por una lesión grave en la cabeza o por una hemorragia que provoca la pérdida de oxigenación al cerebro; ante tal condición un ventilador puede mantener el ritmo cardíaco y la circulación sanguínea, pero el paciente no

Por lo que hace a España, tanto en la Ley Básica 41/2002 como en las legislaciones de voluntad anticipada de las diferentes comunidades autónomas no se desprende algún pronunciamiento específico que condicione la ejecución de la voluntad anticipada al estado terminal de su suscriptor, más bien dicha condicionante radica en la situación de incapacidad en la que pueda encontrarse su otorgante para expresar su voluntad, pues solo en este último caso es cuando comienza a surtir efectos el documento de instrucciones previas, situación que nos parece correcta ya que como señalamos en el apartado relativo a la naturaleza jurídica del documento de voluntad anticipada nuestro objeto de estudio contiene un acto jurídico pendiente, entendido como tal una condición que impide la ejecución de este instrumento jurídico hasta en tanto no se cumpla con la misma.⁸⁷³

5.- Falta De Previsión De Supuestos Clínico Asistenciales Que Pueden acontecer

Un aspecto negativo que consideramos se encuentra presente en la mayoría de las legislaciones de voluntad anticipada tanto de México como de España es el relativo a la falta de previsión de supuestos clínico asistenciales que pueden acontecer en la vida real, como ejemplo de lo anterior podemos citar aquellos casos en los que el suscriptor del documento de voluntad anticipada es una mujer que se encuentra en estado de gravidez y la vida o funciones vitales de la madre se puede prolongar por medios artificiales, tratamientos y/o procedimientos clínicos asistenciales hasta el

muestra potencial de conciencia, por lo que cuando se confirma la pérdida permanente de la función del tronco encefálico, la persona es declarada legalmente muerta. Esto quiere decir que actualmente para confirmar una muerte resulta más complejo debido a los avances que permiten mantener un corazón latiendo y una oxigenación artificial del organismo a pesar de que el encéfalo ha dejado de forma permanente de funcionar.

Por otra parte el paciente en Estado Vegetativo Persistente (EVP) todavía tiene funciones en el tronco encefálico, el cual se encarga de todas las funciones vitales, incluidas la respiración y la regulación del ritmo cardíaco, por eso una persona en EVP puede seguir respirando sin ventilador artificial y puede tener alguna probabilidad de recuperarse a pesar de haber perdido otras funciones del cerebro. Para mayor información al respecto Véase: Remedios Clemente, María y Melchor Duart, Javier, "El sueño y el coma y el estado vegetativo persistente", en Velayos, José Luis (coordinador), *Medicina del sueño, enfoque multidisciplinario*, Editorial medica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 2009, pp. 191 y 192; así como la Ley General de Salud, *op. cit.*, nota 532, artículo 343

⁸⁷³ Para profundizar sobre el tema del acto jurídico pendiente; Véase: López Monroy, José de Jesús, *op. cit.*, nota 129, pp.86-87.

alumbramiento del nuevo ser⁸⁷⁴, solo los Estados de Colima, Nayarit y Yucatán contemplan en un solo artículo este supuesto de forma un tanto general, el Estado de Colima establece que “se suspenderán los efectos del Documento de voluntad anticipada cuando el Signatario sea una mujer embarazada y padezca una enfermedad terminal, hasta terminada la etapa de gestación”⁸⁷⁵ y de manera muy parecida el Estado de Nayarit también se pronuncia al respecto: “En caso de que el paciente sea una mujer embarazada y, bajo ese estado sufriera de una enfermedad terminal, las disposiciones contenidas en su Declaración de Voluntad serán aplicables considerando en suma importancia la preservación de la vida del ser en gestación”⁸⁷⁶, sin embargo, cabe hacer mención que aun en estos casos nuevamente existen vacíos legales, pues bien podría encontrarse la mujer embarazada en un estado vegetativo permanente o declarada con muerte cerebral; estas condiciones clínicas son muy diferentes a las de un enfermo declarado con enfermedad terminal y ninguna de las legislaciones de voluntad anticipada en México y España hasta el momento las contempla.

Como se puede apreciar existen diversos supuestos que pueden llegar a surgir y que si bien es difícil anticiparse a todos los casos hipotéticos o eventuales, no menos cierto es que toda vez que se han establecido los principios en los que se basa nuestro objeto de investigación debe evitarse en la medida de lo posible cualquier incongruencia con los mismos producto de un deficiente trabajo legislativo y del desconocimiento parcial o total de aquellas disciplinas que convergen en la voluntad anticipada.

⁸⁷⁴ el 20 de febrero de 2016, una mujer de 37 años de edad fue declarada con muerte cerebral en Portugal, después de la aparición de una hemorragia intracraneal, sin embargo la familia de esta mujer decidió mantenerla con vida durante casi cuatro meses, ya que esta se encontraba embarazada, por lo que dio a luz un bebé del sexo masculino, de 2,350 kilos tras 32 semanas de gestación, sin complicaciones y por cesárea. Véase: Diario el mundo, una mujer en coma da a luz a un bebé en Portugal, <https://goo.gl/cqgQLv>, página consultada el 01 de abril de 2017.

⁸⁷⁵ Decreto Número 135 a través del cual se aprueba la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Colima, *op. cit.*, nota 675, artículo 26, p. 965.

⁸⁷⁶ Ley de derechos de los enfermos en etapa terminal de Nayarit, *op. cit.*, nota 669, artículo 35, párrafo segundo, p.13

4.3. La Voluntad Anticipada en México, un Instrumento Jurídico Receptor de la Eutanasia Pasiva y un Posible Vehículo de Transición Mediático Hacia la Eutanasia Activa.

Por otra parte, es oportuno señalar que las legislaciones existentes sobre voluntad anticipada en México textualmente prohíben la Eutanasia activa⁸⁷⁷, así como el retiro de los soportes vitales mínimos como la hidratación y la alimentación, sin embargo, también es cierto que se permite la Eutanasia pasiva⁸⁷⁸ ya que si bien no se permite ningún tipo de acción que ocasione o acelere la muerte del enfermo de forma intencional también lo es que se permite que el enfermo rechace cualquier procedimiento y/o tratamiento que combata la enfermedad o sea un obstáculo para el deceso del paciente, dando paso al proceso natural de muerte, lo cual a nuestro parecer es una decisión legítima del enfermo en ejercicio de los principios de libertad, dignidad y autonomía de su voluntad, decisión que ha tomado con anticipación a su situación clínico asistencial presente empleando para ello una ponderación y por consiguiente un orden de precedencia entre su salud, vida, dignidad, libertad y autonomía, sin embargo, esto no quiere decir que la legislaciones de voluntad anticipada excluyan a la figura de la eutanasia, ya que de acuerdo a la clasificación básica de esta, la misma puede hacerse presente de forma activa y pasiva, por lo que nos aventuramos a afirmar en concreto que las legislaciones de voluntad anticipada en nuestro país matizan a esta última, es decir a la eutanasia pasiva con el nombre de Ortotanasia, en este sentido, y para sustentar esta afirmación creemos que vale la pena abundar un poco sobre la Eutanasia y su tratamiento jurídico en México en el siguiente apartado para poder comprender la relación que guarda con nuestro objeto de estudio.

⁸⁷⁷ “Se entiende como eutanasia activa la acción mediante la cual terceras personas auxilian a poner fin a la vida de un enfermo crónico o en estado terminal, a solicitud del propio paciente. ...”. Véase: Carpizo, Jorge y Valades, Diego, *op. cit.*, nota 639, p. 88.

⁸⁷⁸ “...Eutanasia pasiva, en cambio, es la sola suspensión (en realidad terminación) del tratamiento que mantiene con vida a una persona. Esta suspensión por cualquiera de tres formas: a petición expresa del paciente, si está consciente; por previsión del paciente, en una declaración considerada legal y válida, o a solicitud de las personas que el paciente o la ley consideran idóneas, como el conyugue, los ascendientes o los descendientes, por ejemplo. ...” Véase: *Ídem*

4.3.1. Origen de la Eutanasia

De acuerdo a Ortiz Quesada la eutanasia tiene un origen tan antiguo que fue recomendada por Platón, Aristóteles y luego por Lutero, al grado que Tomas Moro y Michel de Montaigne en el siglo XIV, llegaron a considerarla una opción racional y éticamente valida si es voluntaria y se da en estas circunstancias. Así mismo el termino eutanasia se popularizó a partir del siglo XVII y se uso ampliamente para designar diversas formas de muerte tranquila y natural, además de que a partir del siglo XIX se refiere a todas las formas de muerte permitidas o provocadas en el que padece.⁸⁷⁹

Valades Diego coincide con el origen antiguo de la eutanasia y refiere que si miramos hacia atrás nos daremos cuenta que desde el siglo V antes de Cristo el tema de la eutanasia existe y ha sido objeto de discusión, y sostiene dicho argumento al señalar que Socrates atribuyó a Esclepio la decisión de no prolongar la vida en los casos en que los cuerpos están totalmente enfermos por dentro, ya que consideraba que ante tal caso no debe intentarse prolongar la desdichada vida de los enfermos, pues cuando se trata de una enfermedad prolongada e incurable no resulta provechoso vivir así, por lo que aquella persona que llegara a encontrarse en una situación parecida debería despedirse de su medico⁸⁸⁰

Sin embargo, es a Francis Bacon a quien se le atribuye reintroducir el término eutanasia, ya que en el año 1605 en su obra titulada *el avance del saber* hace alusión a la misma como una buena muerte, sin sufrimiento y como un alivio para el enfermo. A continuación nos permitimos transcribir el texto en cuestión para una mejor ilustración:

“Más aún estimo ser oficio del médico no sólo restaurar la salud sino mitigar el dolor y los sufrimientos y no sólo cuando esa mitigación pueda conducir a la

⁸⁷⁹ Cfr. Ortiz Quesada, Federico, “Eutanasia” en Cano Valle, Fernando. et al. (Coords.), *Eutanasia Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*, Instituto de Investigaciones Jurídicas Unam, México, 2001, p.102

⁸⁸⁰ Cfr. Carpizo, Jorge y Valades, Diego, *op. cit.*, nota 639, p.83

*recuperación sino cuando pueda lograrse con ella un tránsito suave y fácil; pues no es pequeña bendición esa eutanasia que César Augusto deseaba para sí, y que fue especialmente notada en la muerte de Antonino Pío que fue a modo y semejanza de un adormecimiento dulce y placentero. ...*⁸⁸¹

No obstante, Sánchez Gómez considera que con Francis Bacon, la palabra *eutanasia* perdió al menos en parte su sentido etimológico y comienza significar: “La acción medica por la que se acelera el proceso de muerte de un enfermo terminal o se le quita la vida.”⁸⁸²

4.3.2. Definiciones y Conceptos de Eutanasia.

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española la Eutanasia proviene “(del gr.*eu*, bien, y *tanatos*, muerte) Acción u omisión que para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin el.”⁸⁸³

Mientras que el diccionario Jurídico Espasa señala: “Por eutanasia, en términos genéricos, debe entenderse aquel comportamiento que, de acuerdo con el interés o voluntad de otra persona que padece una lesión o enfermedad, generalmente mortal, que le causa graves sufrimientos y afecta considerablemente a su calidad de vida, da lugar a la producción, anticipación o no aplazamiento de la muerte del afectado. Literalmente Eutanasia significa muerte dulce cuya aplicación no va exenta de polémica; en el derecho comparado nos encontramos con regulaciones de la misma, así en el Código Penal Noruego la acoge en sus preceptos, llegando a disculpar en cierto sentido la muerte, aun sin previo consentimiento, cuando se trata de enfermos sin esperanzas de vida; en el derecho holandés se regulo la eutanasia por decreto de 17 de diciembre de 1993...”⁸⁸⁴

⁸⁸¹ Bacón Francis, *El avance del Saber*, Ed. Alianza Universitaria, Madrid, España, 1988, p.124.

⁸⁸²Sánchez Gómez, Narciso, *Derechos Humanos, Bioética, y Biotecnología, un Enfoque Interdisciplinario*, Ed. Porrúa, México, 2009, p.244

⁸⁸³ Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, 22ª ed., España, 2001, p.685

⁸⁸⁴ Diccionario Jurídico Espasa, Ed. Espasa Calpe, S.A., Madrid, 2002, p. 664

Por otra parte, algunas Legislaciones sobre eutanasia (extranjeras) o de voluntad anticipada (nacionales) han incluido en su articulado un catalogo de definiciones en las que se ha definido a la Eutanasia en los siguientes términos:

La ley relativa a la Eutanasia de Bélgica de 28 de mayo de 2002 define a la eutanasia en su artículo 2 simplemente como: “...*l’acte, pratique´ par un tiers, qui met intentionnellement fin a `la vie d’une personne a` la demande de celle-ci.*”⁸⁸⁵

La ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio de Luxemburgo de fecha 16 de marzo 2009 define a la eutanasia en su artículo 1 de forma parecida a la anterior, con la salvedad de que especifica que la persona que debe llevar a cabo esta práctica es un medico. “...se entenderá por eutanasia el acto, practicado por un médico, que pone fin intencionadamente a la vida de una persona a la demanda expresa y voluntaria de la misma.”⁸⁸⁶

Mientras que en el ámbito Nacional la Ley de voluntad Anticipada del Estado de Colima define a la eutanasia de la siguiente manera:

“...Acción u omisión dirigida a dar muerte a una persona, de una manera indolora y sin sufrimiento, por la existencia de una intencionalidad supuestamente compasiva o liberadora, ya sea a petición de la misma persona o de un tercero cercano, con el fin de eliminar su agonía”⁸⁸⁷

⁸⁸⁵ “...un acto practicado por un tercero que termina intencionalmente la vida de una persona, a petición de este último”. Traducción del autor. Véase: Ley relativa a la Eutanasia de fecha 28 de mayo de 2002, publicada en el en el Boletín oficial de la administración Belga C-2002/09590, N.2001-2141, de fecha 22 de junio de 2002, Artículo 2, p. 28515, <http://goo.gl/v30U11>, página consultada el 26 de febrero de 2016

⁸⁸⁶ Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio, publicada en el Diario Oficial del Gran-Ducado de Luxemburgo A-No. 46 con fecha 16 de marzo 2009, articulo 1, p. 615, <http://goo.gl/6yf67C>, página consultada el 26 de febrero de 2016

⁸⁸⁷ Decreto Número 135 a través del cual se aprueba la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Colima de fecha 30 de julio de 2013, *op. cit.*, nota 675, articulo 3, Fracción VIII, p. 965.

Por otra parte La Ley de Derechos de los Enfermos en Etapa Terminal Para el Estado de Nayarit ofrece la siguiente definición:

“Eutanasia.- Todo acto u omisión de asistencia, cuya responsabilidad recae en el personal médico o en individuos cercanos al enfermo, que intencionalmente ocasiona la muerte inmediata de éste con el fin de evitarle sufrimientos insoportables o la prolongación artificial de su vida”⁸⁸⁸

En cambio algunos autores como León Orantes contribuyen al tema indicando que “La Eutanasia etimológicamente significa **buena muerte**, es decir el acto que pone fin a la vida de un enfermo terminal a su solicitud, de quienes él depende o por decisión del médico que lo atiende o también la muerte intencional del paciente producida por un acto u omisión de quienes lo tienen a su cuidado”.⁸⁸⁹

Así mismo, Cárdenas González, se pronuncia de manera muy similar al respecto, pues para el citado autor la “...eutanasia proviene del griego *eu* que significa bien, dulce, y *tanatos* que quiere decir muerte; en un sentido primario, eutanasia significa muerte dulce, buena muerte”,⁸⁹⁰

Mientras que para Silva Romano:”Por eutanasia debemos entender la acción u omisión que tiene por objetivo dar muerte a una persona que se encuentra sufriendo una enfermedad terminal e irreversible, quien ha dado su consentimiento con el fin de eliminar todo sufrimiento y dolor grave...”⁸⁹¹

Para Sánchez Gómez, Gramaticalmente, la palabra Eutanasia simplemente significa muerte sin Dolor y considera que para los estudiosos de la medicina por eutanasia se entiende la muerte piadosa que se da a los enfermos cuya curación se

⁸⁸⁸ Ley de derechos de los enfermos en etapa terminal de Nayarit, de fecha veintinueve de agosto de dos mil doce, *op. cit.*, nota 669, artículo 3, Fracción XI, p.3.

⁸⁸⁹ León Orantes, Alfonso Martín , Ed. Porrúa, México, 2010, p.9

⁸⁹⁰ Cárdenas González, Fernando Antonio, *op. cit.*, nota 95, p.63

⁸⁹¹ Silva Romano, María Emma, “La Supremacía de la Vida: el caso de la Eutanasia”, en García Fernández, Dora y Malpica Hernández, Lorena (coordinadoras), *Colección de Derecho y Bioética*, Tomo I, Ed. Porrúa, México 2006, p. 163.

tiene por imposible y cuando se encuentran sometidos a sufrimientos que los recursos de la ciencia no pueden suprimir, ni siquiera paliar, y el problema grave radica en determinar técnicamente que el mal es incurable y el sufrimiento implacable.

Finalmente para Schlüter S., El termino Eutanasia ha evolucionado y actualmente hace referencia al acto de acabar con la vida de otra persona a petición suya, con el fin de minimizar su sufrimiento, además de que para este autor la eutanasia se clasifica en dos tipos: 1) Eutanasia Pasiva.- Termino que señala ha sido mal utilizado por los medios de comunicación ya que a lo único que se refiere es a la muerte natural, así se suspende el uso de instrumentos de apoyo de vida o el suministro de medicamentos para que se dé una muerte completamente natural que no contraria en nada la ley natural (*sic*);⁸⁹² y 2. Eutanasia activa. Este término se refiere a la muerte que se ocasiona de una manera directa para poner fin al sufrimiento del paciente.⁸⁹³

De las definiciones que se han citado hasta el momento podemos resaltar los siguientes aspectos importantes de la eutanasia: 1.- Sus raíces son griegas, cuyo significado es buena muerte, 2.- Se busca terminar con la vida del enfermo o por lo menos no alargarle la vida de forma artificial, 3.- La Eutanasia puede consistir en una acción u omisión. 4.- Esta acción u omisión puede ser con su consentimiento o sin él 5.- Se busca evitar sufrimientos o una larga agonía

⁸⁹² Al respecto nosotros consideramos que ésta definición corresponde más a lo que actualmente se conoce como Ortotanasia y es que ambos términos son idénticos, como se aprecia de la definición de la misma que se empleo en la primera legislación de Voluntad Anticipada en México, es de decir, en la ley de voluntad anticipada para el Distrito federal de 2008 que posteriormente fue reformada en el 2012, dicha ley definía a la ortotanasia de la siguiente forma: "...muerte correcta. Distingue entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directa o indirecta, evitando la aplicación de medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procurando no menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgando los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias y Tanatológicas, y en su caso la Sedación Controlada". Véase: 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, de fecha 19 de diciembre de 2007, *op. cit.*, nota 1, artículo 3, fracción XIII, p.3.

⁸⁹³ Schlüter S., Hanne-Lore, "aspectos bioéticos y derechos humanos de la Eutanasia", en Cano Valle, Fernando. et al. (Coords.), *op. cit.*, nota 879, p. 115.

4.3.3. Clasificación de la Eutanasia

La diversidad de clasificaciones que existen sobre la Eutanasia se debe en gran medida a los distintos criterios que pueden converger para su clasificación que van desde los más generales y básicos hasta los más complejos y completos, nosotros nos limitaremos a señalar aquellos que consideramos más adecuados, además de que al final incluiremos la clasificación que nos brinda la Corte Constitucional de la Republica de Colombia⁸⁹⁴, la cual resulta interesante si tenemos en cuenta que en los últimos años dicho País ha trabajado con seriedad este tema, al grado de convertirse en el primer País en América Latina en regular y aplicar la Eutanasia Activa.

De acuerdo a Gafo Fernández, “...desde los siglos XVI-XVII, se empieza a distinguir entre eutanasia activa y pasiva. En el primer caso, se trata de la puesta en práctica de una acción médica positiva con la que se acelera la muerte de un enfermo o se pone término a su vida. Por el contrario en el segundo caso, no se pone una acción positiva, sino que no se aplica una terapia o acción, que podría prolongar la vida del enfermo. ...”⁸⁹⁵

Coincide con lo anterior Azzolini Bincaz, ya que para ella una primera clasificación de la eutanasia sería aquella que distingue entre eutanasia activa o pasiva; la primera es aquella en que una persona, en general pero no necesariamente un médico, administra a otra persona, a sabiendas que con ello la

⁸⁹⁴ Respecto a las diversas clasificaciones existentes sobre la Eutanasia, llama nuestra atención el punto de vista de La Corte Constitucional de Colombia ya que considera que si bien la ciencia médica ha distinguido varias clases de eutanasia, sin que hasta el día de hoy exista consenso sobre cuál de todas ellas debe realizarse. Esa situación puede tener un lado positivo, pues demuestra la movilidad científica frente al tema y la discusión abierta y constante de las escuelas médicas sobre estos asuntos, no obstante, también considera que esta proliferación de términos puede tener efectos no tan constructivos, lo anterior en virtud de que la multiplicidad de clasificaciones impide la sistematización de conceptos y con ello, un consenso frente a cuales procedimientos seguir cuando quiera que la persona en ejercicio de su autonomía, decide morir o vivir. Véase: Sentencia T-970/14 de la Corte Constitucional de la Republica de Colombia de fecha 14 de diciembre de 2014, *op. cit.*, nota 840, Precisión terminológica sobre los distintos procedimientos para garantizar el derecho a morir dignamente.

⁸⁹⁵ Gafo Fernández, Javier, Diez Palabras Clave en Bioética, Ed. Verbo Divino, Navarra España, 2001, p.94, Obra citada por Sánchez Gómez, Narciso, *op. cit.*, nota 882, p.245

matara, una droga que no produce mayor dolor. A su vez, la eutanasia pasiva es aquella en la que alguien decide retirarle a otra persona, con el fin de acelerar su muerte, los aparatos o medicamentos que la mantuvieron viva, o bien negarle el acceso al tratamiento que podría prolongar su vida.⁸⁹⁶

Mientras que para Ortiz Quesada la Eutanasia "... se clasifica... en voluntaria, cuando es a petición del doliente, e involuntaria cuando no lo es; en activa, cuando se procura o encauza una acción a facilitar la muerte del doliente, y pasiva cuando se renuncia a seguir suministrando medicamentos o a prolongar artificialmente la vida; en directa, cuando deliberadamente se provoca la muerte, e indirecta cuando resulta efecto secundario de un acto."⁸⁹⁷

El citado autor también plantea que los límites de esta clasificación no son del todo precisos además que deriva problemas éticos, al grado que una eutanasia involuntaria, activa y directa puede encubrir un asesinato, situación que resulta condenable desde una postura ética y jurídica, sin embargo, la eutanasia voluntaria pasiva e indirecta ha sido tolerada y normalmente validada.⁸⁹⁸

Como se puede ver la Eutanasia se puede clasificar de muchas formas dependiendo de distintos criterios; uno de las clasificaciones que nos pareció más completa es la que reunió Trejo García tomando en consideración los siguientes aspectos: la finalidad, modalidad de acción, contenido volitivo y la intención.⁸⁹⁹

Por su finalidad:

“• Eugenésica. Muerte a personas deformes o enfermas para no degenerar la raza.

⁸⁹⁶ Cfr. Azzolini Bincaz, Alicia Beatriz, "Intervención en la eutanasia: ¿participación criminal o colaboración humanitaria?" en Cano Valle, Fernando. et al. (Coords.), *op.cit.*, nota 879, p.6

⁸⁹⁷ *Ibidem*, pp.102 y 103.

⁸⁹⁸ *Ibidem*, Ortiz Quesada, Federico, "Eutanasia", p.103

⁸⁹⁹ Cfr. Trejo García, Elma del Carmen, "Legislación Internacional y Estudio de Derecho Comparado de la Eutanasia", *Centro de Documentación, Información y Análisis Dirección de Servicios de Investigación y Análisis Subdirección de Política Exterior*, México, Enero de 2007, pp. 4 y 5.

- Criminal. Muerte sin dolor a individuos peligrosos para la sociedad (pena de muerte).
- Económica. Eliminación de enfermos incurables, locos, inválidos, ancianos, para aligerar a la sociedad de personas inútiles que suponen elevados costos económicos, sanitarios y asistenciales.
- Piadosa. Por sentimiento de compasión hacia el sujeto que está soportando graves sufrimientos sin ninguna esperanza de sobrevivir.
- Solidaria. Muerte indolora a seres desahuciados con el fin terapéutico de utilizar sus órganos o tejidos para salvar otras vidas”⁹⁰⁰

Por la modalidad de acción:

- “• Eutanasia Activa. Muerte del paciente en etapa terminal, solicitada por éste y provocada por la acción positiva de un tercero.
- Eutanasia Pasiva. Muerte de alguien por omisión de un tratamiento terapéutico necesario (benemortasia: el bien morir. Interrupción de la terapia con la finalidad de no prolongar los sufrimientos de un paciente que ya no tiene esperanzas)”⁹⁰¹

Por el contenido volitivo:

- “• Voluntaria. Es la que se realiza por petición de la víctima, ya sea por reiteradas e insistentes peticiones, o al menos con su consentimiento informado, expreso y consiente.
- No Voluntaria. Muerte a un ser humano que no es capaz de entender la opción entre la vida y la muerte.
- Involuntaria: es la que se impone a un paciente en contra de su voluntad, contraviniendo sus propios deseos, pero nunca actuando en contra de sus intereses. Impuesta.” ⁹⁰²

⁹⁰⁰ *Ibidem*, p. 4

⁹⁰¹ *Ídem*.

⁹⁰² *Ibidem*, pp. 4 y 5

Por la intención:

- Directa. Provocación de la muerte con medios certeros (inyecciones letales, por ejemplo).
- Indirecta o lentitiva. Se suspenden tratamientos o se les dan tratamientos que solo mitiguen el dolor y no produzcan ninguna mejoría, por lo tanto la consecuencia es la muerte.”⁹⁰³

Finalmente resulta interesante y guarda relación con el tema en cuestión la Clasificación de la eutanasia que nos brinda la Corte Constitucional de la Republica de Colombia a través de la sentencia T-970/14, ya que para emitir su fallo tuvo que entrar al estudio de la Eutanasia, comenzando por las definiciones existentes sobre este tema, encontrándose con el inconveniente de que existen demasiadas definiciones al respecto, sin mencionar que ninguna de ellas se encuentra totalmente aceptada; posteriormente se dedicó a determinar los elementos de la Eutanasia para poder tener la certeza de estar en presencia de este fenómeno y no de otro. Dichos elementos son los siguientes:⁹⁰⁴

“(I) el sujeto pasivo que padece una enfermedad terminal; (II) el sujeto activo que realiza la acción u omisión tendiente a acabar con los dolores del paciente quien, en todos los casos, debe ser un médico; (III) debe producirse por petición expresa, reiterada e informada de los pacientes.”⁹⁰⁵

⁹⁰³ *Ibidem*, p.5

⁹⁰⁴ Cfr. Sentencia T-970/14 de la Corte Constitucional de la Republica de Colombia de fecha 14 de diciembre de 2014, *op. cit.*, nota 840, Eutanasia Definiciones. Además se recomienda consultar los puntos resolutivos Cuarto y Quinto de la misma ya que a través de estos la Corte ordenó al Ministerio de Salud de Colombia emitiera una directriz para que los Hospitales, Clínicas, Instituciones Prestadoras de Servicio, Entidades Promotora de Salud y, en general, prestadores del servicio de salud, conformaran el comité interdisciplinario del que trata esta sentencia y cumplan con las obligaciones emitidas en esta decisión. De igual manera, se ordeno que el Ministerio sugiriera a los médicos un protocolo médico que sería discutido por expertos de distintas disciplinas y que servirá como referente para los procedimientos tendientes a garantizar el derecho a morir dignamente; mientras que al Congreso de la República lo exhortó a que procediera a regular el derecho fundamental a morir dignamente, tomando en consideración los presupuestos y criterios establecidos en dicha providencia.

⁹⁰⁵ *Ídem*, Eutanasia.- Elementos.

Finalmente asumió que aun observándose tales elementos la Eutanasia puede provocarse de diferentes maneras por lo que la clasificó en 1.-Eutanasia Activa o Positiva, 2.- Eutanasia pasiva o negativa, 3.- Eutanasia Directa, 4.- Eutanasia Indirecta. En este orden definió a las mismas de esta forma:

Eutanasia Activa o Positiva.- “Será activa o positiva (acción) cuando existe un despliegue médico para producir la muerte de una persona como suministrar directamente algún tipo de droga o realizando intervenciones en busca de causar la muerte.”⁹⁰⁶

Eutanasia Pasiva o Negativa.- “La eutanasia es pasiva o negativa (omisión) cuando quiera que, la muerte se produce por la omisión de tratamientos, medicamentos, terapias o alimentos. En este tipo de eutanasia, la actuación del médico es negativa pues su conducta es de “no hacer”. En otras palabras, se culmina todo tipo de actividad terapéutica para prolongar la vida de una persona que se encuentre en fase terminal.”⁹⁰⁷

Eutanasia Directa.- “Es directa cuando existe una provocación intencional del médico que busca la terminación de la vida del paciente”⁹⁰⁸

Eutanasia Indirecta.- “La eutanasia es indirecta cuando se origina sin la intención de causar la muerte de la persona.” En este caso la Corte es acertada al señalar que para algunos autores eso no es eutanasia ya que “...uno de los elementos de esta práctica es la provocación intencional de la muerte. En todo caso, en esos eventos la muerte no es pretendida sino que puede ser originada por efectos colaterales de tratamientos médicos intensos.”⁹⁰⁹

⁹⁰⁶ *Ídem*, Eutanasia Activa o Positiva

⁹⁰⁷ *Ídem*, Eutanasia Pasiva o Negativa

⁹⁰⁸ *Ídem*, Eutanasia Directa

⁹⁰⁹ *Ídem*, Eutanasia Indirecta

4.3.4. Algunas Consideraciones Entorno a la Eutanasia

Calsamiglia Albert señala que algunos piensen que la legalización de la Eutanasia es algo peligroso porque consideran que el valor de la vida no se mantiene como el primer principio moral, en el entendido que las personas que sostienen dicha opinión recurren como un argumento a su favor a las experiencias eutanásicas durante la época del Nazismo, no obstante, señala: carece de fuerza dicho argumento por la sencilla razón de que los nazis no tenían una política eutanásica, sino genocida, en otras palabras, no pretendían ayudar a morir mejor a los enfermos terminales, sino que eliminaban a la gente que ellos consideraban inútiles o enemigos de la sociedad. Es decir el interés que se preservaba no era el del destinatario de la muerte y la eutanasia se realizaba en contra de su voluntad. Se dañaba a otros sin su consentimiento.⁹¹⁰

En este sentido para el autor en cita la vida humana es un valor *prima facie*, pero eso no significa que la vida humana es siempre el valor supremo, ya que considera que existen situaciones en las cuales es mejor estar muerto que continuar con los sufrimientos de la vida, en el entendido que a través de la eutanasia se deja morir o se mata directamente a la gente porque el interés del destinatario es dejar de vivir.⁹¹¹

Nosotros consideramos simplemente que tanto la vida, la salud, la autonomía del enfermo, la libertad y la dignidad son derechos fundamentales inherentes a la persona y que corresponde al individuo y solo a él determinar o ponderar en cada caso específico de su existencia el orden de precedencia en que deberán ejercerse tales derechos, o incluso sacrificar alguno de estos en su propio beneficio, siempre y cuando no se afecte el interés de terceros, en este sentido nadie debe pretender

⁹¹⁰ Cfr. Calsamiglia, Albert, "Sobre la Eutanasia", en Vázquez, Rodolfo (comp.), *Bioética y Derecho, Fundamentos y Problemas Actuales*, Ed. Fontamara, México 2012, p. 220.

⁹¹¹ Cfr. *Ibidem*, p. 218

imponer a otros sus propias creencias, ni siquiera impedir a otros que actúen de acuerdo a sus principios⁹¹²

Así mismo, es fundamental señalar que indebidamente se ha relacionado a la Eutanasia con otras prácticas como el Suicidio Asistido o el Homicidio Piadoso, lo cual es incorrecto y ha acrecentado los problemas conceptuales de nuestro tema de estudio. Sin entrar en honduras esperamos contribuir a esclarecer estas incorrectas analogías, y para lograr lo anterior basta decir que el suicidio asistido o auxilio al suicidio “Es la acción de una persona que sufre una enfermedad irreversible, para acabar con su vida y que cuenta con la ayuda de alguien más que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo. Cuando la persona que ayuda es el médico, hablamos de suicidio medicamente asistido”.⁹¹³

De lo anterior podemos deducir que no necesariamente se requiere que el enfermo padezca una enfermedad terminal, además de un sufrimiento físico insoportable, amén de que tampoco se encuentra necesariamente imposibilitada para que a través de sus propios medios se provoque la muerte; pero además en el caso del suicidio, el sujeto que realiza la acción y el destinatario coinciden, mientras que en el caso de la eutanasia otros deben practicarla; por lo tanto existen diferencias marcadas en dicha práctica que la diferencian de la eutanasia.

Por lo que hace al homicidio Piadoso se dice que “Se produce cuando alguien provoca la muerte de un paciente sin que exista una petición expresa de este y sin conocer por tanto su voluntad, pero actuando por compasión o piedad ante una situación de padecimiento muy grande, con la intención de procurarle un bien.”⁹¹⁴

⁹¹² Cfr. Gabriel Pérez, Galmiche y Cruz González, Marcos, “Un paso más hacia la Regulación de la Eutanasia Activa en América Latina”, *Ad. Universa, Revista de Relaciones Internacionales*, México, Montiel & Soriano Editores, Año 06, núm. 12, Vol. 2, Junio- Noviembre, México, 2016, p.47

⁹¹³ De Miguel Sánchez, C y López Romero A., “Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia” *Revista de Medicina Paliativa*, No.4, Vol. 13, Madrid, p.210

⁹¹⁴ *Ibidem*, p.209.

De lo antepuesto se desprende expresamente que no hay voluntad expresa de un enfermo para que se le produzca la muerte, es decir, no existe su consentimiento, de igual forma no se requiere necesariamente que el enfermo padezca una enfermedad terminal o en otras palabras no necesariamente de forma irremediable el paciente morirá en un periodo de tiempo breve, y finalmente no necesariamente se requiere de la participación de un medico.

Finalmente, también resulta que se ha argumentado que la eutanasia es semejante al asesinato aduciendo que en ambos casos la vida humana está en juego, sin embargo, como señala Calsamiglia, Albert es errónea dicha comparación por las siguientes razones:

1.- “En la eutanasia siempre existe una razón humanitaria, mientras que en el asesinato no. La eutanasia justificada solo puede producirse en interés de la dignidad del destinatario.”⁹¹⁵

2.- “La Eutanasia tiene como objetivo disminuir el daño del destinatario que va a morir de todas formas. Los daños pueden ser muy variados desde el dolor insoportable hasta la perdida de la dignidad que puede representar para una persona su reducción a vegetal. En el Asesinato no se pretende disminuir el daño de nadie: se pretende matar. El interés del asesinado no juega ningún papel.”⁹¹⁶

3.- “El destinatario, directa o indirectamente, desea la muerte en el caso de la Eutanasia. En cambio, en el asesinato, la víctima no. Se podría sugerir que el homicidio consentido seria semejante a la eutanasia. Sin embargo, en el homicidio consentido la víctima no es un enfermo terminal. Esta es una diferencia relevante, aunque se pueden plantear casos difíciles en los cuales la línea de demarcación puede ser evanescente. ...”⁹¹⁷

⁹¹⁵ Calsamiglia, Albert, *op. cit.*, nota 910, p. 218

⁹¹⁶ *Ídem*

⁹¹⁷ *Ibidem* p. 219

Como una aproximación a la definición de Eutanasia el autor en cita señala: “La Eutanasia significa la inducción de la muerte sin dolor en interés del destinatario y supone la reducción de la duración de la vida de un enfermo terminal. El daño que se infringe a un destinatario es la reducción de la duración de la vida: si el enfermo no es terminal, entonces no es un caso de eutanasia. ...”⁹¹⁸

Posteriormente concreta su idea al señalar: “...existe la eutanasia si a) se precipita la muerte; b) de un enfermo terminal; c) que la desea; d) con el objetivo de evitar un daño mayor; la acción u omisión la realiza una tercera persona.”⁹¹⁹

Como se puede observar, la eutanasia ha sido un tema que ha despertado un interés generalizado en la sociedad y ha sido abordado de forma jurídica y doctrinalmente por muchos especialistas y estudiosos en el tema, por lo que existen divergencias no solo en su definición sino también en su clasificación y postura (aceptación o rechazo). En el caso de México, es importante destacar que la eutanasia activa se encuentra prohibida, sin embargo algunos autores como Adib Adib consideraron a la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal como un preámbulo para que posteriormente se legisle sobre la eutanasia en nuestro país, toda vez que fue la primera en su especie en México.⁹²⁰

En este sentido el autor Adib Adib afirmó: “Si bien el tema de la eutanasia ha causado una gran polémica en todo el mundo, siendo que algunos países la han legalizado, como es el caso de Holanda y Bélgica, otros han preferido no tocar el tema y alguno otros más, como es el caso de México en particular el Distrito Federal, han iniciado el camino a través de la reglamentación de las voluntades anticipadas...”⁹²¹

⁹¹⁸ *Ibidem*, p. 220

⁹¹⁹ *Ibidem*, p. 221.

⁹²⁰ Adib Adib, Pedro José, *op. cit.*, nota 111, p.1535.

⁹²¹ *Ídem*.

Al respecto nosotros consideramos que la Ley de voluntad anticipada para la Ciudad de México más que un preámbulo fue la primera regulación en sí de Eutanasia en México, ya que admite que un enfermo terminal pueda reusarse a recibir tratamientos y/o procedimientos que prolonguen la vida, y de acuerdo a las clasificaciones que hemos dejado apuntadas en párrafos anteriores estamos en presencia de una Eutanasia Pasiva que acoge la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, y algunas otras más de los diferentes Estados de la Republica Mexicana que han legislado sobre el tema, ya que aun y cuando se haya tratado de matizar la misma con el nombre de ortotanasia⁹²² y se hayan insertado disposiciones normativas expresas prohibiendo la Eutanasia, en estricta interpretación de las definiciones de eutanasia y su clasificación la misma se encuentra inmersa en las legislaciones de voluntad anticipada en México como una eutanasia pasiva, por lo que el avance de la Eutanasia en México ha tenido lugar a través de las legislaciones de voluntad anticipada de los diversos Estados de la Republica Mexicana que hemos señalado en el Capítulo tercero de la presente Investigación.

4.3.5. Iniciativas de Eutanasia en México

Una vez comprendido el avance de las legislaciones de voluntades anticipadas en México y con ellas la regulación de la eutanasia pasiva, nosotros diríamos que se ha experimentado y prevenido a los mexicanos para regular en fechas cercanas sobre la eutanasia activa o positiva en México, lo cual es posible si consideramos que el tema de la eutanasia activa ya había sido tratado en otras ocasiones por el Congreso de la Unión a través de algunas iniciativas de Ley, en la inteligencia que aun y cuando no han prosperado estos proyectos, si han servido para preparar y fortalecer dicha postura, amén de que no dudamos que se encuentren en proceso nuevas iniciativas de ley para que se regule la eutanasia activa o positiva.

⁹²² En la obra titulada: Para la libertad siete Leyes Históricas de la IV legislatura, se menciona que para matizar el alcance de la palabra eutanasia pasiva, la asamblea del Distrito federal optó por utilizar la expresión Ortotanasia, ya que esta expresión es equivalente a lo que de manera convencional se denomina eutanasia pasiva. Véase: Asamblea Legislativa del Distrito Federal, *op. cit.*, nota 574, p. 23.

Finalmente como muestra de lo anterior nos permitimos citar en orden cronológico tres de las iniciativas de ley de Eutanasia activa en México que consideramos más importantes, las cuales nos permiten apreciar aquellos constantes intentos por parte del poder legislativo para transitar de una eutanasia pasiva a una eutanasia activa, las cuales si bien hasta el momento no han logrado convertirse en ley vigente si han fortalecido la regulación de la voluntad anticipada y mantenido vigente el tema de la normativización de la eutanasia activa como a continuación, se verá:

a).-El Diputado del Partido Revolucionario Institucional de nombre Tonatiuh González Case, presentó con fecha 21 de noviembre de 2012 iniciativa de Iniciativa con proyecto de decreto que reforma y adiciona diversos artículos de la Ley General de Salud y del Código Penal Federal e Iniciativa con Proyecto de Decreto para reformar la Ley de voluntad Anticipada para el Distrito Federal, la ley de salud para el distrito federal y el código penal del distrito federal; a través de esta iniciativa de reforma se contempló regular la Eutanasia Activa o muerte asistida y permitir a los enfermos terminales contemplar esta opción en los documentos de voluntad anticipada, facultando a la secretaria de Salud del Distrito Federal, llevar a cabo todas aquellas acciones tendientes a Planear, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud para el desarrollo de programas que permitan el cumplimiento de la voluntad anticipada ya sea a través de la aplicación de métodos letales para la eutanasia o de cuidados paliativos para la ortotanasia, de conformidad a las disposiciones correspondientes; y finalmente eximiendo de responsabilidad penal de acuerdo al artículo 312 del código penal federal a aquellos profesionales médicos que ejecuten la muerte asistida a los enfermos terminales de conformidad a la propuesta de reforma de la ley general de salud en la materia.⁹²³

⁹²³ Cfr. Iniciativa de Iniciativa con Proyecto de Decreto que Reforma y Adiciona Diversos Artículos de la Ley General de Salud y del Código Penal Federal E Iniciativa con Proyecto de Decreto para Reformar la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, La Ley de Salud para El Distrito Federal y El Código Penal Del Distrito Federal Publicada en la Gaceta Parlamentaria de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, Número 23, año 01 de fecha 21 de noviembre de 2012., pp.125-138, <http://www.aldf.gob.mx/archivo-f5a7ea8e35e9c3eca03e80548176235c.pdf>, página consultada el 30 de noviembre de 2015

b) Mientras que el Diputado Fernando Belaunzarán Méndez del Partido de la Revolución democrática, presentó el día 21 de abril de 2015 una iniciativa de reforma a diversas disposiciones de la Ley General de Salud dentro del Título octavo bis, a fin de que se permita la eutanasia activa, en la inteligencia de que también propone la reforma al artículo 312 del Código Penal Federal para queden excluidos de sanción Penal los profesionales médicos que ejecuten la eutanasia activa de conformidad con la reforma propuesta a la Ley General de Salud⁹²⁴

c) Así mismo, los Diputados Héctor Javier García Chávez y Guadalupe Acosta Naranjo pertenecientes del grupo parlamentario PRD presentaron ante el pleno de la cámara el día 16 de marzo de 2016 Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud y del Código Penal Federal, con el objetivo de Despenalizar la práctica de la eutanasia activa y establecer el procedimiento legal a través del cual el paciente en fase terminal puede presentar su solicitud para que ésta le sea practicada por un médico especialista, misma que se encuentra pendiente de analizar.⁹²⁵

4.3.6. La Muerte Digna. Un Derecho Constitucional en la Ciudad de México.

En fechas recientes la muerte digna se convirtió en un Derecho Constitucionalmente reconocido en la Ciudad de México, sin embargo, esto no hubiera sido posible sin la reforma política que tuvo lugar en nuestra Constitución Política Mexicana de fecha 29 de enero de 2016, a través de la cual se modificaron 54 artículos y se derogaron 2 de nuestra ley fundamental,⁹²⁶ permitiendo que el Distrito Federal obtuviera facultades similares a las de los 31 Estados de la República

⁹²⁴ Cfr. Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud y del Código Penal Federal, publicada en la Gaceta parlamentaria, Número 4258-VII, con fecha 21 de abril de 2015, <http://goo.gl/tmqkln>, página consultada el 30 de noviembre de 2015.

⁹²⁵ Cfr. Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud y del Código Penal Federal, publicada en la Gaceta parlamentaria número 4479-III, año XIX, de fecha 1 de marzo de 2016, <https://goo.gl/0DuP80>, página consultada el 17 de mayo de 2016.

⁹²⁶ Cfr. DECRETO por el que se declaran reformadas y derogadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de la reforma política de la Ciudad de México, *op. cit.*, nota 2

Mexicana sin dejar de ser la sede de los poderes de la Unión, además de que paso a cambiar su denominación por la de Ciudad de México.⁹²⁷

Para muestra de lo anterior a continuación nos permitimos transcribir tres de los artículos constitucionales reformados que consideramos de suma importancia en la reforma política de la Ciudad de México para una mejor apreciación:

Artículo 43. “Las partes integrantes de la Federación son los Estados de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila de Zaragoza, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas; así como la Ciudad de México.”⁹²⁸

Artículo 44. “La Ciudad de México es la entidad federativa sede de los Poderes de la Unión y Capital de los Estados Unidos Mexicanos; se compondrá del territorio que actualmente tiene y, en caso de que los poderes federales se trasladen a otro lugar, se erigirá en un Estado de la Unión con la denominación de Ciudad de México.”⁹²⁹

Artículo 122. “La Ciudad de México es una entidad federativa que goza de autonomía en todo lo concerniente a su régimen interior y a su organización política y administrativa. **A.** El gobierno de la Ciudad de México está a cargo de sus poderes locales, en los términos establecidos en la Constitución Política de la Ciudad de México, la cual se ajustará a lo dispuesto en la presente Constitución y a las bases siguientes: ...”⁹³⁰

⁹²⁷ Cfr. ACUERDO General del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal por el que se cambia la denominación de Distrito Federal por Ciudad de México en todo su cuerpo normativo, *op. cit.*, nota 2.

⁹²⁸ DECRETO por el que se declaran reformadas y derogadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de la reforma política de la Ciudad de México, *op. cit.*, nota 2, artículo 43.

⁹²⁹ *Ídem*, artículo 44

⁹³⁰ *Ídem*, artículo 122.

En otras palabras, a partir de la reforma que sufrieron diversos dispositivos constitucionales se reconoció a la Ciudad de México como una entidad federativa integrante de la federación, sede de los poderes de la Unión y capital de los Estados Unidos Mexicanos, lo que significa que goza de plena autonomía, y para lo anterior fue necesario que se constituyera y rigiera internamente conforme a su propia ley fundamental.

En vista de lo anterior con fecha 15 de septiembre de 2016 se elaboró el proyecto de Constitución, el cual fue presentado por el Jefe de Gobierno Miguel Ángel Mancera ante la Asamblea Constituyente de la actual Ciudad de México, y una vez que fueron analizados, estudiados y modificados algunos aspectos de este proyecto,⁹³¹ fue aprobada y publicada con fecha 05 de febrero de 2017 en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México la primera carta magna de los capitalinos, la cual cabe aclarar consta de 71 artículos ordinarios y 39 artículos transitorios, además de que entrará en vigor a partir del día 17 de septiembre de 2018.⁹³²

Cabe destacar que dentro de los cambios que sufrió el proyecto de constitución presentado ante la asamblea se encuentra el realizado al artículo 10 del mismo, ya que en dicho precepto se contemplaba en su punto A. el derecho a la autodeterminación personal de la siguiente forma:

⁹³¹ De acuerdo a una nota en formato electrónico de la revista proceso, tras cuatro meses y medio de labores, y prácticas partidistas comunes frenaron alrededor del 10% del proyecto enviado por el jefe de gobierno Miguel Ángel Mancera, antes de que la Asamblea Constituyente aprobara la Constitución de la Ciudad de México. Entre las propuestas de Mancera que fueron rechazadas por los constituyentes se cuenta el derecho al “mínimo vital”, es decir, el otorgamiento de un ingreso económico mensual a cada capitalino; el derecho “a la vida digna”, el voto a los 16 años, la progresividad fiscal, es decir, que paguen más impuestos quienes tienen más ingresos; las pensiones a los no asalariados, así como el Tribunal Constitucional; entre otros. Véase: Proceso, Asamblea Constituyente Aprueba la Primera Constitución de la Ciudad de México, <https://goo.gl/87eRWY>, página consultada el 14 de junio de 2017.

⁹³² De acuerdo al artículo primero transitorio de la Constitución de la Ciudad de México, la misma entrará en vigor a partir del día 17 de septiembre de 2018, excepto por lo que hace a la materia electoral, que estará vigente a partir del día siguiente al de su publicación. Véase: Constitución de la Ciudad de México de fecha 31 de enero de 2017, Publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México, No. 1, Vigésima Época, de fecha 5 de febrero de 2017, Artículo Primero Transitorio, p.115, <https://goo.gl/XLF4MY>, página consultada el 19 de abril de 2017.

“Toda persona tiene derecho a la autodeterminación, a la libertad de pensamiento, al libre desarrollo de su personalidad, a disfrutar de su tiempo libre, al ocio, a la recreación, a la elección de su identidad social y cultural, a disponer de su propio cuerpo y a manifestar públicamente sus afectos.”⁹³³

Este derecho a la autodeterminación sería modificado, y mudado al artículo once de la Constitución, en el que se determinó que toda persona tiene el derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de su personalidad, sin embargo, dicho artículo sería nuevamente modificado cuando subió a la tribuna el constituyente del Partido de la Revolución Democrática de nombre Jesús Ortega y propuso agregar a dicho artículo el párrafo siguiente:

“Este derecho humano fundamental (de la autodeterminación) deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a la muerte digna.”⁹³⁴

Así las cosas, al someterse a votación esta propuesta, 56 constituyentes aprobaron tal modificación, mientras que 23 legisladores se pronunciaron en contra. Posteriormente en una entrevista que se llevó a cabo al Diputado que realizó dicha propuesta, éste manifestó lisa y llanamente que la misma tenía como fin establecer la Eutanasia en la Capital para que posteriormente mediante una ley secundaria se estableciera en qué casos puede recurrirse a este derecho, agregando que no había incluido el termino Eutanasia simplemente porque a su parecer hay palabras que generan suspicacias o malas interpretaciones, recordando a una diputada del Partido Acción Nacional que ante la propuesta que había realizado, la misma aseveró que con dicha modificación se estaba a favor de la muerte y en contra de la vida, situación que consideró errónea el legislador.⁹³⁵

⁹³³ Iniciativa con Proyecto de Constitución Política de la Ciudad de México de fecha 15 de septiembre de 2016, artículo 10 A., p.28, <http://gaceta.diputados.gob.mx/ACCM/DOC/ProyectoConst15sep.pdf>, página consultada el 14 de junio de 2017.

⁹³⁴ Diario La Jornada en línea, Constituyentes Aprueban derecho a la muerte digna, <https://goo.gl/iPJ6bw>, página consultada el 20 de abril de 2017

⁹³⁵ Cfr. *Ídem*.

Finalmente hay que aclarar que en el texto final de la Constitución Política de la Ciudad de México el derecho a la muerte digna quedaría definitivamente plasmado en el artículo 6 de dicho ordenamiento, específicamente dentro del Capítulo II Denominado: De Los Derechos Humanos, tal y como se aprecia de la siguiente transcripción que nos permitimos realizar:

Artículo 6.- “Ciudad de libertades y derechos A. Derecho a la autodeterminación personal 1. Toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad. 2. Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna.”⁹³⁶

Ahora bien, ésta modificación y consolidación de la muerte digna en el texto Constitucional de la Ciudad de México ha generado diversas opiniones contrapuestas entre los legisladores, la Iglesia, asociaciones civiles y en general entre los diversos sectores de la sociedad, ya que ven en el citado texto Constitucional de la Ciudad de México el derecho a la eutanasia activa, sin embargo, esto no es del todo cierto, ya que cabe hacer la aclaración que aun y cuando los capitalinos y sus visitantes pueden invocar el derecho a la muerte digna, esto no quiere decir que se encuentre reconocido el derecho a la eutanasia activa, ya que no pasa desapercibido para nosotros que el artículo 166 bis 21 de la Ley General de Salud, así como el artículo 312 del Código Penal Federal prohíben y sancionan la práctica de la Eutanasia en todo el País.

En este sentido el Artículo 166 bis 21 de la Ley General de Salud a la letra reza:

“Queda prohibida, la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal,

⁹³⁶ Constitución de la Ciudad de México de fecha 31 de enero de 2017, *op. cit.*, nota 932, artículo 6, p. 7

bajo el amparo de esta ley. En tal caso se estará a lo que señalan las disposiciones penales aplicables.”⁹³⁷

Mientras que el artículo 312 del Código Penal Federal señala:

“El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.”⁹³⁸

De los dispositivos legales anteriormente transcritos se desprende que está prohibida la Eutanasia, no solo en la Ciudad de México, sino en todo el País, por lo que quien pretenda llevar a cabo la misma bajo el amparo de la Constitución de la Ciudad de México incurrirá en un conducta prohibida por la ley General de Salud, pero además sancionada por el Código Penal Federal, por lo que si bien el artículo 6 de la Constitución de la Ciudad de México es un importante avance hacia la eutanasia en México, éste resulta insuficiente hasta el momento para que la Eutanasia Activa llegue a ser una práctica permitida por la ley, ya que resulta evidente que existe una antinomia, por lo que a nuestra consideración en fechas próximas veremos cuál será el resultado de esta contradicción, es decir, si prevalecerá el orden jerárquico previsto en la constitución, lo cual dejaría sin efectos el precepto de la constitución de la Ciudad de México o en su defecto se podría invocar el principio pro persona⁹³⁹ dejando abierta la posibilidad de que en ciertos casos pueda ser aplicable el ordenamiento Constitucional de la ciudad de México.*

⁹³⁷ Ley General de Salud, *op. cit.*, nota 532, artículo 166 bis 21

⁹³⁸ Código Penal Federal, Última Reforma Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de abril de 2017, artículo 312, p. 94, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_070417.pdf, pagina consultada el 18 de junio de 2017.

⁹³⁹ El principio pro persona lo encontramos reconocido en nuestra Ley fundamental en el primero de sus artículos al señalar: “Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.” Véase. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos *op. cit.*, nota 30, artículo 1, Párrafo Segundo.

*Opinión particular del autor.

4.3.7. La Muerte Digna en España y las Comunidades Autónomas que la Regular.

En España la Ley Básica 41/2002 garantiza a nivel Estatal que los enfermos puedan rechazar los tratamientos y soportes vitales que le mantienen con vida, así mismo, las legislaciones de voluntad anticipada en España buscan que la voluntad, libertad y dignidad de los enfermos sea respetada al permitir que los otorgantes puedan dejar establecidas una serie de instrucciones respecto de los tratamientos o procedimientos que desean o no recibir, además de que contemplan el derecho a la información sanitaria y el consentimiento informado, por lo que se podría considerar que existen legislaciones sobre muerte digna en España.

Sin embargo, al estar prohibida la Eutanasia y el suicidio asistido, además de no existir una ley que de forma exclusiva y directa trate el derecho a la muerte digna a nivel Estatal, existe una opinión dividida sobre si se encuentra debidamente regulada la muerte digna en España, lo que ha dado pie a que algunas comunidades autónomas comenzaran a crear sus propias legislaciones en el tema tratando de abordar con mayor profundidad este tema, aun y cuando por ley a nivel estatal se siga prohibiendo la Eutanasia y el suicidio asistido a través del artículo 143 del Código Penal Español.⁹⁴⁰

Hasta el momento hemos identificado nueve comunidades autónomas que han legislado exclusivamente sobre el tema en cuestión, las cuales son: Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Galicia, Madrid, Navarra y País Vasco, además de que Asturias, se encuentra en proceso de contar con su propia ley al respecto. A

⁹⁴⁰ El artículo 143 del Código Penal Español señala: "1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años. 2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona. 3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte. 4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.". Véase: Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, publicada en el Boletín oficial del Estado Núm. 281, con fecha 24 de noviembre de 1995, artículo 143, p34005, <https://goo.gl/1YqDI9>, página consultada el 29 de junio de 2017.

continuación pasamos a señalar en orden alfabético cada una de las legislaciones de las comunidades autónomas que regulan la muerte digna con el fin de apreciar como los esfuerzos por el derecho a la muerte digna siguen avanzando:

1.- ANDALUCÍA

Andalucía es considerada la primera comunidad autónoma en regular especialmente sobre la muerte digna. Esto es así, ya que en el año 2010 la Andalucía aprobó su primera Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, la cual en síntesis prohíbe la obstinación terapéutica y permite que los pacientes se reúsen a recibir aquellos tratamientos que alarguen su vida de manera desproporcional a través de medios artificiales.⁹⁴¹

2.- ARAGÓN

Por lo que respecta a Aragón, esta comunidad autónoma aprobó su Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte en el año 2011, la cual entre otros aspectos reconoce el derecho del paciente a ser informado de sus derechos, su derecho a expresar su voluntad, incluso de forma anticipada, sobre las intervenciones y tratamientos médicos que desea recibir y el derecho al consentimiento informado.⁹⁴²

3.- BALEARES

Las Islas Baleares por su parte aprobaron la Ley de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir en el año 2015, esta ley en síntesis se encarga de procurar que los enfermos participen en la toma de decisiones concernientes a su

⁹⁴¹ Cfr. Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, publicada en el boletín oficial del estado número 127, sección I, con fecha 25 de mayo de 2010, pp. 45646-45662, <https://goo.gl/CyyJwc>, pagina consultada el 28 de junio de 2017.

⁹⁴² Cfr. Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, publicada en el Boletín Oficial de Aragón Número 70, con fecha 07 de abril de 2011, pp. 7669-7682, <https://goo.gl/z4KCdd>, página consultada el 01 de julio de 2017.

propia salud, para lo cual también se busca que se encuentren debidamente informados respecto de su situación vital y del pronóstico de su enfermedad y tratamiento. Cabe destacar que además de esta ley Baleares cuenta desde el año 2006 con un Registro de Voluntades Anticipadas que permite a los pacientes fijar los límites de los tratamientos que desean recibir o rechazar.⁹⁴³

4.- CANARIAS

Canarias cuenta con la Ley de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la cual fue aprobada por desde el año 2015, en la inteligencia que dicha ley regula nuestro objeto de estudio la voluntad anticipada bajo el nombre de instrucciones previas de los pacientes, permitiendo a estos que su voluntad sea tomada en cuenta cuando lleguen a situaciones en las que no puedan expresarlas por sí mismos, enfocándose principalmente sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, además del destino de su cuerpo o sus órganos en el caso de ocurra el deceso.⁹⁴⁴

5.- GALICIA

La comunidad autónoma de Galicia aprobó de igual forma su Ley de muerte digna en el año dos mil quince y la denominó ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de las Personas Enfermas Terminales, a través de la misma se pretende entre otras cosas garantizar la atención sanitaria de calidad al final de la vida tanto en el domicilio del enfermo como en los centros hospitalarios.⁹⁴⁵

⁹⁴³ Cfr. Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir, publicada en el Boletín oficial del Estado, Número 96, Sección I, con fecha 22 de abril de 2015, pp. 34962-34981, <https://goo.gl/XwYvms>, página consultada el 02 de julio de 2017.

⁹⁴⁴ Cfr. Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, publicada en el boletín oficial del Estado, Número 54, Sección I, con fecha cuatro de marzo de 2015, pp.20101-20116, <https://goo.gl/A6FC9n>, página consultada el 02 de julio de 2017.

⁹⁴⁵ Cfr. Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales, publicada en el Periódico Oficial del Estado Número 228, sección I, con fecha 23 de septiembre de 2015, pp. 85012-85025, <https://goo.gl/dv1pqg>, página consultada el 28 de junio de 2017.

6.- MADRID

Madrid tan solo en el mes de marzo de 2017 se sumó a la lista con su Ley de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso Final de la Vida, mediante esta ley se reconoce el derecho de los enfermos de recibir cuidados paliativos integrales, destacándose dentro de estos el tratamiento del dolor y la sedación paliativa, con la opción de que sean llevados a cabo en el propio domicilio.⁹⁴⁶

7.- NAVARRA

Navarra mediante la aprobación de su Ley Foral de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, desde el año 2011 buscó garantizar a los enfermos que se encuentran al final de su vida, reciban cuidados paliativos integrales de calidad, lo que se redunda en una muerte con el mínimo sufrimiento físico, psíquico y espiritual, contemplando además como parte de sus derechos el de recibir información respecto de su condición clínica y tratamientos disponibles, además de la potestad de rechazar aquellos tratamientos que no sean útiles y solo alarguen penosamente la existencia.⁹⁴⁷

8.- PAÍS VASCO

El País Vasco en el mes de julio de 2016, tuvo la oportunidad de contar con su propia ley de muerte digna, la cual se denomina Ley de Garantía de los Derechos y de la Dignidad de las Personas en el Proceso Final de su Vida, a través de la misma podemos se destaca el derecho de autonomía de la voluntad de los

⁹⁴⁶ Cfr. Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, publicada en el Boletín oficial del Estado Número 149, sección I, con fecha 23 de junio de 2017, pp. 51701-51716, <https://goo.gl/Cq8RzH>, página consultada el 27 de junio de 2017.

⁹⁴⁷ Cfr. Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, publicada en el Boletín Oficial del Estado Núm. 99, Sección I, el 26 de abril de 2011, pp. 42304-42315, <https://goo.gl/mKShZF>, página consultada el 02 de julio de 2017.

pacientes al poder rechazar aquellos tratamientos que representen un riesgo a su vida.⁹⁴⁸

9.- ASTURIAS

Finalmente de Asturias conocemos la existencia de un proyecto de Ley de libertad del paciente para asegurar una asistencia de calidad y el respeto a las personas que están en el final de su vida, en dicho proyecto se aprecia que se reconocerá a los pacientes el derecho de autonomía de la voluntad al poder decidir sobre los tratamientos y procedimientos que desean o no recibir, así como la posibilidad de dejar establecidos sus deseos a través de un documento de instrucciones previas y la opción de recurrir a la sedación paliativa para aliviar el dolor.⁹⁴⁹

⁹⁴⁸ Cfr. Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida, publicada en el Boletín oficial del Estado, Núm. 175, Sección I, con fecha 21 de julio de 2016, pp. 51143-51157, <https://goo.gl/fJbqKX>, página consultada el 02 de julio de 2017.

⁹⁴⁹ Cfr. Proyecto de Ley del Principado de Asturias sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas al final de la vida, publicado en el Boletín Oficial de la Junta General del Principado de Asturias, Núm. 61.1, Serie A, con fecha 8 de febrero de 2017, pp.1- 13, <https://goo.gl/Ske7vy>, página consultada el 01 de julio de 2017.

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Establecimos como origen de la voluntad anticipada a los Estados Unidos de Norteamérica a través de un abogado de Chicago de nombre Luis Kutner, quien en el año de 1967 ideó un documento a través del cual, el propio individuo podía indicar el tipo de tratamiento que deseaba recibir si su estado corporal llegaba a ser completamente vegetativo y sin posibilidades de recuperar sus capacidades físicas y mentales, a este documento se le denominó *living will* o bien *testamento vital*; no obstante *también estamos abiertos a la opinión de otros* autores, quienes no solo consideran a la voluntad anticipada como un instrumento que surgió como medio de protección de los pacientes ante el ensañamiento terapéutico, sino también como un instrumento de protección de los médicos y hospitales.

SEGUNDA.- Aseguramos que el termino testamento vital se encuentra mal empleado, toda vez que el **testamento** como lo conocemos en el derecho común posee grandes diferencias con el testamento vital en cuanto a su contenido, función, naturaleza, objetivos y regulación, así pues, tenemos que una de las diferencias más notables entre el testamento y el mal llamado testamento vital consiste en que el primero tiene un carácter patrimonial, es decir en el testador dispone de todo su patrimonio o de una parte de él para después de su muerte; mientras que en el testamento vital se realizan u omiten acciones medicas en un persona incapaz, pero viva, para proteger su dignidad humana.

TERCERA.- Consideramos a la voluntad anticipada como un figura jurídica que ha tenido un mayor desarrollo documental, es decir, se han privilegiado las formalidades legales de su elaboración y suscripción, al grado de constituirse como un instrumento legal que requiere de elementos de existencia y validez, incluyéndose en ambos casos la formalidad específica que requiere la ley. Desde esta perspectiva documental consideramos a nuestro objeto de estudio como un acto jurídico unilateral inter vivos en el que se instrumentan los derechos del paciente de forma anticipada y eventual, para decidir respecto a los tratamientos y/o

procedimientos médicos que desean o no recibir, por lo que la voluntad anticipada contiene un acto jurídico pendiente, entendido como tal una condición que impide la ejecución de este instrumento jurídico hasta en tanto no se cumpla con dicha condición, la cual no es otra que la incapacidad física y/o legal del enfermo para exteriorizar su voluntad, ya que el fin que se busca con la voluntad anticipada es que su suscriptor logre anticiparse a un acontecimiento futuro e incierto y se respete en todo momento la libertad, dignidad y autonomía de la voluntad de la persona.

CUARTA.- Comprobamos que España posee un marco jurídico más completo y eficaz en materia de voluntad anticipada ya que nuestro objeto de estudio encuentra un sustento legal en España desde el ámbito internacional a través del convenio de Oviedo de 1997, así como en el ámbito nacional al contemplarse en la constitución española los principios de libertad dignidad y autonomía de la voluntad en los que se basa la voluntad anticipada, pero además existen leyes como la ley general de sanidad y la ley básica 41/2002 que evitan vacíos legales y conflictos de leyes en el espacio, en la inteligencia que cada una de las comunidades autónomas que conforman el estado Español cuentan con legislaciones en el tema que no limitan a la voluntad anticipada a un sentido negativo sino que también se pueden establecer todos los tratamientos que se desean recibir en una determinada situación clínica, así mismo tampoco se limita su ejecución a los enfermos terminales, ya que como requisitos para su ejecución se requiere que el suscriptor se encuentre en un estado de incapacidad física y/o legal que le imposibilite expresar su voluntad y que las instrucciones plasmadas en el documento de directrices anticipadas no sean contrarias a derecho o a la *lex artis*, y finalmente se cuenta con un Registro Nacional de Instrucciones Previas y con ficheros automatizados que permiten la consulta de estos documentos por parte del personal sanitario.

QUINTA.- Con base en los aspectos Cuantitativos del Registro Nacional de Instrucciones Previas de España, al mes de enero del año 2017 se computaron un total de 220.943 documentos de instrucciones previas registrados en 17

comunidades autónomas además del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, siendo la Comunidad Autónoma de Cataluña la que registra el mayor número de documentos de Instrucciones Previas Registrados con una cifra de 63.959, posteriormente Andalucía con una cifra de 32.825, seguido por la Comunidad Valenciana con 21.310, Madrid con 21.273, y País Vasco con 18.697; cifras que demuestran un nivel de aceptación y utilización alto en los ciudadanos Españoles.

SEXTA.- Con base en los aspectos cuantitativos y cualitativos obtenidos del Registro Nacional de Instrucciones Previas de España se pudo determinar que algunos aspectos cualitativos como la edad y sexo de los ciudadanos influyen de forma concluyente en la cantidad de instrucciones previas otorgadas, ya que se determinó en primer lugar que los adultos mayores de 65 años, son quienes han otorgado la mayor cantidad de documentos de instrucciones previas y que conforme la edad de la población disminuye, también decrecen las cifras de este instrumento jurídico. En segundo lugar también se determinó que los otorgantes del sexo femenino son quienes han otorgado el mayor número de documentos de Instrucciones previas en cada una de las comunidades autónomas y que únicamente en la Comunidad Autónoma de Cantabria no se cuenta con datos que permitan apreciar estas diferencias entre hombres y mujeres.

SÉPTIMA.- Demostramos que el marco jurídico de la voluntad anticipada en México es inadecuado e ineficaz para proteger los principios de libertad, dignidad y autonomía de voluntad en los que se basa en perjuicio de los otorgantes de nuestro objeto de estudio, lo anterior en virtud de que como se comprobó a lo largo de la presente investigación existen vacíos legales, disparidad de legislaciones y conflicto de leyes en el espacio; ejemplo de ello es la inexistencia de convenios o tratados internacionales suscritos por México ex profeso en el tema que pudieran ser invocados, así como la inexistencia de una Ley Federal sobre el tema que logre una hegemonía normativa; resultando por tanto insuficiente el Título Octavo Bis de la Ley General de Salud para regular a Nivel Nacional la Voluntad Anticipada, situación que

motivó a algunos Estados de la Republica Mexicana a emitir sus propias legislaciones en el tema, acentuándose así las diferencias en la forma de comprender y regular a la Voluntad Anticipada en México.

OCTAVA.- Del análisis del marco jurídico de nuestro objeto de estudio en México confirmamos que la mayoría de las legislaciones Estatales sobre voluntad anticipada pretenden proteger los principios y derechos fundamentales de libertad, dignidad, autonomía de la voluntad, vida y salud, sin embargo debido al defectuoso trabajo legislativo por parte de los congresos locales, en muchos casos se han vulnerado estos derechos al amparo de la propia ley, pues como ejemplo de lo anterior podemos señalar que la mayoría de estas leyes equivocadamente limitan la aplicación de las instrucciones previas a los enfermos en etapa terminal y no así a la incapacidad física o legal del enfermo para manifestar por si mismo su voluntad; de igual forma mayormente se limita a los enfermos a que establezcan únicamente los procedimientos y tratamientos médicos que no desean recibir ante una eventual incapacidad, y no así todos aquellos procedimientos, tratamientos y fármacos que el enfermo desea recibir, (incluidos aquellos experimentales); y finalmente en muchos casos se permite la suscripción del documento de voluntad anticipada por sustitución cuando uno de los principales fines de la voluntad anticipada es que su otorgante pueda anticiparse a aquellos acontecimientos futuros e inciertos con motivo de su salud y vida para que prevalezca su libertad, dignidad y autonomía de su voluntad sobre cualquier apreciación subjetiva de los familiares y representantes del enfermo con base en una ponderación individual basada en una escala de valores personal de nuestros derechos fundamentales, sobre todo cuando no se contravienen derechos de terceros.

NOVENA.- Con base en la población que utilizamos como muestra para nuestro Estudio en México (Ciudad de México), al día 31 de marzo de 2016, se cuantificaron un total de 5414 Documentos de voluntad anticipada otorgados ante Notario Público, de los cuales 3,500 corresponden a los suscriptores del sexo femenino, cantidad que resulta casi el doble de aquellos suscriptores del sexo

masculino con una cifra de 1,914 Documentos de voluntad anticipada, sin embargo, el rango de edad tanto de hombres como de mujeres que han otorgado mayor número de documentos de voluntad anticipada se sitúa entre las edades de 65 a 69, por lo que el género de la población y la edad son aspectos determinantes que influyen en el número de de suscripción de este importante instrumento jurídico.

DÉCIMA.- De igual forma se pudo determinar que al día 31 de marzo de 2016, se cuenta con un total de 1357 Formatos de voluntad anticipada otorgados ante Instituciones de Salud en la Ciudad de México de los cuales destacan los suscriptores del sexo femenino con un total de 736, cantidad que resulta nuevamente mayor en comparación con los suscriptores del sexo masculino con una cifra de 581, observándose en este caso que el estado civil también influyó en los suscriptores de los formatos de voluntad anticipada dado que las mujeres solteras han suscrito 467 formatos de voluntad anticipada, mientras que el rango de edad tanto de hombres como de mujeres que han otorgado mayor número de formatos se sitúa entre los 85 o más años de edad.

DÉCIMA PRIMERA.- Con base en la población muestra de nuestro investigación (Ciudad de México) se demostró que en México existe un número alto de formatos de voluntad anticipada suscritos por los representantes del enfermo, ya que de un total de 1307 formatos otorgados al mes de marzo de 2016 se cuantificaron 1065 otorgados por los representantes del enfermo, lo que nos lleva a la conclusión de que se vulneran los principios y derechos fundamentales de libertad y autonomía de la voluntad de los pacientes al permitirse que una persona distinta al titular de los derechos sanitarios tome amplias decisiones sobre la salud y vida del enfermo a través de un formato de voluntad anticipada, situación que persiste en muchos estados de la republica Mexicana que cuentan con una ley sobre el tema.

DÉCIMA SEGUNDA.- La Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal, actualmente Ciudad de México, no solo fue la primera legislación en México en regular nuestro objeto de estudio, sino que también fue la primera en regular la

Eutanasia en México, ya que ésta admite que un enfermo terminal pueda reusarse a recibir tratamientos y/o procedimientos que prolonguen la vida del paciente, y de acuerdo a las clasificaciones que hemos dejado apuntadas en el último capítulo de nuestra investigación estamos en presencia de una Eutanasia Pasiva que se encuentra contemplada no solo en la Ciudad de México sino en todas y cada una de las legislaciones de voluntad anticipada en nuestro país, aun y cuando se haya tratado de matizar la misma bajo el término de ortotanasia, por lo que nuestro objeto de estudio se convirtió en un Instrumento Jurídico Receptor de la Eutanasia Pasiva y un Posible Vehículo de Transición Mediático Hacia una Eutanasia activa.

PROPUESTAS:

1.- Se propone la Creación de una Ley Federal de Voluntad Anticipada de orden público e interés social, reglamentaria de los artículos 1, 4, 24 y 25 de la Constitución Política Mexicana, que permita armonizar las diversas Leyes de Voluntad Anticipada Estatales y que al mismo tiempo evite los conflictos de Leyes en el espacio, así como los vacíos legales; esta ley deberá contener con claridad por lo menos los siguientes aspectos:

A) Permitirá que toda persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades psíquicas y mentales pueda dejar instrucciones respecto a los tratamientos, procedimientos, fármacos y demás aplicaciones médicas que desea recibir, suspender o rechazar, ante una enfermedad o lesión que padezca o pueda sufrir en el futuro, ya que las mismas deberán ser llevadas a cabo o tomadas en consideración si el enfermo se encuentra incapacitado para manifestar nuevamente su voluntad.

B) Privilegiará en todo momento la libertad, dignidad y autonomía de la voluntad de su suscriptor respecto de los tratamientos, procedimientos, fármacos y demás actuaciones médicas que se desea recibir, rechazar o suspender.

C) Evitará en todo momento el otorgamiento de la voluntad anticipada por sustitución, y en su lugar observará como requisito indispensable y básico el consentimiento informado del paciente o de sus familiares y representantes en caso de incapacidad física o legal de los usuarios de los servicios de salud pública y privada.

D) Contemplará como requisito de validez que todos los documentos de voluntad anticipada incluyan un apartado en el que se plasmen los objetivos vitales y valores personales de los otorgantes, con el fin de que estos ayuden en caso de duda al o los representantes del enfermo incapaz, así como al personal médico y a

cualquier autoridad judicial a interpretar la voluntad libre e informada del suscriptor en caso de que se encuentre imposibilitado para expresar la misma.

E) Requerirá la designación de más de un representante del suscriptor del documento de voluntad anticipada, así como el orden de precedencia que se deberá seguir en caso de que alguno o algunos de los nombrados se encontraran impedidos para ejercer el cargo conferido, mismo que consistirá en velar por el cumplimiento de las instrucciones del documento de voluntad anticipada y servirá de interlocutor de los deseos de su representado en casos de duda.

F) Precisaré los derechos y obligaciones de los usuarios de los servicios de salud pública y privada, así como del personal médico.

G) Dentro de los derechos de los usuarios destacará el derecho a recibir información veraz y oportuna respecto de los procedimientos, tratamientos, medicamentos, y demás actuaciones sanitarias que se encuentran a nuestro alcance, para que con dicha información a su vez los otorgantes puedan elegir libremente desde el centro de salud en el cual desean ser atendidos, hasta las actuaciones medicas que quieren o no recibir; al grado que puedan optar por un tratamiento paliativo en lugar de uno curativo, o en su defecto uno experimental cuando las esperanzas de restablecer la salud sean escasas o nulas.

H) Dentro de los derechos del personal médico acentuaré la libertad ideológica y de conciencia del personal sanitario, al grado de que puedan ser objetores de conciencia sin temor de ser despedidos o sancionados de cualquier otra forma.

I) Buscaré que la aplicación del documento de voluntad anticipada se centre en la incapacidad del suscriptor para expresar sus deseos y no así en el padecimiento del otorgante de una eventual enfermedad terminal y su incapacidad para exteriorizar su voluntad.

2.- Se propone la creación de un Registro Nacional de Instrucciones Previas, que podrá ser consultado en todo momento por los prestadores de los servicios de Salud, independientemente de que la persona que las ha otorgado, sus familiares o su representante puedan entregar el documento que las contiene al centro sanitario donde la persona sea atendida, para que el documento de Voluntad Anticipada sea anexado a la historia clínica de los servicios del sistema de salud pública y privados.

3.- Se Plantea la posibilidad de que el acceso y consulta por parte del otorgante del documento de voluntad anticipada, su representante, el personal médico, así como de cualquier autoridad que requiera conocer del contenido del documento de voluntad anticipada se lleve a cabo a través de una base de datos soportada por el computo en la nube, la cual deberá garantizar técnicamente la identidad de la persona destinataria de la información, la integridad de la comunicación, la disponibilidad las veinticuatro horas del día, la conservación de la información comunicada y la constancia de la transmisión, incluida la fecha, y que a su vez garantice la confidencialidad de los datos.

4.- Se propone reformar los artículos 166 bis 21 de la Ley General de Salud y 312 del Código Penal Federal, además de agregar en las mismas un apartado en el que se defina y distinga claramente a la eutanasia activa de la pasiva, y estas a su vez del suicidio asistido y el homicidio piadoso, ya que actualmente dichas legislaciones prohíben y sancionan estas conductas bajo una confusión de términos que amplía el desconocimiento de estas figuras y limitan el derecho de los ciudadanos de decidir sobre su propio cuerpo, salud y vida.

5.- Con base en la aclaración entre eutanasia activa y pasiva se propone frenar cualquier intento por matizar o disfrazar a la eutanasia pasiva bajo términos como el de ortotanasia o cualquier otro parecido en las legislaciones de salud y de voluntades anticipadas o en cualquier otra ley, y en su lugar emplear el término correcto de eutanasia pasiva cuando sea necesario para evitar cualquier confusión entre la sociedad.

6.- Para una mayor protección de los derechos fundamentales de libertad, dignidad y autonomía de la voluntad de los enfermos, así como una mayor apertura hacia la muerte digna se propone la despenalización de la eutanasia pasiva en México en aquellos enfermos terminales que la soliciten de forma personal o la hayan solicitado en un documento de voluntad anticipada, no obstante, deberá ser un requisito indispensable e irrenunciable la aplicación de los tratamientos paliativos que mitiguen el dolor del enfermo durante todo el proceso de la enfermedad así como la concentración de los procedimientos ordinarios tales como la alimentación e hidratación del enfermo, entre otros, salvo que los mismos produzcan dolor y sufrimiento al enfermo.

7.- Se propone la creación de un comisión investigadora encargada de estudiar y analizar con base en la experiencia de otros países y las particulares de nuestro País la viabilidad de legislar en México el suicidio asistido, en el entendido que dicha legislación estaría destinada a los enfermos diagnosticados con una enfermedad terminal que sufren dolores insoportables que no puedan ser mitigados a través de paliativos y que soliciten ayuda para terminar con su sufrimiento. Esta propuesta busca promover la libertad, dignidad y autonomía de los ciudadanos, y evitar que nadie imponga a otros sus propias creencias, ni siquiera impedir a otros que actúen de acuerdo a sus principios, para lo cual se podría solicitar la ayuda necesaria a los profesionistas especialistas en el tema que compartan los principios del enfermo sin que actúen directamente en la muerte del enfermo, lo cual evitaría que los enfermos moribundos recurran a prácticas desesperadas para terminar con su sufrimiento.

FUENTES DE INFORMACION:

Bibliografía:

- ALEXY, Robert, *Teoría de los Derechos Fundamentales*, 2ª ed., Ed. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, España, 2007, 601 pp.
- ALEXY, Robert, *Teoría del Discurso y Derechos Humanos*, Ed. Universidad Externado de Colombia, Colombia, 1995, 138 pp.
- ARCE Y CERVANTES, José, *De las Sucesiones*, 9ª ed., Ed. Porrúa, México, 2008, 271 pp.
- ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL, *Para la libertad... siete Leyes históricas de la IV Legislatura*, 1ª ed., Ed. Asamblea Legislativa del Distrito Federal, México, 2009, 215 pp.
- BACÓN, Francis, *El avance del Saber*, Ed. Alianza Universitaria, Madrid, España, 1988, 227 pp.
- BÉTES DE TORO, Mariano, et al., *Farmacología para Terapeutas*, Ed. Medica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 2008, 302 pp.
- BRENA SESMA, Ingrid, *el Derecho y la Salud. Temas a reflexionar*, Ed. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., 2004, 158 pp.
- CACERES, Enrique et al (Coords), *Problemas Contemporáneos de la Filosofía del Derecho*, Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas Unam, México, 2005, 946 pp.
- CALO, Emanuele, *Bioética, Nuevos Derechos y Autonomía de la Voluntad*, Ed. Ediciones la Rocca, Buenos Aires Argentina, 2000, 285 pp.
- CANO VALLE, Fernando, et al (Coordinadores), *Eutanasia: aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*. Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 2001, 330 pp.
- CARBONELL, Miguel, *Derechos Fundamentales y Democracia*, Ed. Instituto Federal Electoral, México, 2013, 82 pp.
- CARBONELL, Miguel, *Los Derechos Fundamentales en México*, Ed. UNAM, Serie Doctrina Jurídica, Núm. 185 México, 2004, 1111 pp.

- CÁRDENAS GONZÁLEZ, Fernando Antonio, *Incapacidad Disposiciones Para Nuevos Horizontes De la autonomía de la voluntad*, 2ª ed., Ed. Porrúa, México, 2008, 196 pp.
- CARPIZO, Jorge y VALADES, Diego, *Derechos Humanos, Aborto y Eutanasia*, 2ª ed., Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 2010, 189 pp.
- COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA, *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*, 3ª ed., México, 2012, 57 pp.
- DOMINGUEZ LUELMO, Andrés, *Derecho Sanitario y Responsabilidad Médica*, 2ª ed., Ed. Lex Nova S.A., Valladolid, España, 2007, 863 pp.
- FERRAJOLI, Luigi, *Derechos y Garantías, la Ley del más Débil*, 4ª ed., Ed. Trotta, Madrid, España, 2004, 180 pp.
- FERRAJOLI, Luigi, *Epistemología Jurídica y Garantismo*, 4ª. ed., Ed. Fontamara, México, 2011, 301 pp.
- GARCÍA FERNÁNDEZ, Dora y MALPICA HERNÁNDEZ, Lorena (coordinadoras), *Colección de Derecho y Bioética*, Tomo I, Ed. Porrúa, México 2006, 196 pp.
- GARCÍA VILLEGAS, Eduardo, *La Tutela de la Propia Incapacidad (Voluntad Anticipada, Tutor Cautelar, Poder Interdicto)*, Ed. Porrúa, México, 2010, 261 pp.
- GARZÓN VALDÉS, Ernesto, *Derecho, Ética y Política*, Ed. Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, España, 1993, pp. 958.
- GONZÁLEZ MORAN, Luis, *De la Bioética al Bioderecho, libertad, vida y muerte*, Ed. Dykinson, S.L., Madrid, España, 2006, 985 pp.
- GUTIÉRREZ Y GONZÁLEZ, Ernesto, *Derecho de las Obligaciones*, 18ª ed. Ed. Porrúa, México, 2010, 1346 pp.
- HELLER, Ágnes, *Sociología de la vida cotidiana*, 5ª ed., Ed. Península, Barcelona España 1998, 418 pp.
- HURTADO OLIVER, Xavier, *El Derecho a la vida y ¿a la muerte?*, 2ª ed. Ed. Porrúa, México, 2000, 219 pp.

- KANT, Immanuel, *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*, 16 ed., Ed. Porrúa, México 2010, 290 pp.
- LEFRANC WEEGAN, Federico Cesar, *Sobre la Dignidad Humana, Los Tribunales, la Filosofía y la Experiencia atroz*, Ed. Ubijus, México, 2011, 348 pp.
- LEON ORANTES, Alfonso, *La Voluntad Anticipada*, Ed. Porrúa, México, 2010, 41 pp.
- LÓPEZ MONROY, José de Jesús, *Notas Elementales para los Principios de la Ciencia del Derecho Civil*, Ed. Porrúa, México, 2006, 211 pp.
- LÓPEZ SÁNCHEZ, Cristina, *Testamento Vital y Voluntad del paciente (conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre)*, Ed. Dykinson S.L, Madrid, 2003, 241pp.
- SÁNCHEZ BARROSO, José Antonio, *Voluntad Anticipada*, Ed. Porrúa, México, 2012, 305 pp.
- SÁNCHEZ GÓMEZ, Narciso, *Derechos Humanos, Bioética, y Biotecnología, un Enfoque Interdisciplinario*, Ed. Porrúa, México, 2009, 370 pp.
- SÁNCHEZ, PATRÓN, José Manuel, Villegas Delgado, Cesar, et. al., *Bioderecho Internacional y Europeo*, Ed. Tirant lo Blanch, México, D.F., 2014, 148 pp.
- SÁNCHEZ VIAMONTE, Carlos, *La Libertad y sus Problemas*, Ed. Bibliográfica Argentina S.R.L., Argentina, s.a., 380 pp.
- STUART MILL, John, *sobre la libertad*, Ed. Alianza, Madrid, España, 1970, 209 pp.
- VALENCIA CARMONA, Salvador, *Derecho, Autonomía y Educación Superior*, Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas Unam, serie estudios jurídicos núm. 42, México, 2003, 167 pp.
- VAN PARIJS, Philippe, *Libertad Real para todos*, Ed. Paidós, SAICF, España, 1996, 367 pp.
- VÁZQUEZ, Rodolfo (compilador), *Bioética y Derecho, Fundamentos y Problemas Actuales*, Ed. Fontamara, México 2012, 329 pp.

- VELAYOS, José Luis (coordinador), *Medicina del sueño, enfoque multidisciplinario*, Editorial medica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 2009, 245 pp.

Hemerografía:

- ADIB ADIB, Pedro José, “Comentarios a la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal”; *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Unam, número 123, septiembre-diciembre, México, 2008, pp.1533-1556.
- AGUILAR CABALLO, Gonzalo, “Derechos Fundamentales-Derechos Humanos, ¿Una distinción Valida en el Siglo XXI?”, “Boletín Mexicano de Derecho Comparado”, nueva serie, año XLIII, núm. 127, enero-abril de 2010, pp.15-71.
- ÁLVAREZ DEL RÍO, Asunción, “Algunos Elementos para Discutir la Eutanasia”, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, Vol.50, No.1, Enero-Febrero, 2007, pp. 28-30.
- BISTRE, Sara y FERNÁNDEZ, Saracho, “Legislación sobre cuidados paliativos y dolor en México”, *Revista Iberoamericana del Dolor*, volumen 4, número 2, México, 2009, pp.11-15.
- BRENA SESMA, Ingrid, “Manifestaciones Anticipadas de Voluntad”, *Revista Eutanasia hacia una muerte digna*, Ed. Colegio de Bioética y Foro Consultivo Científico y Tecnológico, Julio, México, 2008, pp. 79-88.
- CAMBRÓN INFANTE, Ascensión, “Algunos Problemas de la Biotecnología y su Tratamiento Jurídico: Ciencia o Doctrina del Derecho?”, *Anuario de Filosofía del Derecho*, Rioja España, Año, 2010, Número 26, pp. 149-175.
- DE MIGUEL SÁNCHEZ, C. y LÓPEZ ROMERO A., “Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia” *Revista de Medicina Paliativa*, No.4, Vol. 13, Madrid, pp.207-215.

- DURAN RIBERA, William Ruperto, “La protección de los derechos fundamentales en la doctrina y jurisprudencia constitucional “, *Ius est praxis*, Vol. 8, núm. 2, 2002, Talca, Chile, pp-177-194.
- FERRAJOLI, Luigi, “La Cuestión del Embrión Entre Derecho y Moral” *Instituto de Investigaciones Jurídicas Unam*, México D.F., Año 2006, Tomo LVI, Número 245, pp. 255-275.
- GARCÍA RAMÍREZ, Sergio, “Hacia una nueva regulación constitucional sobre derechos humanos (2009-2011)”, *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, Vol. XLIV, núm. 131, mayo-agosto, 2011, pp. 817-840.
- KUTNER, Luis (1969) "Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal," *Indiana Law Journal*: Vol. 44: Iss. 4, Article 2. Available en <http://www.repository.law.indiana.edu/ilj/vol44/iss4/2>
- PÉREZ GALMICHE Gabriel y CRUZ GONZÁLEZ Marcos, “Un Paso más hacia la Regulación de la Eutanasia Activa en América Latina, *Revista de Relaciones Internacionales Ad Universa*, Año 06, Vol. 02, junio-noviembre, México, 2016, pp. 20-52.
- RAMOS LÓPEZ, J.M. et al, “Disminución de los Costes Radiológicos en el entorno de la Ley 41/2002”, *Revista Española de Economía de la Salud*, Ed. Contenidos e Información de la Salud, S.L. volumen 91, número 2, Madrid, España, 2010, pp. 59-61.
- SÁNCHEZ BARROSO, José Antonio, “La Voluntad Anticipada en España y México. Un Análisis de Derecho Comparado en torno a su Concepto, Definición y Contenido” *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, México, nueva serie, año XLIV, número 131, mayo-agosto de 2011, pp. 701-734.
- TREJO GARCÍA, Elma del Carmen, “Legislación Internacional y Estudio de Derecho Comparado de la Eutanasia”, *Centro de Documentación, Información y Análisis Dirección de Servicios de Investigación y Análisis Subdirección de Política Exterior*, México, Enero de 2007, 39 pp.
- VALLS, Ramón, “El concepto de Dignidad Humana” *Revista de Bioética y Derecho*, Publicación Trimestral del Master en Bioética y Derecho, Núm. 5 Diciembre, Barcelona, España, 2000, pp. 1-5.

Diccionarios:

- DICCIONARIO JURÍDICO ESPASA, Ed. Espasa Calpe, S.A., Madrid, 2002, 1449 pp.
- DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MEDICAS, 11ª ed., Ed. Salvat Editores S.A., México, 1978, 1073 pp.
- MOLINER, María, *Diccionario de uso del Español*, Ed. Gredos, Madrid, 2000, 1503 pp.
- PALOMAR DE MIGUEL, Juan, *Diccionario para Juristas*, Ed. Mayo, México, D.F., 1981, 1439 pp.
- REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA, *Diccionario de la Lengua Española*, 22ª ed., Ed. Espasa Calpe, S.A., España, 2001, 1180 pp.

Legisgrafía:

- Acuerdo General del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal por el que se cambia la denominación de Distrito Federal por Ciudad de México en todo su cuerpo normativo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 05 de febrero de 2016, goo.gl/oUp8t7.
- Código Penal Federal, Última Reforma Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de abril de 2017, 217 pp., http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_070417.pdf.
- Constitución de la Ciudad de México, Publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México, No. 1, Vigésima Época, de fecha 5 de febrero de 2017, pp. 2-122, <https://goo.gl/XLF4MY>
- Constitución Española, de fecha 27 de diciembre de 1978, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 311.1, el 29 de diciembre de 1978, pp. 29315-29339, <http://goo.gl/KeVt5>
- Decreto 100/2003 del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y el funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas, de fecha 6 de mayo de 2003, publicado en el Boletín Oficial de

Aragón, número 64, el 28 de mayo de 2003, pp. 6438-6442, <http://goo.gl/E9NnB>

- Decreto 101/2006, por el que se Regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid, de fecha 16 de noviembre de 2006, publicado en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 283, el 28 de noviembre de 2006, pp. 37-39, <http://goo.gl/68D4y>
- Decreto 13/2006 por el que se regulan las Manifestaciones Anticipadas de Voluntad en el Ámbito Sanitario y la creación de su correspondiente Registro, de fecha 8 de febrero de 2006, publicado en el Boletín Oficial de Canarias, número 43, el 2 de marzo de 2006, pp. 4296-4301, <http://goo.gl/K0WnH>
- Decreto 139/2004 por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria, de fecha 5 de diciembre de 2004 publicado en el Boletín Oficial de Cantabria, número 248, el 27 de diciembre de 2004, pp. 12419-12420, <http://goo.gl/05Kry>
- Decreto 15/2006, del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha, de fecha 21 de febrero de 2006, publicado en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha, número 42, el 24 de febrero de 2006, pp.4429-4431, <http://goo.gl/C3eKF>
- Decreto 168/2004, por el que se regula el Documento de Voluntades Anticipadas y se crea el Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad de Valencia, de fecha 10 de septiembre de 2004, publicado en el Diario Oficial de la Generalidad de Valencia, número 4.846, el 21 de septiembre de 2004, pp.23375-23382, <http://goo.gl/56UCB>
- Decreto 175/2002, Que Regula el Registro de Voluntades Anticipadas, de fecha 25 de junio de 2002, publicado en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, número 3665, el 27 de junio de 2002, pp.11616-11619, goo.gl/gC7f0A
- Decreto 2/2012, por el que se modifica el Decreto 139/2004, de 15 de diciembre, por el que se crea y se regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria, de fecha de 12 de enero de 2012, publicado en el Boletín Oficial de

Cantabria, número 14, el 20 de enero de 2012, pp. 1620-1621, <http://goo.gl/C0LYI>

- Decreto 238/2004, por el que se Regula el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía, de fecha 18 de mayo de 2004, publicado en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 104, el 28 de mayo de 2004, pp.12.261-12.259, <http://goo.gl/5ipDm>
- Decreto 270/2003, que crea y regula el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas, de fecha 4 de noviembre de 2003, publicado en el Boletín Oficial del País Vasco, número 233 ZK, el 28 de noviembre de 2003, pp.23021-23033, <http://goo.gl/H25Fs>
- Decreto 29/2007 por el que se crea el Registro Gallego de Instrucciones Previas sobre cuidados y tratamientos de la Salud, de fecha 13 de diciembre de 2007, publicado en el Diario Oficial de Galicia, número 50, el 14 de enero de 2008, pp.3.763- 3.769, <http://goo.gl/QTmBg>
- Decreto 30/2006, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Rioja, de fecha 19 de mayo de 2006, publicado en el Boletín Oficial de la Rioja, número 69, el 25 de mayo de 2006, <http://goo.gl/uWXtj>
- Decreto 30/2007, por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito Sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León, de fecha 22 de marzo de 2007, publicado en el Boletín Oficial de Castilla y León, número 62, el 28 de marzo de 2007, pp. 7040-7043, <http://goo.gl/1pQNE>
- Decreto 311/2007, por el que regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se crea el Fichero Automatizado de Datos de Carácter Personal del citado Registro, de fecha 15 de octubre de 2007, publicado en el Diario Oficial de Extremadura, número 121, el 18 de octubre de 2007, pp.16210-16218, <http://goo.gl/U5mMr>
- Decreto 4/2008 de Organización y Funcionamiento del Registro de Instrucciones Previas en el ámbito Sanitario, de fecha 23 de enero de 2008,

publicado en el Boletín Oficial del Principado de Asturias, número 31, el 7 de febrero de 2008, pp. 2353-2357, <http://goo.gl/30qQ5>

- Decreto 58/2007, por el que se desarrolla la Ley de Voluntades Anticipadas y del Registro de Voluntades Anticipadas de las Islas Baleares, de fecha 27 de abril de 2007, publicado en el Diario Oficial de las Islas Baleares, número 70, el 10 de mayo de 2007, pp.58-61, <http://goo.gl/0Pgms>
- Decreto 80/2005, por el que se aprueba el Reglamento de Instrucciones Previas y su registro, de fecha 8 de julio de 2005, publicado en el Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 164, el 19 de julio de 2005, pp.17253-17257, <http://goo.gl/G23xX>
- Decreto 807 de la Ley Estatal de Derechos de las Personas en Fase Terminal, Publicado en el Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí el 7 de julio de 2009, Edición Extraordinaria, pp.1-11, <https://goo.gl/y4Rthg>.
- Decreto Foral 140/2003, por el que se crea el Registro Autonómico de Voluntades Anticipadas, de fecha 16 de junio de 2003, publicado en el Boletín Oficial de Navarra, número 81, el 30 de junio de 2003, pp.6663-6665, <http://goo.gl/tWkz8>.
- Decreto Número 1328 Mediante el Cual se Aprueba la Ley de Voluntad Anticipada Para el Estado de Oaxaca, de fecha 29 de septiembre de 2015, publicado en el Extra Periódico Oficial de Oaxaca con fecha 9 de octubre de 2015, tomo XCVII, pp.10-13, <https://goo.gl/J5zKLQ>
- Decreto Número 135 a través del cual se aprueba la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Colima de fecha 30 de julio de 2013, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional de Colima, Tomo 98, Número 42, de fecha 03 de Agosto de 2013, p. 965, <http://148.235.70.104/periodico/peri/03082013/p3080302.pdf>.
- Decreto Número 573 Que crea la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Hidalgo, de fecha 8 de febrero de 2011, publicado en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo con fecha 14 de febrero de 2011, Número 7, Tomo CXLIV, pp. 2-12, <https://goo.gl/ZgKRj7>

- Decreto número 573 Que crea la Ley de Voluntad anticipada para el estado de Hidalgo, ÚLTIMA REFORMA PUBLICADA EN EL PERIÓDICO OFICIAL EL 15 DE AGOSTO DE 2016, pp. 1-12, <https://goo.gl/d2IWrn>.
- Decreto Número 82 a través del cual se aprueba la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de México de fecha 3 de mayo de 2013, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de México, Tomo 195, Número 83, de fecha 3 de mayo de 2013, pp.20-29.
- Decreto Número 911/2015 II, Publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Chihuahua Número 64 con fecha 12 de agosto de 2015, pp.3926-3928, <https://goo.gl/6kwBgX>
- Decreto por el que se adiciona el artículo 41 Bis y se reforma el artículo 98 de la Ley General de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación sección Primera con fecha 14 de diciembre de 2011, pp. 68-89, <https://goo.gl/AI514>.
- Decreto por el que se declaran reformadas y derogadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de la reforma política de la Ciudad de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de enero de 2016, <https://goo.gl/C3CCrv>.
- 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, de fecha 19 de diciembre de 2007, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, número 247, Decima Séptima Época, el 7 de enero del 2008 pp. 2-12, <http://goo.gl/QgJmR>.
- Decreto por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de fecha 01 de junio de 2011, publicada en el Diario Oficial, Primera Sección, el día 10 de junio de 2011, pp. 2-5, <http://goo.gl/ID0iJ>
- Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, de fecha 17 de septiembre de 2012, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito

Federal, número 1442, el 19 de septiembre de 2012, pp. 3-8, <https://goo.gl/n06zTG>.

- Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, de fecha 25 de julio de 2012, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, número 1404, Décima Séptima Época, el 27 de julio de 2012, p. 3-11, <http://goo.gl/FqyOh>
- Fe de Erratas al Decreto Número 271, Publicada en el Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes el 20 de abril de 2009, Número 16, Tomo LXXII, pp10-11.
- Iniciativa de Iniciativa con Proyecto de Decreto que Reforma y Adiciona Diversos Artículos de la Ley General de Salud y del Código Penal Federal E Iniciativa con Proyecto de Decreto para Reformar la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, La Ley de Salud para El Distrito Federal y El Código Penal Del Distrito Federal Publicada en la Gaceta Parlamentaria de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, Número 23, año 01 de fecha 21 de noviembre de 2012., pp.125-138, <http://www.aldf.gob.mx/archivo-f5a7ea8e35e9c3eca03e80548176235c.pdf>
- Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley general de Salud y del Código Penal Federal, publicada en la Gaceta parlamentaria, Número 4258-VII, con fecha 21 de abril de 2015, <http://goo.gl/tmqkln>.
- Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud y del Código Penal Federal, publicada en la Gaceta parlamentaria número 4479-III, año XIX, de fecha 1 de marzo de 2016, <https://goo.gl/0DuP80>, página consultada el 17 de mayo de 2016
- Ley 1/2003 de la Generalitat, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana, de fecha 31 de enero de 2003, publicado en el Diario Oficial de la Generalidad de Valencia, número 4.430, el 31 de enero de 2003, pp.2222-2234, <http://goo.gl/xjRjU>
- Ley 1/2006, de Voluntades Anticipadas, de fecha 3 de marzo de 2006, publicada en el Boletín Oficial de Islas Baleares, número 36, el 11 de marzo de 2006, pp.51-52, <http://goo.gl/MS0no>

- Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, publicada en el boletín oficial del Estado, Número 54, Sección I, con fecha cuatro de marzo de 2015, pp.20101-20116, <https://goo.gl/A6FC9n>.
- Ley 1/92 del Servicio de Salud del Principado de Asturias, de fecha 2 de julio de 1992, publicada en el Boletín Oficial del Principado de Asturias y de la provincia, número 162, el 13 de julio de 1992, pp.5665- 5673, <http://goo.gl/kydk0>
- Ley 10/2001, de Salud de Extremadura, de fecha 28 de junio de 2001, publicada en el Diario Oficial de Extremadura, número 76, el 3 de julio de 2001, pp.7288-7312, <http://goo.gl/x1nCA>
- Ley 10/2011 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Morir y de la Muerte, de fecha 24 de marzo de 2011, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 15, el 14 de mayo de 2011, pp. 49076-49093, <http://goo.gl/o09hy>
- Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, publicada en el Boletín Oficial de Aragón Número 70, con fecha 07 de abril de 2011, pp. 7669-7682, <https://goo.gl/z4KCdd>.
- Ley 11/1994, de Ordenación Sanitaria de Canarias, de fecha 26 de julio de 1994, publicada en el Boletín de Canarias, número 96, el 5 de agosto de 1994, pp. 5501-5531, <http://goo.gl/ch6lO>
- Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida, publicada en el Boletín oficial del Estado, Núm. 175, Sección I, con fecha 21 de julio de 2016, pp. 51143-51157, <https://goo.gl/fJbqKX>.
- Ley 12/2001, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, de fecha 21 de diciembre de 2001, publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 306, el 26 de diciembre de 2001, pp. 8-39, <http://goo.gl/WYdhq>

- Ley 14/1986, General de Sanidad, de fecha 25 de abril de 1986, publicada en el Boletín Oficial, número 102, el 29 de abril de 1986, pp. 15207- 15224, <http://goo.gl/BCjW5>
- Ley 14/2007 de Investigación biomédica de fecha de 3 de julio de 2007, publicada en el Boletín oficial del Estado número 159, con fecha 4 de julio de 2007, pp. 28826-28848, <https://goo.gl/0z5nQ5>
- Ley 15/1990, de Ordenación Sanitaria en Cataluña, publicada en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, de fecha 9 de julio de 1990, número 1324, el 30 de julio de 1990, pp. 3660-3673, <http://goo.gl/a4Zwh>
- Ley 16/2003 **de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, de fecha 28 de mayo de 2003, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 128, el 29 de mayo de 2003, pp. 20567-20588, <http://goo.gl/2rrMx>
- Ley 16/2010, de Modificación de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y la Documentación Clínica, de fecha 3 de junio de 2010, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 156, el 28 de junio de 2010, pp. 56462-56467, <http://goo.gl/if0k2>
- Ley 2/1998, de Salud de Andalucía, de fecha 15 de junio de 1998, publicada en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 74, el 4 de julio de 1998, pp. 8.302- 8.315, <http://goo.gl/hTKXO>
- Ley 2/2002, de la Salud de la Rioja, de fecha 17 de abril de 2002, publicada en el Boletín Oficial de la Rioja, número 49, el 23 de abril de 2002, <http://goo.gl/kuDi8>
- Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, publicada en el boletín oficial del estado número 127, sección I, con fecha 25 de mayo de 2010, pp. 45646-45662, <https://goo.gl/CyyJwc>.
- Ley 2/2010, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de la muerte, de fecha 8 de abril de 2010, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 127, el 25 de mayo de 2010, pp.45646-45662, <http://goo.gl/NxdfZ>

- Ley 21/2000, sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica, de fecha 29 de diciembre de 2000, publicada en el Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya, número 3303, el 11 de enero de 2001, pp. 464-467, <http://goo.gl/wldqi>
- Ley 3/2001, Reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica de los Pacientes, de fecha 28 de mayo de 2001, publicada en el Diario Oficial de Galicia, número 111, el 8 de junio de 2001, pp. 7.953-7.957, <http://goo.gl/hudWY>
- Ley 3/2003, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Valencia, de fecha 6 de febrero de 2003, publicada en el Diario Oficial de la Generalidad de Valencia, número 4.440, el 14 de febrero de 2003, pp.4173-4198, <http://goo.gl/3N6sU>
- Ley 3/2005, de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente, de fecha 8 de julio de 2005, publica en el Diario Oficial de Extremadura, número 82, el 16 de julio de 2005, pp.10442-10458, <http://goo.gl/RmQ2f>
- Ley 3/2005, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular Instrucciones Previas en el ámbito Sanitario y se crea el Registro correspondiente, de fecha 23 de mayo de 2005, publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 140, el 14 de junio de 2005, pp. 4-6, <https://goo.gl/vAYZTv>
- Ley 3/2005, que modifica la Ley 3/2001 de fecha 28 de mayo de 2001, reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica de los Pacientes, de fecha 7 de marzo de 2005, publicada en el Diario Oficial de Galicia, número 55, el 21 de marzo de 2005, pp. 4.760-4.764, <http://goo.gl/0dTrA>
- Ley 4/1994, de Salud de la Región de Murcia, de fecha 26 de julio de 1994, publicada en el Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 176, el día 4 de agosto de 1994, pp. 7115-7125, <http://goo.gl/iDkam>
- Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir, publicada en el Boletín oficial del Estado, Número 96,

Sección I, con fecha 22 de abril de 2015, pp. 34962-34981, <https://goo.gl/XwYvms>.

- Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, publicada en el Boletín oficial del Estado Número 149, sección I, con fecha 23 de junio de 2017, pp. 51701-51716, <https://goo.gl/Cq8RzH>.
- Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, de fecha 14 de noviembre de 2002, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 274, el 15 de noviembre de 2002, pp. 40126-40132, <http://goo.gl/YqaQi>
- Ley 5/2003, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada, de fecha 9 de octubre de 2003, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 279, el 21 noviembre 2003, pp. 4123-41234, <http://goo.gl/2K4xW>
- Ley 5/2003, de Salud de las Islas Baleares, de fecha 4 de abril de 2003, publicada en el Diario Oficial de Islas Baleares, número 55, el 22 de abril de 2003, pp.25-39, <http://goo.gl/8dQjh>
- Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales, publicada en el Periódico Oficial del Estado Número 228, sección I, con fecha 23 de septiembre de 2015, pp. 85012-85025, <https://goo.gl/dv1pqq>.
- Ley 6/2002, de Salud de Aragón, de fecha 15 de abril de 2002, publicada en el Boletín Oficial de Aragón, número 46, el 19 de abril de 2002, pp. 3741-3757, <http://goo.gl/AbacO>
- Ley 6/2005 sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud, de fecha 7 de julio de 2005, publicada en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha, número 141, el 15 de julio de 2005, pp.13757-13759, <http://goo.gl/kCEA5>
- Ley 7/2002 de Ordenación Sanitaria de Cantabria, de fecha 10 de diciembre de 2002, publicada en el Diario Oficial de Cantabria, número 242, el 18 de diciembre de 2002, pp.10973-10996, <http://goo.gl/4FvF>

- Ley 7/2002, de las Voluntades Anticipadas en el ámbito de la Sanidad, de fecha 12 de diciembre de 2002, publicada en el Boletín Oficial del País Vasco, número 248 ZK, el 30 de diciembre de 2002, pp. 23318-23323, <http://goo.gl/byVhA>
- Ley 7/2003, de Ordenación Sanitaria de Galicia, de fecha 9 de diciembre de 2003, publicada en el Diario Oficial de Galicia, número 246, el 14 de enero de 2004, pp.15.649-15.666, <http://goo.gl/0zTzm>
- Ley 8/2000 de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, de fecha 30 de noviembre del 2000, publicada en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha, número 126, el 19 de Diciembre de 2000, pp. 12159-12178, <http://goo.gl/B5iAg>
- Ley 8/2003, sobre Derechos y Deberes de las Personas con relación a la Salud, de fecha 8 de abril de 2003, publicada en el Boletín Oficial de Castilla y León, número 71, el 14 de abril de 2003, pp. 6-12, <http://goo.gl/ahRW2>
- Ley 8/2008, de Salud de Galicia, de fecha 10 de julio de 2008, publicada en el Diario Oficial de Galicia, número 202, el 21 de agosto de 2008, pp.35080-35115, <http://goo.gl/I0MAI>
- Ley 8/2009, por la que se modifica la Ley 6/2002, de fecha 15 de abril de 2002, de Salud de Aragón, en lo Relativo a Voluntades Anticipadas, de fecha 2 de julio de 2009, publicada en el Boletín Oficial del Estado número 30, el 4 de febrero de 2010, pp. 9864-9865, <http://goo.gl/yaewW>
- Ley 9/1998, del Código de Familia, de fecha 15 de julio de 1998, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 198, el 19 de agosto de 1998, pp. 28310-28344, goo.gl/w24qXy
- Ley 9/2005, reguladora del Documento de Instrucciones Previas en el ámbito de la Sanidad, de fecha 30 de septiembre de 2005, publicada en el Boletín Oficial de la Rioja, número 33, el 6 de octubre de 2005, <http://goo.gl/RVxap>
- Ley de derechos de los enfermos en etapa terminal de Nayarit, de fecha 29 de agosto de 2012, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Nayarit, Número 32, Tiraje 080, Sección Séptima, Tomo CXCI de fecha 12 de septiembre de 2012, pp.1-19, <https://goo.gl/Qup4D3>.

- Ley de Derechos de los Enfermos en Etapa Terminal para el Estado de Nayarit, ÚLTIMA REFORMA PUBLICADA EN EL PERIÓDICO OFICIAL: 8 DE NOVIEMBRE DE 2016, pp. <https://goo.gl/vVbJeG>
- Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes, de fecha 31 de marzo de 2009, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes, número 14, tomo LXXII, sección primera, el 6 de abril de 2009, pp. 3-8.
- Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato, de fecha 23 de mayo de 2011, publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato, número 88, el 3 de junio de 2011, pp. 26-41, <https://goo.gl/IXnu8t>
- Ley de Voluntad Vital Anticipada del Estado de Michoacán de Ocampo, de fecha 9 de septiembre de 2009, publicada en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, número 40, tomo CXLVII, sección tercera, el 21 de septiembre de 2009, pp. 1-8, <https://goo.gl/ohC8Ue>
- Ley Foral 11/2002, sobre los derechos del paciente a las Voluntades Anticipadas, a la Información y a la Documentación Clínica, de fecha 6 de mayo de 2002, publicada en el Boletín Oficial de Navarra, número 58, el 13 de mayo de 2002, pp.4224-4227, <http://goo.gl/O5enJ>
- Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, publicada en el Boletín Oficial del Estado Núm. 99, Sección I, el 26 de abril de 2011, pp. 42304-42315, <https://goo.gl/mKShZF>.
- Ley Foral de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de la muerte, publicada en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra de la VII Legislatura, número 30, el 28 de marzo de 2011, pp. 7-16, <http://goo.gl/g0B9J>
- Ley Número 1173 de Voluntad Anticipada para el Estado de Guerrero, de fecha 23 de mayo de 2012, publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero, Número 58, Alcance I, de fecha 20 de julio de 2012, pp. 2-15, <http://goo.gl/Hi6Nfr>

- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, publicada en el Boletín oficial del Estado Núm. 281, con fecha 24 de noviembre de 1995, artículo 143, p34005, <https://goo.gl/1YqDI9>.
- Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal de fecha 13 de diciembre de 1999, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 298, el 14 de diciembre de 1999, pp. 43088-43099, <http://goo.gl/CaqGv>
- Ley Orgánica 3/1986 de Medidas Especiales en Materia de Salud Publica, de fecha 14 de abril de 1986, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 102, el 29 de abril de 1986, p. 15207, <http://goo.gl/wa8Fu>
- Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Coahuila de Zaragoza, número 58, Tomo CXV, Sección Primera, el 18 de julio de 2008, pp. 1-6, <https://goo.gl/UP8fYY>
- Ley Relativa a la Eutanasia de fecha 28 de mayo de 2002, publicada el 06 de Junio de 2002 en el Boletín Oficial de la Administración Belga, C – 2002/09590, pp. 28515-28520, <http://goo.gl/v30U11>.
- Ley Sobre la Eutanasia y la Asistencia al Suicidio, publicada en el Diario Oficial del Gran-Ducado de Luxemburgo A-No. 46 con fecha 16 de marzo 2009, pp. 615-619, <http://goo.gl/6yf67C>.
- Orden 2191/2006, por la que se desarrolla el Decreto 101/2006 y se establecen los modelos oficiales de los Documentos de Solicitud de Inscripción de las Instrucciones Previas y de su revocación, modificación o sustitución, de fecha 18 de diciembre de 2006, publicado en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 302, el 20 de diciembre de 2006, pp.28-41, <http://goo.gl/hWZKR>
- Orden 645/2007, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula el otorgamiento de las Instrucciones Previas, su modificación, sustitución y revocación ante el Personal al Servicio de la Administración, de fecha 19 de abril de 2007, publicado en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 107, el 7 de mayo de 2007, pp.61-71, goo.gl/CcB36n
- Orden 8/2006, de la Consejería de Salud sobre la forma de otorgar Documento de Instrucciones Previas ante personal de la Administración,

publicado en el Boletín Oficial de la Rioja, número 103, el 5 de agosto de 2006, <http://goo.gl/EKuoI>

- Orden de la Consejería de Sanidad, de creación del Fichero Automatizado de Datos del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha, de fecha 31 de agosto de 2006, publicado en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha, número 193, el 18 de septiembre de 2006, pp.19317-19318, <http://goo.gl/e8fXg>
- Orden por la que se aprueba la Carta de los Derechos y de los Deberes de los Pacientes y Usuarios Sanitarios y se regula su difusión, de fecha 28 de febrero de 2005, publicada en el Boletín Oficial de Canarias, número 55, el 17 de marzo de 2005, pp.4338-4341, <http://goo.gl/0JJI2>
- Orden SCO/2823/207, de 14 de septiembre, por la que se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado Registro Nacional de Instrucciones Previas, Publicado en el Boletín Oficial del Estado Número 235 con fecha 1 de octubre de 2007, pp.39866-39867, <https://goo.gl/PkI9vT>
- Proyecto de Ley del Principado de Asturias sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas al final de la vida, publicado en el Boletín Oficial de la Junta General del Principado de Asturias, Núm. 61.1, Serie A, con fecha 8 de febrero de 2017, pp.1- 13, <https://goo.gl/Ske7vy>.
- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se Regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal, Publicado en el Boletín Oficial del Estado Número 40 con fecha 15 de febrero de 2007, pp. 6591-6593, <https://goo.gl/dE04Ys>.
- Reforma del artículo 13, apartado 2, de la Constitución Española, de fecha 27 agosto de 1992, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 207, el 28 de agosto de 1992, pp.29907-29909, <http://goo.gl/4wF86>
- Reforma del artículo 135 de la Constitución Española, de 27 de septiembre de 2011, Publicada en el Boletín Oficial del Estado, Número 233, con fecha 27 de septiembre de 2011, pp. 101931-101933, <http://goo.gl/P7rP36>, página consultada el 20 de mayo de 2014.

- Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, número 307, Décimo Séptima Época, el 4 de abril de 2008, pp. 8-20, <https://goo.gl/kPCsfp>
- Resolución de la Consejería de Sanidad por la que se crean nueve puntos del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha, de fecha 8 de enero de 2008, publicado en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha, número 16, el 22 de enero de 2008, p.1465, <http://goo.gl/sJixW>.

Sentencias y Tesis

- Sentencia 13/2001, fundamento siete, de fecha 29 de enero de 2001, publicada en el Boletín Oficial del Estado número 52, con fecha 1 marzo 2001, p.20, <https://goo.gl/seVxQj>.
- Sentencia 53/1985, Fundamento ocho, de fecha 11 de abril de 1985 publicada en el Boletín Oficial del Estado número 119, con fecha 18 de mayo de 1985, p. 19, <https://goo.gl/y0QoTm>.
- Sentencia 82/2006, fundamento dos, de fecha 13 de marzo de 2006, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 92 con fecha 18 de abril de 2006, p.87, <https://goo.gl/DDWVc3>.
- Sentencia C-239/97 de la Corte Constitucional de la Republica de Colombia de fecha 20 de mayo de 1997, Apartado 2. La vida como valor constitucional, el deber del Estado de protegerla y su relación con la autonomía de la persona, <http://goo.gl/99J6BL>.
- Sentencia No. C-221/94, Despenalización del consumo de la dosis personal, <https://goo.gl/euMZ5J>.
- Sentencia T-970/14 de la Corte Constitucional de la Republica de Colombia de fecha 14 de diciembre de 2014, EUTANASIA- Despenalización, <https://goo.gl/IMbs9g>.
- Tesis 1a. CCCLIV/2014, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Libro 11, Tomo I, Octubre de 2014, p. 602.

- Tesis Jurisprudencial VI.3o.A. J/4, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Decima Época, t.III, agosto de 2013, p. 1408.
- Tesis P. LXV/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t.XXX, diciembre de 2009, p. 8.
- Tesis P./J. 20/2011, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXXIV, agosto de 2011, p. 6.

Mesografía

- Arenal, Concepción, *La igualdad social y política y sus relaciones con la libertad*
<http://goo.gl/MAEqoN>
- Bastida Freijedo, Francisco J., El Fundamento de Los Derechos Fundamentales <http://www.unirioja.es/dptos/dd/redur/numero3/bastida.pdf>.
- Camacho Díaz, M., “Testamento Vital”, Sociedad Española del Dolor.
<http://goo.gl/9snvD>
- Cámara de Diputados, Gaceta Parlamentaria, número 1740-II, Iniciativas.
<http://goo.gl/hM6uv>
- Carta de las Naciones Unidas
<https://goo.gl/0nsnP>
- Conbioetica-mexico, ¿Que es la bioética?
<http://goo.gl/l6Gqy>
- Consejo de Europa, Estados que han firmado y ratificado el Convenio para la Protección de los Derechos y la Dignidad del ser Humano.
<http://goo.gl/9A9wS>
- Constitución de la UNESCO.
<http://goo.gl/z8V57H>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, última Reforma Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 29 de enero de 2016.
<https://goo.gl/y2WIs>

- Convención Americana Sobre Derechos Humanos Suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana Sobre Derechos Humanos (B-32), Preámbulo.
<http://goo.gl/RYryL>
- Convención Internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad.
<https://goo.gl/0P8TJp>
- Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser Humano de fecha 04 de abril de 1997.
<http://goo.gl/w03UM>
- Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos
<http://goo.gl/z8V57H>
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.
<http://goo.gl/kgZte>
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos
<http://goo.gl/71V9BF>
- Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos
<http://goo.gl/DmJcJE>
- Declarantes Con IP Activa por Comunidad Autónoma y Grupos de Edad Registro Nacional de Instrucciones Previas. Enero 2017. <https://goo.gl/gLlwdl>
- Declarantes Con IP Activa por Comunidad Autónoma y Sexo. Registro Nacional de Instrucciones Previas. Enero 2017.
<https://goo.gl/59ZiS3>
- Definición de Libertad.
<http://definicion.de/libertad/>
- Diario el mundo, una mujer en coma da a luz a un bebé en Portugal.
<https://goo.gl/cqgQLvhttp>
- Diario La Jornada en línea, Constituyentes Aprueban derecho a la muerte digna.
<https://goo.gl/iPJ6bw>
- Diccionario Médico Interactivo de Portales Médicos.

<http://goo.gl/MDU0M>

- España, líder mundial en trasplantes por 24º año consecutivo,
<https://goo.gl/IYpkUJ>.
- Gobierno del Estado de México, Secretaria de Salud
<https://goo.gl/MfP1FT>
- Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos, México: Secretaria de Salud, 2010, Guía Electrónica.
<http://goo.gl/ABqjCz>
- H. Congreso del Estado Libre y Soberano de Guerrero, Leyes Ordinarias.
<http://goo.gl/DWbsw8>
- H. Congreso del Estado de Oaxaca-LXIII Legislatura
<https://goo.gl/hzc2eV>
- Iniciativa con Proyecto de Constitución Política de la Ciudad de México de fecha 15 de septiembre de 2016.
<http://gaceta.diputados.gob.mx/ACCM/DOC/ProyectoConst15sep.pdf>
- Iniciativa con proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud.
<http://goo.gl/mJvAl>
- Legislación del Estado de Colima, No.129.
<http://goo.gl/CNVsXz>
- Ley Estatal de Salud de Chihuahua
<http://goo.gl/zlcrK>
- Ley General de Salud, Reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 27 de enero de 2017.
<https://goo.gl/1fm4mO>
- LIX Legislatura, Poder Legislativo del Estado de México, Ley de Voluntad Anticipada.
<http://goo.gl/Jfe8u>
- LXII Legislatura, Senado de la Republica, Iniciativas de Ciudadanos Cenadores.
<http://goo.gl/xbxh7>

- Manual del Expediente Clínico Electrónico, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, México, 2011.
<https://goo.gl/tdNul4>.
- Marco Normativo, LXIII Legislatura del Congreso de Guanajuato.
<https://goo.gl/NC6NRI>
- Nacionalidad de los Declarantes de las Instrucciones Previas Activas. Registro Nacional de Instrucciones Previas. Enero 2017.
<https://goo.gl/yP44A3>
- Número de Inscripciones en el RNIP Desde Sincronización Completa de los Registros Autonómicos.
<https://goo.gl/CN2DD6>
- OCDE, las desigualdades regionales empeoran en muchos países, señala OCDE
<https://goo.gl/OqjbXa>
- Pele Antonio, Una Aproximación al Concepto de Dignidad, *Revista Universitas*.
http://universitas.idhbc.es/n01/01_03pele.pdf
- Poder Legislativo del Estado de Yucatan
<https://goo.gl/1hiC40>
- Proceso, Asamblea Constituyente Aprueba la Primera Constitución de la Ciudad de México.
<https://goo.gl/87eRWY>
- Programa de Salud de la Ciudad de México
<http://www.colegiodenotarios.org.mx/doctos/va16.pdf>
- Quijada, Cristina y Tomás y Garrido, Gloria María, Testamento Vital, Conocer y Comprender su Sentido y Significado.
<https://goo.gl/fPcEI8>
- Recomendación 1418 de Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, adoptado por la Asamblea el 25 de junio de 1999, pp.1-3
<http://goo.gl/LyIJ1M>

- Registro Nacional de Instrucciones previas
<https://goo.gl/N5nmEQ>
- Sánchez Barroso, José Antonio, Voluntad Anticipada, Ciclo de Conferencias Inaugurales de la Escuela Internacional de Derecho y Jurisprudencia, junio 2012.
<http://goo.gl/TSH7d>,
- Servicios, Secretaria de Salud del Distrito Federal
<http://goo.gl/UmWaw>
- Segob, Ordenamientos, San Luis Potosí
<https://goo.gl/vJlCt>
- Sistema de Información Legislativa, Exposición de motivos
<https://goo.gl/47UEQy>
- Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)
<http://goo.gl/Omx1o>
- Tribunal Constitucional de España
<http://boe.es/boe/dias/2000/05/04/pdfs/t00099-00118.pdf>.
- UNESCO. Comité Intergubernamental de Bioética (CIGB)
<http://goo.gl/D0QRYZ>
- UNESCO. Comité Internacional de Bioética (CIB)
<http://goo.gl/fRIyA3>
- UNESCO, Servicio de Prensa, El Comité Internacional de Bioética Advierte Sobre los Nuevos Riesgos de Discriminación
<http://goo.gl/xd8BHK>
- Zamudio Teodora, Cuestiones Bioéticas en Torno a la Muerte.
<http://goo.gl/od0iT>