

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

Colegio de Ciencias y Humanidades

Licenciatura en Promoción de la Salud

Voluntad Anticipada en la Promoción de la Salud

TRABAJO RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

JUAN CARLOS ROBLES SÁNCHEZ

Directora del trabajo recepcional

Mtra. Alejandra Gabriela Rivera Quintero

México, D.F. octubre 2015.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

*Necesitamos la vida entera para
aprender a vivir, y también
—cosa sorprendente— para
aprender a morir.*

Séneca

Dedicatoria

El presente trabajo recepcional está dedicado especialmente a mi madre, la Sra. María del Carmen Sánchez Pérez, pues gracias a sus enseñanzas, consejos, dedicación y esfuerzo esto fue posible. Y aunque físicamente ya no esté conmigo, sé que ella desde el cielo, día a día, me sigue cuidando y guiando para que todo salga bien.

A mi hermana mayor, Alma Delia Robles Sánchez, por haberme hecho llegar hasta ésta H. Institución en la cual logré cumplir el más grande de mis deseos; y a mi hermana menor, Alejandra Valeria Robles Sánchez, por su compañía en los momentos difíciles, pues sin su apoyo no hubiera podido concluir este sueño.

A Óscar Zavala Ledesma, mi amigo inseparable, por haberme acompañado en este arduo camino, apoyándome cuando más lo necesitaba, por su amistad desinteresada y compartir mis alegrías, tristezas, éxitos y fracasos.

Y a aquellas personas que lean este trabajo buscando respuestas sobre el quehacer de la Promoción de la Salud, con respecto a orientar a las personas para que estas puedan ejercer su derecho a decidir cómo desean morir sin dejar de lado su calidad de vida; no importando si se trata de un paciente en estado terminal o de una persona que en un futuro pudiera ser un paciente.

Agradecimientos

Al programa de Medicina a Distancia, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, pues me permitió conocer un poco más del programa de Voluntad Anticipada, cuando presté mi Servicio Social en ese lugar.

A la Universidad Autónoma de la Ciudad de México primero que nada, por darme la oportunidad de estudiar y convertirme en un profesional más que egresa de ella. También agradecer por el apoyo recibido para la impresión y empastado del presente trabajo.

A mi directora de trabajo recepcional, Mtra. Alejandra Gabriela Rivera Quintero, por su esfuerzo y dedicación; quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación hizo que llegara a ésta última etapa de mis estudios con éxito.

A los lectores del trabajo recepcional Dr. Juan Manuel Mendoza Rodríguez, Mtra. Lénica Rodríguez Cruz Manjarrez, Mtro. José Antonio Navarro Capella y Mtra. Claudia Alicia López Ortiz, por dedicarme un poco de su tiempo y así mejorar el presente trabajo.

A todos y cada uno de las y los profesores que tuve a lo largo de la carrera, ya que todos aportaron con un granito de arena a mi formación; en especial a mis profesores el Dr. Arturo Barrón González, por brindarme su ayuda cuando más lo necesité, y al Dr. Miguel Ángel Palomino Garibay, por sus consejos y sus enseñanzas, pero sobre todo por su amistad.

Y por último, pero no menos importante, a mis amigas Rocío Sánchez, Fabiola Vargas, Edaena Olmos y Sandra Rivera por formar parte tanto de mi vida académica como personal. Agradecerles su amistad, su apoyo y su compañía en los momentos más difíciles de mi vida, algunas están aquí conmigo y otras no; pero sin importar en donde estén, quiero darles las gracias por formar parte de mi vida.

Introducción.....	7
Planteamiento del problema.....	11
Justificación.....	13
Objetivos.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
Estado del arte.....	15
Marco conceptual.....	19
Definición y clasificación contemporánea de eutanasia, distanasia, cacotanasia, ortotanasia, voluntad anticipada y cuidados paliativos.....	19
Marco referencial.....	26
I. Alusiones cronológicas sobre morir y la actuación ante ello.....	26
II. Países que legislaron a favor de la eutanasia, la voluntad anticipada y los cuidados paliativos.....	33
II.I Surgimiento y aplicación de los cuidados paliativos en México.....	41
Marco Teórico.....	44
I. La Tanatología y su relación con la voluntad anticipada.....	44
II. Las fases del duelo de Kübler-Ross y su asociación con la voluntad anticipada.....	45
CAPÍTULO 1.....	48
La Ley de Voluntad Anticipada y su impacto en diferentes ámbitos.....	48
Diferencia entre ortotanasia y voluntad anticipada.....	49
Diferencias entre eutanasia y voluntad anticipada.....	51
1.1 Esferas legales de la Ley Voluntad Anticipada.....	52
1.2 Esferas Bioéticas de la Ley de Voluntad Anticipada.....	56
1.3 Esferas culturales de la Ley de Voluntad Anticipada.....	58
1.4 Esferas desde la Promoción de la Salud y Ley de Voluntad Anticipada.....	59
1.5 Cifras y datos relevantes de la Ley de Voluntad Anticipada.....	61
1.5.1. Estadística de formatos hospitalarios de voluntad anticipada.....	61
1.5.2. Estadísticas de documentos de voluntad anticipada suscritos ante notario.....	64
CAPÍTULO 2.....	70
Metodología.....	70

2.1. Tamaño de muestra	70
2.2. Diseño del instrumento de investigación	71
2.3. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	73
2.3.1. Criterios de inclusión	73
2.3.2. Criterios de exclusión	74
2.3.3. Criterios de eliminación	75
2.4. Aplicación del instrumento de recolección de datos.....	75
CAPÍTULO 3	78
Análisis de resultados y datos estadísticos generales	78
a) Análisis de datos no correlacionables (Descriptivos).....	78
b) Análisis de variables correlacionables.....	83
CONCLUSIONES.....	92
ANEXOS.....	97
BIBLIOGRAFÍA.....	111

Introducción

Morir es un suceso universal y es algo que indiscutiblemente nos sucederá a todos tarde o temprano; sin embargo, a lo largo de la historia cada cultura lo ha percibido y aceptado de maneras distintas. Por ejemplo: en la antigüedad, específicamente en la Edad de hierro, este suceso era catalogado como algo que tenía que suceder¹; en la Grecia presocrática, el morir fue considerado más como un anhelo, que como fin². Mientras que en la Edad Media, el acto de morir se vinculó directamente a designios de Dios³; en el Renacimiento, existieron significados ambivalentes respecto al fenecer (en un tiempo se vio como un fin, y en otro se intentaba ignorar)⁴. Finalmente en la actualidad, la cosmovisión referente a este hecho se percibe como algo natural, como resultado de una enfermedad o como la consecuencia de un accidente⁵.

Independientemente de la manera por la cual se pudiera fallecer, no en todos los casos este suceso se presentará de forma rápida, inmediata o inesperada; ya que en algunos casos este proceso es lento, largo y esperado. Debido a que nadie sabe cuándo y cómo será su muerte, sería necesario tomar precauciones a fin de evitar sufrimientos o situaciones innecesarias que pudieran afectar al enfermo terminal⁶ o al futuro paciente⁷; por ello, sería ideal que las personas plasmaran sus deseos de forma escrita, lo que se conoce actualmente como voluntad anticipada. La voluntad anticipada⁸ es la expresión escrita de cualquier persona, donde se establecen las atenciones médicas que se desea o no recibir en caso de padecer una enfermedad irreversible/terminal o al sufrir un accidente que impida expresarse (por ejemplo: al estar en estado de coma profundo o por estar en estado

¹Cuestiones jurídicas y bioéticas entorno a la muerte. Recuperado el 5 de Mayo de 2013 de: <http://www.muerte.bioetica.org/doc/silva.pdf>

²MARTÍNEZ, J. (1996). *Muerte digna y eutanasia, Taller provincial "Dilemas de bioética"*. Cuba: Facultad de Ciencias Médicas, Sancti Spiritus. Pág. 11.

³ZAMORA, A. (2010). *El Enfermo Terminal y la Muerte*. Revista Bioética y Ciencias de la Salud, Vol. 5 N° 2. Sección: opinión. Págs. 1-2.

Recuperado el 15 de Febrero de 2015 de: http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/paliativos/ENFERMO_TERMINAL_Y_LA_MUERTE.pdf

⁴Ídem.

⁵Para mayor referencia ver Marco Teórico, Subtema I. La Tanatología y su relación con la voluntad anticipada, Págs. 44-45.

⁶El paciente o enfermo terminal, es la persona que se tiene un padecimiento mortal; el cual, no le da una esperanza de vida mayor a los 6 meses.

⁷Se considera como futuro paciente, a cualquier persona (enferma o sana) que de manera repentina pueda ver afectada su salud; como resultado de una enfermedad repentina o crónica, por un accidente grave o por cualquier otra circunstancia ajena a las enfermedades crónico-degenerativas.

⁸SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL. (2010). *Voluntad Anticipada*. Recuperado el 03 de mayo de 2013 de: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=162

vegetativo permanente (EVP)); para evitar que su calidad de vida disminuya y o que no obtenga una muerte digna.⁹

Debido a que la voluntad anticipada se apega a las decisiones del enfermo terminal o del futuro paciente referentes a cómo morir, en algunos casos se le llega a confundir con otras prácticas. Es importante comprender que la voluntad anticipada no es lo mismo que la distanasia, ya que esta última solo tiene como finalidad posponer el momento de la muerte del enfermo al recurrir a cualquier medio artificial que se crea viable. Tampoco se le debe de asociar con la eutanasia, debido a que esta únicamente trata de evitarle al paciente sufrimientos innecesarios ocasionándole una muerte sin dolor. Del mismo modo, no se le debe de asociar a la ortotanasia debido a que esta práctica comprende solamente la correcta actuación del personal médico ante la muerte del enfermo incurable o en fase terminal; ésta deja de lado, las condiciones en las cuales el enfermo podría morir.

La voluntad anticipada en la Ciudad de México tiene su fundamento legal en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal de 2008. Donde se establece que esta ley, es de orden público y de interés social, teniendo como objeto, establecer y regular las normas, requisitos y formas para que cualquier persona con capacidad de ejercicio pueda realizar su voluntad; con respecto a negarse a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida. Esta ley protege 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.¹⁰

A pesar que esta ley tiene 7 años de haber entrado en vigor, el número de afiliaciones hospitalarias y suscripciones notariales hechas a ella son pocas, con respecto al número de decesos por enfermedades crónicas o por accidentes acontecidos durante en el mismo lapso de tiempo.¹¹ Se consideró importante conocer las causas por las cuales las afiliaciones

⁹MARTÍNEZ, Op.Cit., Pág. 11.

¹⁰ALDF. (2009). Asamblea Legislativa del Distrito Federal. *Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*.

Recuperado el 03 de octubre de 2014 de: <http://www.aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf>

¹¹INEGI. (2000). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Registros de Mortalidad*. Recuperado el 7 de junio de 2014 de: <http://www3.inec.org.mx/sistemas/microdatos/encuestas.aspx?c=33398&s=est>

hospitalarias y suscripciones notariales fueron pocas; por lo que al revisar las estadísticas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal referentes a este tema, se identificó que en las 16 delegaciones del Distrito Federal el número de afiliaciones varió de manera notoria entre cada una de ellas.

Es por lo anterior, que se decidió trabajar con las delegaciones que no presentaron una diferencia tan significativa, es decir, con aquellas delegaciones que se ubicaron en la mediana de los datos; obteniendo así a Cuajimalpa y Magdalena Contreras. En estas delegaciones se intentará responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál fue la causa principal por la que los habitantes de las delegaciones Cuajimalpa y Magdalena Contreras decidieron no ejercer su derecho a la Ley de Voluntad Anticipada durante 2014?

La intención del presente trabajo, además de responder la pregunta de investigación, tiene como trasfondo empoderar al lector brindándole conocimientos durante cada tema desarrollado; se intenta minimizar el desconocimiento sobre la Ley de Voluntad Anticipada, para que así éste pueda volverse crítico de su realidad y posteriormente entable juicios acorde a su cosmovisión.

Para ello, el presente trabajo tiene la siguiente estructura:

En el Capítulo 1 se analizan los conceptos de voluntad anticipada-eutanasia y voluntad anticipada-ortotanasia a fin de ubicar los alcances, las limitantes y los condicionantes de cada una de esas prácticas con el fin de conocer posteriormente las modalidades que presenta la Ley de Voluntad Anticipada las cuales son: 1) afiliación hospitalaria (ésta se realiza por el enfermo terminal o por un representante legal, dentro del hospital y tiene que ser avalada por el comité de bioética del hospital donde se encuentra el paciente. La afiliación es gratuita solo en hospitales públicos y no tiene plazo de expiración); y 2) suscripción notarial (esta modalidad se lleva a cabo en cualquier notaria del Distrito Federal. La puede solicitar cualquier persona mayor de edad, su costo en promedio es de \$5000 pesos M.N y tiene una duración de 5 años a partir de la fecha de expedición).

Posteriormente, se analizarán las interacciones de la Ley de Voluntad Anticipada con factores legales, bioéticos, culturales y de la promoción de la salud; este capítulo finaliza, con un análisis detallado sobre el número de afiliaciones y suscripciones hechas a esta Ley de 2008 a 2013, detallando el género, la edad, el sexo y la delegación.

El Capítulo 2 aborda los aspectos de la metodología: el tamaño de la muestra (cómo se calculó, por qué se decidió ese número y más), el diseño del instrumento de investigación (por qué una encuesta, parámetros utilizados en ella [escalas y variables] y el diseño y modificaciones al piloto de la encuesta), los criterios de inclusión (que básicamente aluden a ser residente de la delegación de interés [Cuajimalpa o Magdalena Contreras] y a encontrarse dentro del grupo etáreo designado [de los 18 a los 89 años] de acuerdo al número de intervalos y a la amplitud de los mismos), exclusión (referentes a que la persona no fue residente de la delegación de interés o no se encontró dentro del grupo etáreo designado), eliminación (por no haber cumplido con alguno de los dos criterios de inclusión, o en su defecto, los cumplieron pero ya se tenían completas las encuestas destinadas para cada rango de edad o por que la persona no quiso contestar la encuesta) y la aplicación del instrumento (se relata de manera detallada el procedimiento que se siguió para la aplicación de las encuestas y durante su aplicación).

El Capítulo 3 contiene los resultados obtenidos. En él se explican y exponen los resultados de acuerdo a su naturaleza, es decir, si existió o no correlación estadística en las variables. Se decidió incluir los resultados que no presentaron correlación debido a que a pesar de ello, arrojaron información relevante y a tomar en cuenta para hacer las respectivas conclusiones y recomendaciones.

Planteamiento del problema

El fallecer es un suceso cotidiano e inevitable para todo ser vivo, en algunos casos el aceptar este hecho implícitamente conlleva a plantearse cuándo y cómo podría ser esto; lo que a su vez lleva a reflexionar y analizar la manera o condiciones en las cuales sería ideal morir. Es preciso saber que actualmente en algunos estados de la República Mexicana se puede exigir el respeto a dichas decisiones a través de la Ley de Voluntad Anticipada, pues ésta permite expresar de forma escrita (tanto a los enfermos terminales como a los futuros pacientes) los términos y las condiciones en las cuales se desearía morir. En el Distrito Federal, se cuenta con la Ley de Voluntad Anticipada desde 2008.

Al revisar las estadísticas referentes al número de afiliaciones hospitalarias¹² y suscripciones notariales¹³ hechas a esta ley en las 16 delegaciones del Distrito Federal durante cinco años (del 7 de enero de 2008 hasta el 31 de julio de 2013), se encontró que: en 7 delegaciones (Miguel Hidalgo, Álvaro Obregón, Benito Juárez, Coyoacán, Milpa Alta, Tlalpan y Cuauhtémoc) estas fueron muy elevadas en contraste con el poco número de suscripciones y afiliaciones realizadas en otras 7 delegaciones (Iztapalapa, Gustavo A. Madero, Xochimilco, Iztacalco, Azcapotzalco, Venustiano Carranza y Tláhuac); solamente en 2 delegaciones (Cuajimalpa y Magdalena Contreras) se presentó un número similar en las suscripciones notariales llevadas a cabo.¹⁴

Por lo anterior, se creyó necesario identificar las causas por las cuales esto pudo haber sucedido, ya que el hecho de que exista esta ley no necesariamente significa que todos la puedan o quieran llevar a cabo debido a diversos factores tales como la falta de información, el desinterés por actitudes hacia la muerte y/o la falta de difusión de la Ley. El hecho de que las personas no hayan hecho uso de esta ley, traería como consecuencia (a corto o mediano plazo) que las decisiones sobre los tratamientos o procedimientos médicos de los enfermos

¹²Referente a la afiliación de los pacientes terminales realizadas en un hospital.

¹³Referente a la afiliación del público en general realizadas ante notario.

¹⁴Para mayor referencia ver Capítulo 1, Subtema 1.5.2, Gráfica 8, Pág. 69.

terminales o futuros pacientes sean tomadas por otras personas, por ejemplo la familia o el médico.

Esta problemática resultó relevante ya que de seguir esto así, a largo plazo tanto el enfermo terminal como el futuro paciente verían bloqueado, negando o anulado su derecho a elegir los términos y las condiciones de su muerte (no teniendo así una muerte digna); además, su proyecto de vida/muerte se estaría limitando al facultar a la familia o al médico la capacidad de decidir sobre ellos. Posiblemente, queriendo o sin quererlo, tanto la familia como el médico permitirían o someterían al enfermo/paciente a la distanasia; los primeros actuarían guiados por los sentimientos, la religión, la cultura o las tradiciones familiares, y el segundo, guiado por la responsabilidad que social y culturalmente se le ha impuesto, salvar vidas a toda costa.

Por lo tanto, el presente trabajo buscará conocer si las actitudes anteriores influyeron de manera directa para que los habitantes de dichas delegaciones decidieran no ejercer su derecho a la Ley de Voluntad Anticipada. Por lo antes expuesto, se busca responder la siguiente pregunta: ¿Cuál fue la causa principal por la cual los habitantes de las delegaciones Cuajimalpa y Magdalena Contreras decidieron no ejercer su derecho a la Ley de Voluntad Anticipada durante 2014?

Justificación

La Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal protege la dignidad de las personas en todo momento, ya que tiene como objetivo regular las normas, requisitos y formas para que cualquier persona competente¹⁵ pueda realizar su voluntad referente a la negativa de someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, le sea imposible mantenerse vivo por sí mismo.¹⁶ A pesar de ello, el número de afiliaciones hospitalarias y suscripciones notariales hechas a esta ley han sido pocas de acuerdo con lo observado en las estadísticas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Por lo anterior, el presente trabajo tiene como finalidad identificar en las delegaciones Cuajimalpa y Magdalena Contreras si los significados referidos por una muestra de habitantes respecto a la muerte se relacionan con la información que poseen sobre la Ley de Voluntad Anticipada.

La relevancia del presente trabajo radica principalmente, en el hecho de que este es un estudio pionero para la promoción de la salud ya que actualmente en la disciplina no se cuenta con información propia al respecto. Se recurrió a bibliografía de disciplinas afines tales como la medicina, la psicología y la abogacía.

Además, desde el enfoque emancipatorio de la promoción de la salud, se busca empoderar a las personas tomando en cuenta factores que probablemente otras disciplinas pudieron excluir, no consideraron o dejaron fuera. Esto brindó información relevante referente a este tema, esta información sirvió en primera instancia para encontrar soluciones (rápidas, eficientes, eficaces y permanentes) que pudieran satisfacer tanto las necesidades de las

¹⁵Según la Escuela de Medicina Pontificia, este término se usa a menudo de manera amplia en medicina para indicar que una persona tiene capacidad de decisión. UCC. (1998). *Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina Pontificia*. Recuperado el 15 de julio de 2013 de: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/etica/Etica03.html>

¹⁶ALDF. (2009). Asamblea Legislativa del Distrito Federal. *Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*. Recuperado el 03 de octubre de 2014 de: <http://www.aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf>

personas como las de las instituciones; posteriormente, ésta fue útil para hacer las observaciones, recomendaciones y propuestas pertinentes a este tema.

El presente trabajo pretende dar soluciones a la problemática identificada, teniendo como punto de partida el disminuir el desconocimiento de las personas sobre la Ley de Voluntad Anticipada, a través de información clara, precisa y accesible en los medios de comunicación con el fin de que las persona puedan ejercer su derecho a morir dignamente.

Por lo cual se partirá de lo siguiente:

Objetivos

Objetivo general

Identificar los significados respecto a la muerte referidos por una muestra de habitantes de las delegaciones Cuajimalpa y Magdalena Contreras, y analizar cómo se relacionan dichos significados con la información que poseen sobre la Ley de Voluntad Anticipada.

Objetivos específicos

1. Identificar la información, creencias y sentimientos de la muestra de habitantes trabajada, que puedan influir en el conocimiento o desconocimiento de la Ley de la Voluntad Anticipada.
2. Identificar los factores socio-económicos y socio-culturales de la muestra de habitantes, que puedan influir en el conocimiento o desconocimiento de la Ley de la Voluntad Anticipada.
3. Identificar las necesidades de la muestra de habitantes, referentes a información a partir de lo expresado en la encuesta y al platicar con ellos, con respecto a la muerte y a la Ley de la Voluntad Anticipada.

Estado del arte

En Europa, específicamente Inglaterra y Holanda, a inicios de los años setentas comienza a surgir y se consolida la Voluntad Anticipada (Testamento Vital) percibiéndose como una práctica ética y preventiva referente a las condiciones en las cuales un enfermo podría morir. A la par, en algunos estados de Estados Unidos se comenzó con regulaciones hacia la eutanasia que no procedieron pero que dieron pie a legislar en favor del Living Will (Testamento Vital).

En los dos mil, en la Ciudad de México, se promulgó la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal siendo publicada el 7 de enero de 2008 en la gaceta oficial del Distrito Federal. Dicho ordenamiento consta de 47 artículos y siete transitorios. A esta Ley se le conoce también como la “ley del bien morir”; ésta no reconoce el derecho a la eutanasia sino a la ortotanasia, ya que mientras la primera provoca intencionadamente la muerte del enfermo, la segunda simplemente priva al paciente (en estado terminal) de los medios extraordinarios y desproporcionados, los cuales más que prolongar razonablemente la vida son un intento desesperado y hasta cruel de prolongar la agonía.

Esta Ley originó opiniones a favor y en contra desde su promulgación hasta la fecha.

Como argumentos en contra, se encontró:

1. Antes de que la Ley General de Salud fuera modificada, en 2009, respecto a este tema refirió que el paciente al optar por morir estaría entregando a otro tanto su voluntad como su libertad y al mismo tiempo estaría acabando con ellas; por lo cual, creyó que si los vacíos legales que contiene la Ley de Voluntad Anticipada no eran corregidos, estos podrían ser a futuro una herramienta en contra del paciente terminal o futuro paciente.¹⁷

¹⁷JUSTIA. (2014). Ley General de Salud. Recuperado el 12 de febrero de 2014 de:
<http://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/titulo-octavo-bis/capitulo-i/>

2. En 2011, la abogada investigadora Lic. Luisa Fernanda González Saúl, señaló que referente a la modalidad notarial de esta ley, existían lagunas en la precisión de términos (por ejemplo: llamarlo “testamento vital” hace verlo como un trámite burocrático más que como un acto de prevención) las cuales podían conllevar a que las personas tuvieran una mala interpretación, concepción y alcances de la ley.¹⁸
3. Un análisis realizado por el instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM en 2011, señaló que resultaba paradójico, que por un lado se expidiera una ley cuyo objetivo se dirigía al derecho para rechazar tratamientos médicos (para lo cual se debe reunir una cantidad de requisitos) y por el otro lado, las instituciones públicas de salud en muchas ocasiones no pueden atender a los enfermos, los atienden deficientemente o sólo les niegan el servicio por falta de medicamentos o instalaciones (así que el enfermo no recibe ningún tratamiento sin necesidad de realizar toda una serie de trámites, por lo que simplemente se va a su casa y se muere sin tanta necesidad de trámites burocráticos).¹⁹
4. En el libro *Eutanasia, hacia una muerte digna*, publicado en 2012 por el Colegio de Bioética y el Foro Consultivo, Ingrid Brena Sesma señala que con esta ley "se perdió la oportunidad de permitir a las personas que puedan decidir no sólo sobre qué tratamientos o procedimientos no quiere que se les apliquen, sino también cuáles sí acepta para los casos en que no esté en condiciones de manifestar su voluntad, ya sea en forma transitoria por efectos de tratamientos, trastornos de salud o por una enfermedad permanente"²⁰.
5. Después de 2013, no se encontraron más opiniones en contra a esta Ley.

Como argumentos a favor, se encontró:

¹⁸ LEGIS. (2010). Artículo de Opinión. Ley del bien morir. Recuperado el 25 de junio de 2015 de:

http://www.legis.com.mx/BancoConocimiento/A/articulo_de_opinion_-_la_ley_del_bien_morir/articulo_de_opinion_-_la_ley_del_bien_morir.asp

¹⁹ UNAM. (2011). *Biblioteca Jurídica Virtual*. Boletín Mexicano de Derecho Comparado Recuperado el 25 de junio de 2015 de:

<http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/123/el/el13.htm>

²⁰ EL FINANCIERO. (2009). *La Ley de Voluntad Anticipada no es comprar muerte*. Recuperado el 25 de junio de 2015 de:

<http://www.elfinanciero.com.mx/archivo/la-ley-de-voluntad-anticipada-no-es-comprar-la-muerte.html>

1. En 2010, el episcopado mexicano refirió que la Iglesia Católica no pedía una actitud heroica al enfermo, y refería que el sufrimiento innecesario no era recomendable, por lo que no se condenaba el uso de analgésicos, medicamentos o tratamientos que aliviaran el dolor (aunque como efecto secundario, estos acortaran la vida del paciente); que lo único que condenaba, era el que se elija morir sin haber luchado con anterioridad.²¹
2. Por su parte, la CONBIOÉTICA en 2011 celebró el que las personas pudieran a decidir el cómo desearían morir, ya que ella consideró cruel e inhumano negar a alguien acabar con su vida cuando se está sufriendo de modo intolerable. Aludió que al permitiéndoles morir (cuando está en el mejor interés de todos los involucrados) no se violan los derechos de nadie.²²
3. En 2012, Pedro José Adib (investigador de la UNAM) mencionó que la expedición de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal fue un buen inicio y pionera en la materia a nivel federal, para quienes quieren verse beneficiados con lo estipulado en las disposiciones contenidas en este ordenamiento jurídico; la aplicación de esta Ley requiere de muchos esfuerzos, recursos, disposición y voluntad, para su correcto funcionamiento.²³
4. Gerardo Aparicio Razo, miembro de la comisión de Comunicación del Colegio de Notarios del Distrito Federal (CNDF), informó que de 2008 a 2011 las suscripciones notariales a esta ley fueron pocas, pero que de 2012 a 2013 estas aumentaron. Lo cual, fue muestra de consciencia ciudadana y del hecho que las personas comienzan a conocer los beneficios de dicha ley.²⁴

²¹EL VATICANO. (2009). *Academia Pontificia*. Recuperado el 17 de abril de 2014, de:
http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pa_acdlife_doc_eutanasia_sp.pdf

²²CONBIOÉTICA. (2012). *Secretaría de Salud. Ley de Voluntad Anticipada*.
Recuperado el 15 de febrero de 2013 de: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/>

²³UNAM. (2011). *Biblioteca Jurídica Virtual*. Boletín Mexicano de Derecho Comparado Recuperado el 25 de junio de 2015, de:
<http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/123/el/el13.htm>

²⁴EL FINANCIERO. (2009). *La Ley de Voluntad Anticipada no es comprar muerte*. Recuperado el 25 de junio de 2015, de:
<http://www.elfinanciero.com.mx/archivo/la-ley-de-voluntad-anticipada-no-es-comprar-la-muerte.html>

5. De 2013 a la fecha, las opiniones referentes a esta Ley simplemente aluden al “aumento” en las suscripciones y/o afiliaciones hechas a esta Ley. Aunque no hay información tangible que respalde dicha aseveración.

Marco conceptual

Definición y clasificación contemporánea de eutanasia, distanasia, cacotanasia, ortotanasia, voluntad anticipada y cuidados paliativos.

Según Sánchez, “el término eutanasia, proviene del griego *eu* “bueno”, y *tánatos* “muerte”, literalmente significa la ‘buena muerte’²⁵. Se encontró, que la responsabilidad y ejecución de esta práctica recae únicamente en el personal médico a cargo del paciente, además de llevarse a cabo dentro del hospital o clínica; con el fin, de evitar sufrimientos innecesarios y experimentar una muerte sin dolor.

La eutanasia, también se clasificó de acuerdo al efecto, la intención y la manera de decidirlo.

- a) Efecto: Abarca tanto la eutanasia directa (es la acción que trata de adelantar la hora de la muerte en caso de una enfermedad incurable) como la *eutanasia indirecta* (es el resultado de algunos procedimientos o tratamientos, los cuales tienen como efecto secundario reducir el período de vida o producir la muerte).²⁶
- b) Intención: La eutanasia directa, se puede llevar a cabo de dos maneras: de forma Activa o por Acción (que consiste en un acto deliberado, el cual provoca la muerte. Por ejemplo, recurriendo a una sobredosis de fármacos, los cuales generarían efectos mortales). O de forma *Pasiva* o por Omisión (en la que se suspende el tratamiento de un proceso determinado o la alimentación por cualquier vía, lo cual se precipita el término de la vida. Por ejemplo, la suspensión de medicamentos a personas con VIH).
- c) La manera de decidirlo: La eutanasia puede ser de manera voluntaria (donde el paciente toma la decisión) o de forma involuntaria (cuando alguien más decide por el paciente). La manera de decidir la eutanasia puede ser tomada por el paciente o por su familia.²⁷

²⁵SÁNCHEZ, E. (1999). *La eutanasia ante la Moral y el Derecho*. España: Universidad de Sevilla. Págs. 24.

²⁶Idem.

²⁷Idem.

Sánchez mencionó, que en el suicidio asistido se proporcionaba a una persona de forma intencional y con conocimiento de causa, los medios y/o procedimientos necesarios para suicidarse; en ello, se incluye un asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, la prescripción de dichos medicamentos o el abastecimiento de ellos, pero no su aplicación.²⁸ A fin de no confundir esta práctica con la eutanasia, es importante señalar que: en esta práctica el paciente no está ingresado en un hospital, y por lo tanto es él quien ejecuta esta acción en un domicilio particular; aunque el médico se encontrara presente, el no ejecutaría ésta acción, únicamente sería para confirmar la muerte del paciente.

El origen etimológico de la palabra distanasia, se encontró en el vocablo griego *dis* “malo” y *tánatos* “muerte”, literalmente significa la “mala muerte”; comúnmente se conoce como encarnizamiento o ensañamiento terapéutico. Ésta práctica procura posponer el momento de muerte del enfermo, recurriendo a cualquier medio artificial, pese a que exista la seguridad de que éste no podrá recuperar la salud; el único fin de esta es prolongar la vida del enfermo a toda costa, ocasionando que este muera en condiciones inhumanas. Comúnmente la distanasia se lleva a cabo por los deseos de otros (familia o médico) y no por deseos del paciente²⁹.

Por su parte, Roa aludió que “la cacotanasia apunta hacia una mala muerte, consiste en dar muerte a un paciente sin haber pedido su consentimiento o el de sus familiares”³⁰; esta práctica erróneamente se asocia a la eutanasia, debido a que el personal médico la suministra dentro de un hospital o clínica, sin embargo, esta asociación no es correcta ya que para su ejecución no se obtuvo la aprobación del enfermo o de la familia, se considera más como homicidio.

Con respecto a la ortotanasia o muerte digna, Roa señaló que, esta práctica comprende la correcta actuación del personal médico ante la inminente muerte del enfermo incurable o en fase terminal; a diferencia de las prácticas antes mencionadas, en esta se deja morir al

²⁸Ibíd. Pág. 77.

²⁹Ibíd. Pág. 42-44.

³⁰ROA, A. (1998). *Ética y bioética*. Chile: Andrés Bello. Pág. 112.

enfermo a su tiempo, sin emplear medios desproporcionados y/o extraordinarios. En algunos países el término ortotanasia, se ha sustituido por muerte digna, y en México como Voluntad Anticipada; para centrar el concepto en la condición de dignidad del enfermo terminal y no en la voluntad de morir.³¹

Para la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la voluntad anticipada es el deseo expresado de una persona apta; el cual, menciona las atenciones médicas que desea recibir en caso de padecer una enfermedad irreversible/terminal o al sufrir un accidente que le impida expresarse por sí mismo³². Los cuidados paliativos, se asocian implícitamente a la voluntad anticipada debido a que estos cuidados son activos y totales en las enfermedades o en situaciones en las cuales no se responde a un tratamiento curativo; dichos cuidados, incluyen el control del dolor y el manejo de otros síntomas, dentro de los que se encuentran: la atención psicológica, social y espiritual del paciente³³. El paciente terminal o futuro paciente también puede decidir sobre recibir estos cuidados o no. Es importante señalar que en México, algunas personas utilizan erróneamente, el término “ortotanasia” para referirse a la voluntad anticipada; lo cual es epistemológicamente incorrecto.

Se creyó, que los conceptos anteriormente mencionados serían más comprensibles al ejemplificarlos con algunos casos relevantes de la historia; los cuales, hicieron alusión directa o indirecta a alguna de esas prácticas.

En la Edad antigua (aproximadamente entre los siglos I a.C. y el siglo I d.C.), el suicidio asistido lo practicaron Sócrates, Cleopatra VII y Séneca; por encontrarse en situaciones políticas que les representaron gran presión. El primero, puso fin a su existencia bebiendo vino con cicuta; la segunda, se suicidó al meter la mano dentro en un cesto, en el cual sabía que había una víbora letal. Y el tercero, se cortó las venas y bebió cicuta³⁴; es importante recordar que únicamente el Estado era quien facilitaba la cicuta.

³¹Idem.

³²SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL. (2010). *Voluntad Anticipada*. Recuperado el 03 de mayo de 2013 de: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=162

³³BERMEJO, J.C. et al. (2011). *Manual básico para la atención integral en cuidados paliativos*. España: Cáritas Española. 1ra Edición. Págs.480.

³⁴ÉTICA Y MORAL. (2010). *El suicidio*. Recuperado el 03 de mayo de 2013 de: http://www.esuelasabatnica.cl/2010/ma_2010/jul/10/intro01.htm

Al analizar lo sucedido en el siglo XIX a los campesinos rusos víctimas de la rabia, se comprendió mejor la cacetanasia. Debido a que nadie deseaba acercárseles a los enfermos de rabia, estos eran llevados a un establecimiento donde el doctor Pasteur prestaba sus servicios; Pasteur a sabiendas de que ya no podía prestarles una atención médica a los enfermos por su grado tan avanzado de enfermedad, después de deliberar con otros colegas, ayudaba a las personas a morir para evitarles más sufrimiento.³⁵

Por otro lado, la eutanasia se comprendió mejor, al observar el caso de Sigmund Freud sucedido a inicios del siglo XX. Freud, después de someterse a treinta y tres operaciones por cáncer en la mandíbula, y tras dieciséis años con dolor, llegó al punto de acordar con su médico personal, poner fin a su sufrimiento por medio de una sobredosis de morfina aplicada en su consultorio.³⁶

El común denominador de los casos anteriores, fue que esas acciones al ser ejecutadas no causaron revuelo, un gran impacto o consciencia en lo moral, ético, legal, social o religioso de sus respectivas épocas (ya que no se encontró información de ese tipo o referente a esos temas); sin embargo, los casos que a continuación se mencionarán si causaron polémica y fueron tema de debates legales en algunos países, en pos de permitir o prohibir alguna o algunas de las prácticas antes mencionadas.

A finales del siglo XX y durante el siglo XXI, se suscitaron diversos casos referentes a la eutanasia, el suicidio asistido y a la voluntad anticipada; los cuales, pusieron de nuevo en discusión el brindar o no al paciente en etapa terminal o con un mal pronóstico médico, una muerte digna. Probablemente, los nombres Karen Ann Quinlan y Nancy Cruzan sean desconocidos; sin embargo, al nombrar a Ramón Sampedro, Diane Pretty, Terry Schiavo, Eluana Englaro o Brittany Marnad, probablemente esos nombres pudieran ser más reconocibles debido a que estas personas tuvieron más resonancia y difusión debido a que

³⁵LIBROS MARAVILLOSOS. (2001). *La vida de Pasteur*.

Recuperado el 03 de mayo de 2013 de: <http://www.librosmaravillosos.com/lavidadepasteur/capitulo12.html>

³⁶CULTURA COLECTIVA. (2014). *Sigmund Freud y su práctica de la eutanasia*. Recuperado el 03 de mayo de 2013 de: <http://culturacolectiva.com/sigmund-freud-y-su-practica-de-la-eutanasia/>

exigieron poder llevar a cabo la eutanasia o el suicidio asistido. Las dos primeras personas nombradas, pedían lo mismo, sin embargo, debido a que sucedieron antes de la era digital, su difusión y conocimiento fue menor.

Karen Ann Quinlan fue una joven estadounidense que cayó en coma en 1975 después de haber ingerido alcohol y Valium, fue puesta en un respirador artificial en el hospital; sin embargo, el daño cerebral fue irreversible, lo que hizo que quedara en estado vegetativo. Fue mantenida con vida en forma artificial hasta 1985, después de un largo proceso legal iniciado por sus padres para permitirle morir. Su caso abrió un debate sobre la eutanasia, y aportó preguntas importantes en cuestiones como bioética y derechos civiles.³⁷

Nancy Cruzan se convirtió en una figura pública después de entrar en un "estado vegetativo persistente", a consecuencia de un accidente automovilístico en 1983. Nancy se mantuvo viva sólo porque era alimentada por medio de un tubo y porque recibía atención médica constante. Su familia libró una batalla legal para que el tubo de alimentación le fuera retirado, el caso llegó hasta la Suprema Corte de Estados Unidos la cual dictaminó que la familia Cruzan no había presentado "pruebas claras y convincentes" de que Nancy no deseaba tener una vida artificial; tiempo después, los padres de Nancy presentaron dichas pruebas en un tribunal de Missouri el cual falló a su favor a finales de 1990. Los médicos dejaron de alimentar a Nancy en diciembre de 1990, y murió más tarde en el mismo mes.³⁸

Ramón Sampedro, un español tetrapléjico, batalló casi cinco años ante los tribunales españoles pidiendo que se le autorizara morir³⁹; pues en 1968, quedó inmovilizado del cuello para abajo tras un accidente en el mar⁴⁰. Ante las negativas constantes de la justicia, los amigos de Ramón se apiadaron de él y armaron un complicado plan, primero para que Ramón lograra su objetivo: tomar por sí sólo agua con cianuro, ayudado de un popote y

³⁷DIARIO EL PAÍS. (2009). *Falleció Karen Quilan, tras permanecer 10 años en estado de coma profundo*. Recuperado el 20 de febrero de 2015 de: http://elpais.com/diario/1985/06/13/sociedad/487461609_850215.html

³⁸DIARIO EL PAÍS. (2005). *El Supremo de EEUU, obligado a fallar por primera vez sobre un caso de eutanasia*. Recuperado el 20 de febrero de 2015 de: http://elpais.com/diario/1989/12/07/sociedad/628988407_850215.html

³⁹DIARIO EL PAÍS. (2005). *La verdad sobre el "caso Ramón Sampedro"*. Recuperado el 20 de febrero de 2015 de: http://elpais.com/diario/1998/02/01/sociedad/886287612_850215.html

⁴⁰AMENÁBAR, A. (Dirección). (2004). *Mar Adentro*. [Película]. España: Sogecine e Himenóptero. Duración 120 min.

segundo, evitar ser condenados en España por homicidio, la participación de cada persona fue mínima, pero suficiente para que Ramón lograra su objetivo. Ramón murió en 1998, a los 55 años, 29 de los cuales los pasó postrado en una cama.

Diane Pretty una británica que al enterarse que sufría de una enfermedad neuromotora, la cual la llevaría a inmovilizar todo su cuerpo, quería elegir el momento de morir y para ello pedía que su marido Bryan la asistiera en su suicidio; sin embargo, la Justicia británica no se lo permitió⁴¹. El 11 de mayo de 2002, Diane falleció a los 43 años al sufrir una infección pulmonar que acabó con su vida; la infección se ocasionó cuando viajó 12 horas en ambulancia hasta Estrasburgo, con el fin de presentarse ante la Corte Europea de Derechos Humanos (para pedir que su marido Bryan la asistiera en su suicidio sin ser condenado por ello), dicha Corte también le negó el derecho a un suicidio asistido

Uno caso muy sonado a nivel mundial, sobre la puesta en práctica de la muerte digna, fue el de Terry Schiavo. Una mujer de 41 años, que pasó 15 de ellos en estado vegetativo tras sufrir en 1990 un ataque cardíaco a causa de un estricto régimen para adelgazar. Desde ese entonces su esposo se dedicó a cuidarla y buscar su rehabilitación; después, pidió la remoción del catéter que alimentaba a Terry alegando que su mujer le había expresado, en su momento, que en el caso de que sufriera algún accidente que la imposibilitara no quería ser mantenida viva por medios artificiales, lo que implicó una ardua batalla legal para él. Luego de esa batalla legal y política, la Justicia de Estados Unidos ordenó en 2005 la remoción del catéter; finalmente, Terry Schiavo falleció en Florida en 2005, casi dos semanas después de haberle sido retirado el catéter que la mantenía viva⁴².

La justicia italiana autorizó a los padres de Eluana Englaro, interrumpir la alimentación intravenosa de la joven quien permanecía en un coma irreversible desde hacía 17 años, debido a un accidente automovilístico, sucedido en 1992. Eluana falleció en 2009, días

⁴¹DIARIO EL PAÍS. (2005). *Estrasburgo rechaza la petición de Diane Pretty para que su marido la ayude a morir*. Recuperado el 20 de Febrero de 2015 de: http://elpais.com/diario/2002/04/30/sociedad/1020117608_850215.html

⁴²EL MUNDO.ES. (2005). *Terry Schiavo, una tragedia que enfrentó a un país*. Recuperado el 05 de Mayo de 2014 de: <http://www.elmundo.es/elmundo/2005/03/31/obituarios/1112284114.html>

después de habersele retirado la alimentación, mientras que el Senado italiano intentaba aprobar contrarreloj una ley en contra de la eutanasia. Para el momento de su fallecimiento, la joven pesaba 40 kilos, tenía los brazos y las piernas encogidas, sólo podía permanecer en la cama de costado para evitar que se ahogara, tenía la piel llena de llagas y escamas por permanecer tanto tiempo postrada.⁴³

Finalmente, el caso más reciente ocurrido en 2014, fue el de Brittany Maynard. Brittany eligió terminar con su vida el 1 de noviembre de 2014, debido a que sufría de cáncer cerebral en etapa terminal. A sus 29 años, ella tomó la decisión de terminar con su vida por medio del suicidio asistido; por lo cual, tuvo que viajar al estado de Oregón con su esposo y su madre para terminar con su vida amparándose en la Ley de Muerte Digna del estado. Brittany usó su caso para abogar por el acceso a una muerte digna para todos a través de su fundación *The Brittany Foundation* y la organización *Compassion & Choices*.⁴⁴

Los casos anteriores, son sólo algunos de los cientos de casos que existen y que reclaman el derecho a morir dignamente en distintas partes del mundo; derecho que se puede respetar, a través de la voluntad anticipada, y no necesariamente por medio de la eutanasia o el suicidio asistido. Se identificó que esas dos prácticas presentaron mayor problemática en comparación con la voluntad anticipada, pues en esta última solo bastó con demostrar los deseos expresados previamente por las personas. Por ello, se reflexionó sobre si el ensañamiento terapéutico era preferible, en lugar de respetar la dignidad, voluntad y calidad de vida de los pacientes; identificando que para evitar esas situaciones, es necesario el apoyo de las autoridades, familia y amigos.

⁴³EL CLARÍN. (1996-2015). *Murió Eluana tras 17 años en coma y hay fuerte debate en Italia*. Recuperado el 05 de Mayo de 2014 de: <http://edant.clarin.com/diario/2009/02/10/elmundo/i-01856118.htm>

⁴⁴UPSACL MUJER. (2013). *Mi nombre es Brittany Marnard y elijo morir con dignidad*. Recuperado el 20 de Febrero de 2015 de: <http://www.upsocl.com/mujer/mi-nombre-es-brittany-maynard-y-elijo-morir-con-dignidad/>

Marco referencial

La información referente a la voluntad anticipada, siempre está incluida en temas referentes al bien morir; es por ello, que el contenido del presente apartado se dividió a fin de comprender cómo se asoció esta práctica con otras y por qué se legisló a favor de ella en diversos países.

I. Alusiones cronológicas sobre morir y la “correcta” actuación ante este suceso.

Las actitudes ante el deceso han ido cambiando a lo largo del tiempo, esto resultó más evidente en Occidente; dichos cambios se dieron en la percepción de algunas prácticas tales como: la eugenesia, eutanasia, distanasia, cacotanasia, ortotanasia, el suicidio asistido o voluntad anticipada⁴⁵, cabe acotar que estas prácticas históricamente se llevaron a cabo no con los mismos nombres con los cuales actualmente las conocemos, debido a que algunos pueblos antiguos las realizaron definiéndolas como eutanasia, es decir, como muerte por compasión.

Dichas prácticas, fueron ejecutadas bajo códigos morales y religiosos que las justificaron y validaron. En algunas civilizaciones estas prácticas no fueron consideradas inmorales, no fueron juzgadas ni tampoco fueron perseguidas ya que no existió religión, ley o sociedad que las recriminara, por el contrario, esas prácticas fueron consideradas un deber, ya que evitaba o apaciguaba el sufrimiento innecesario de las personas. Sin embargo, esa postura cambió en la edad contemporánea debido a los cambios sociales, políticos y religiosos acontecidos a lo largo de dicha época. A continuación se mencionan cronológicamente las referencias encontradas, con respecto al presente tema.

Durante la edad de hierro, 1500 a.C. y a mediados del siglo V d.C. hasta antes de la edad media, en la cultura Celta es donde se encontraron los referentes más antiguos asociados a la eutanasia, ellos daban muerte a sus ancianos enfermos y a sus guerreros mortalmente

⁴⁵Para mayor referencia de estas prácticas véase Marco Conceptual, Págs. 19-25.

heridos en batalla. Esta práctica se extendió entre otras tribus antiguas y grupos salvajes; con la variante de que al hijo mayor se le impuso como obligación sagrada administrar una buena muerte al padre viejo y/o enfermo o al jefe de los guerreros, matar a sus vasallos malheridos⁴⁶.

Se puede identificar que esas prácticas se acercan al concepto actual de eutanasia, específicamente a la eutanasia involuntaria.

Gould mencionó que “cuando los ancianos del pueblo de los *hottents*, perdían el interés en vivir, por petición propia se les abandonaba entre matorrales, ésta práctica a su vez la compartió el pueblo de los lapones en Noruega”⁴⁷; además, aludió “a petición de los ancianos o enfermos, los esquimales los abandonaban en un iglú herméticamente cerrado (para morir de hipotermia o por asfixia) o según el antiguo rito sabino (o *lacial*), a los muy ancianos se les arrojaba al mar”.⁴⁸ En ambos pueblos, se identificó un posible antecedente a la voluntad anticipada, pues ellos respetaron las decisiones de las personas cuando decidían morir.

En la Grecia presocrática la concepción de la muerte fue diferente, una mala vida no era digna de ser vivida; la eutanasia no complicaba a las personas ya que en las ciudades griegas como Atenas, el Estado tenía por costumbre suministrar cicuta a quienes lo solicitaban para poner fin a sus sufrimientos⁴⁹ pudiéndose interpretar como suicidio asistido. También se encontró que el término eugenesia, en ese entonces, no se empleó para designar las prácticas llevadas a cabo en la sociedad espartana al matar a los niños deformes; ya que eso era catalogado como eutanasia, pues según ellos era ayudar a morir⁵⁰. Platón en el libro III de la República, se refirió a ese tema de la siguiente manera:

⁴⁶UMSB. (2011). *Cuestiones jurídicas y bioéticas entorno a la muerte*.

Recuperado el 05 de mayo de 2014 de: <http://muerte.bioetica.org/mono/mono33.htm>

⁴⁷GOULD, J. (2003). *The Implications the Eutanasia (Traducción Propia)*. New York: Mead. Págs. 20-22.

⁴⁸Idem.

⁴⁹MARTÍNEZ, J. Op. Cit., Pág. 11.

⁵⁰MATEU, J. (2008). *Eutanasia. Una batalla por ganar*. Libros en red. Pág. 17.

Por consiguiente, establecerás en nuestra república una jurisprudencia y una medicina tales cuales acabamos de decir; que se limitarán al cuidado de los que han recibido de la naturaleza un cuerpo sano y un alma hermosa. En cuanto a aquellos cuyo cuerpo está mal constituido, se les dejará morir y se castigará con la muerte a aquellos otros cuya alma sea naturalmente mala e incorregible.⁵¹

Lo anterior demostró que la cultura griega acuñó la eutanasia entendiéndola como "correcto morir"; pese a que se ejecutaba otro tipo de práctica. En esta sociedad, la eutanasia fue una práctica aceptada; sin embargo, algunos grupos como los pitagóricos, aristotélicos y epicúreos condenaron esta práctica. Hipócrates estuvo en contra de esa ideología y de esas prácticas prohibiéndoles así a los médicos, la eutanasia activa y el brindar ayuda para cometer suicidio.

Mateu señaló que “en Roma, al igual que en el pueblo griego, existió un depósito de cicuta a disposición de quién asistiera a la corte con deseos de abandonar la vida; lo cual respondía a la costumbre de facilitar el suicidio, más no de recurrir a la eutanasia”.⁵² Además, el autor mencionó que “la eutanasia neonatal estuvo autorizada legalmente a través de la Ley de las XII Tablas, la cual facultaba al padre para matar a los hijos gravemente deformes”.⁵³

La percepción de la eutanasia cambió drásticamente durante el siglo V, específicamente en la Edad Media. Se podría decir que fue ahí donde se invirtieron los significados y significantes de la muerte y del acto de morir, probablemente por el hecho de que la vida tomó un significado más divino; pues morir se vinculó más con Dios, y debido a ello el quitar o quitarse la vida era mal visto, juzgado y perseguido, pues esas acciones iban en contra del quinto mandamiento de la Iglesia Católica que dice: “No matarás”⁵⁴ (dicho mandamiento era considerado como el más importante de los diez, y ningún hombre podía infringirlo aunque se tratara de aliviar los sufrimientos más crueles a una persona⁵⁵).

⁵¹PLATÓN. (2003). *Diálogos. Obra completa en 9 volúmenes. Volumen IV, La República*. Madrid. Pág. 249.

⁵²MATEU, J. *Op. Cit.*, Pág. 20.

⁵³Idem.

⁵⁴BIBLIA CATÓLICA. (2008). *Éxodo. Los diez mandamientos*.

Recuperado el 14 de Febrero de 2015 de: <http://www.bibliacatolica.com.ar/exodo-20.html>

⁵⁵MATEU, J. *Op. Cit.*, Pág. 20.

Por tal motivo, el suicidio y el aborto también fueron considerados como pecado, debido a que el hombre no podía disponer libremente sobre la vida que le fue dada por Dios; el arte de perecer, en la cristiandad medieval, se consideró parte del arte de vivir, ya que el que conocía la vida, también debía conocer la muerte⁵⁶. A la muerte repentina se le consideró como una muerte mala, pues quien moría de esta manera no había confesado sus pecados y por lo tanto no había gozado de la redención de Dios, entonces moría sin tener su gracia, moría siendo un pecador.⁵⁷

Aunque fue la Iglesia quien introdujo esos pensamientos, argumentando que el sufrimiento ensalza a quien lo padece y condena a quien lo evita o alivia. Von Engelhardt refirió que “paradójicamente en esa época se habló de ‘matar sólo por misericordia’ a los que caían gravemente heridos en el campo de batalla [...] las guerras, pestes y epidemias acontecidas inspiraron en el espíritu religioso el ‘arte del bien morir’”⁵⁸; para los cristianos medievales la idea de matar por compasión resultaba repugnante, debido a que el dolor venía de Dios y debía de ser aceptado como voluntad del Todopoderoso.

Por su parte, Santo Tomás de Aquino citó que “el suicidio era condenable por dos motivos: 1) Por ir en contra de la sociedad y 2) Por ir en contra del amor de Dios”⁵⁹; mientras que Tomás Moro manifestó que:

Si a los incurables se les trataba de aliviar sus dolencias, al mismo tiempo se les hacía ver que eran inútiles para las tareas de la vida, molestos para los otros y una carga para sí mismos; por ello no deberían dudar en morir [...] aquellos que eran persuadidos se dejaban morir de hambre o recibían la muerte mientras dormían sin darse cuenta⁶⁰.

Durante el Renacimiento, existieron significados ambivalentes respecto al fenecer por un tiempo se tomaron medidas egoístas y en otro se vio como un fin, y por lo tanto no se debía de evitar ni postergar. La iglesia, al igual que en la Edad Media, seguía jugando un papel

⁵⁶GÓMEZ, M. (2006). *El hombre y el médico ante la muerte*. Madrid: S.A. Arán Ediciones. Págs. 166-167.

⁵⁷Idem.

⁵⁸VON ENGELHARDT, D. (2002). *La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente*. Acta bioeth. Págs. 155-166.

⁵⁹BIBLIOTECA CAMPUS. (2007). *Santo Tomás de Aquino. La Suma Teológica*. Págs. 13-17. Recuperado el 15 de Febrero de 2015 de: <http://biblioteca.campusdominicano.org/1.pdf>

⁶⁰HISTORIA. (2005). *Tomás Moro. Utopía*. Págs. 39-41. Recuperado el 15 de Febrero de 2015 de: <https://historia1imagen.files.wordpress.com/2009/08/morotomas-utopia.pdf>

importante, pero no tan protagónico como antes. Zamora comentó que “durante la ilustración, al enfermo se le ocultó la gravedad de su estado al igual que su futura muerte, quizá para protegerle; al moribundo sólo le rodeaba del entorno más cercano, o sea, la familia”.⁶¹

A finales del siglo XVIII (tomando como referente la revolución francesa) se reconfiguraron las ideologías referentes al hecho de morir, ya que la muerte se percibió como algo natural debido a que el médico (científicamente preparado) sustituyó al sacerdote en poder y prestigio; durante este período se volvió a practicar la eutanasia, en el sentido pagano de una buena muerte⁶². Como ejemplo a este cambio ideológico, Drane comentó que “en el siglo XX, hacia la década de los 70, el extendido debate público en la sociedad holandesa en torno al suicidio y la eutanasia contribuyó a la toma en consideración de una ruptura con la tradición cristiana”⁶³.

Por su parte, Foucault mencionó que “debido al nacimiento de la clínica, algunas actitudes con respecto a la muerte cambiaron”⁶⁴. Logrando así, que la medicina justificara la finitud del hombre como suceso y no como castigo o designio divino; pues trató de entablar una conexión entre el cadáver, sus órganos, la enfermedad y la muerte. Al analizar dichos elementos en conjunto, se encontró que era la muerte la que permitía que surgiera la verdad sobre las enfermedades, pues hasta antes de la clínica solo existían síntomas inconexos. La muerte abrió un espacio para la vida, y la clínica a su vez dio paso a transformaciones socioculturales y económicas; pues su interés, no se limitó al campo de la medicina, sino también a su historia.⁶⁵

⁶¹ZAMORA, A. (2010). *El Enfermo Terminal y la Muerte*. Revista Bioética y Ciencias de la Salud, Vol. 5 Nº 2. Sección: opinión. Págs. 1-2.
Recuperado el 15 de Febrero de 2015 de:

http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/paliativos/ENFERMO_TERMINAL_Y_LA_MUERTE.pdf

⁶²Idem.

⁶³DRANE, J. (2003). *Eutanasia y suicidio asistido en las culturas antigua y contemporánea*. Revista Humanitas, Humanidades Médicas. Vol. 1. Nº 1
Pág. 40. Recuperado el 15 de Febrero de 2015 de: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Numero1/Articulos/articulo3.pdf>

⁶⁴FOUCAULT, M. (2007). *El nacimiento de la clínica*. España: Siglo XXI. 2da. Edición Págs. 63-138.

⁶⁵Para mayor referencia véase *El nacimiento de la clínica*.

Los estudios realizados en 1969 por la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, sobre la muerte y los moribundos, manifestaron los mecanismos de reacción (fases del duelo)⁶⁶ que se presentan, primero en el enfermo y después en la familia, durante una enfermedad terminal y ante la muerte inminente⁶⁷. Se encontró, que a diferencia de la doctora Kübler-Ross, en 1987, el doctor Jack Kevorkian se anunció en los diarios de Detroit ofreciéndose como médico para la "orientación a la muerte"; lo que le acarreó, que en 1991 el estado de Míchigan le revocara su licencia médica, por lo que no podría ejercer su profesión ni atender pacientes.

Kevorkian⁶⁸, asistió en la muerte de aproximadamente 130 enfermos terminales (entre 1990 y 1998); para ello, creó una máquina a la que denominó *Thanatron* (máquina de muerte), la cual, permitía que los pacientes se auto-administraran químicos letales para terminar con sus vidas. Debido al retiro de su licencia y la consiguiente imposibilidad de acceder a las sustancias administradas, creó otro dispositivo llamado *Mercitron* (máquina de misericordia); con el cual, los pacientes se suicidaban inhalando monóxido de carbono a través de una máscara. Su lema era 'Morir no es un crimen'. La ideología de Kevorkian se fundamenta, tal vez, en las normas morales existentes evocadas por Drane.⁶⁹

En el siglo XXI, en 2006, el psicólogo Stanislav Grof estableció una nueva visión sobre la muerte, el proceso de ésta y la reacción de los moribundos; la cual se caracterizó por una represión y una negación masiva, pues esto conllevaba a una confrontación íntima con el fin, lo que generaba angustia debido a que esto va en contra del instinto de supervivencia. Grof también explicó, que los sentimientos asociados con perecer son esencialmente manifestaciones de una realidad alterna, pues aunque se sabe que la muerte se puede presentar⁷⁰, paradójicamente queda excluida de la vida diaria debido a que solo se contempla un proceso de vida largo y no un proceso de muerte; es por ello, que no se

⁶⁶Para mayor referencia ver Marco Teórico, Subtema II. Las fases del duelo de Kübler-Ross y su asociación con la voluntad anticipada, Págs. 46-47.

⁶⁷SÁNCHEZ, F. (2002). *Acerca de la muerte. Curso de Tanatología*. Colombia: Instituto colombiano de estudios bioéticos. Págs. 124 -125.

⁶⁸BIO. (2011). *Jack Kevorkian*. Recuperado el 15 de Febrero de 2015 de: <http://www.biography.com/people/jack-kevorkian-9364141>
(Traducción Propia).

⁶⁹DRANE, J. (2003). *Eutanasia y suicidio asistido en las culturas antigua y contemporánea*. Revista Humanitas, Humanidades Médicas. Vol. 1. N° 1
Pág. 40. Recuperado el 15 de Febrero de 2015 de: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Numero1/Articulos/articulo3.pdf>

⁷⁰Para mayor referencia ver Marco Teórico, subtemas I y II, Págs. 44-47.

destina un lugar para la misma pues aunque se sabe que esta se presentará, se le ignore y se crea que la muerte solo es el resultado de una larga agonía.⁷¹ Lo anterior, desde la perspectiva Freudiana se explicaría de la siguiente manera: “se sabe que la muerte existe, se juega con ella, se coquetea y se respeta; pero está prohibido pensar en ella como fin”.⁷² Por lo que las diferentes actitudes hacia el óbito, surgieron de la angustia a la forma de morir; ya que perecer es un aspecto de la vida que posee un significado profundo y ambivalente.⁷³

Actualmente, la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) refiere que durante el proceso de morir el enfermo experimenta diversos estados de ánimo (los cuales se evidencia no modifican durante los procedimientos médicos o en las unidades de salud) a causa de la angustia por la separación de sus seres queridos y del temor sobre la muerte. Por ello, la CONBIOÉTICA, citó que:

El pensamiento médico actual, se preocupa por que las personas tengan una muerte digna, abarcando lo biológico, psicológico, social y bioético; considera que la muerte viene a ser el hecho que apacigua el sufrimiento que padecen las personas con enfermedades crónico-degenerativas, las cuales causan dolores intensos e intolerables⁷⁴.

En esta revisión cronológica, se comprendió que una vez cumplido el ciclo vital de la naturaleza humana (ya sea de modo natural o por enfermedad) llega el momento en el que se tiene que aceptar la muerte. Por lo cual, se creyó que específicamente en el fallecimiento por enfermedad, se tendría que contemplar que el paciente competente⁷⁵ pudiera decidir de forma libre cómo terminar sus días (decidiendo con antelación, los procedimientos médicos a las cuales quisiera ser o no sometido), pues aunque su sufrimiento terminará cuando muera, este suceso jamás se presentará cuando él así lo desee. Algunos países han abordado esta problemática y han legislado en favor de que el paciente terminal (o público en general)

⁷¹GROF, S. (2008). *Psicología Transpersonal. Nacimiento, muerte y transcendencia en psicoterapia*. Nueva York: Kairos, 6ta edición. Págs. 136-137.

⁷²NICHOLI, A. (2004). *La cuestión de dios. C.S. Lewis vs S. Freud*. Madrid: Ediciones RIALP S.A. Pág. 308.

⁷³En su artículo "De Guerra y Muerte" Freud marca el contraste entre: La actitud cultural-convencional hacia la muerte (que implica el reconocimiento de que vamos a morir, como algo natural e inevitable) y el comportamiento que se expresa como: La inequívoca tendencia a hacer a un lado la muerte y eliminarla de la vida. Se sabe de la muerte, pero al mismo tiempo se la desconoce. NICHOLI, *Op. Cit.*, Pág. 310.

⁷⁴CONBIOETICA. (2009). *Muerte digna una oportunidad real*. Recuperado el 11 de Julio de 2013 de: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/publicaciones/memorias/muertedigna.pdf>

⁷⁵UCC. (1998). *Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina Pontificia*. Recuperado el 15 de julio de 2013 de: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/etica/Etica03.html>

pueda establecer los términos y las condiciones en las cuales morir; estableciéndolo como un derecho.

II. Países que legislaron a favor de la eutanasia, la voluntad anticipada y los cuidados paliativos.

A partir de la idea anterior, se analizaron algunos países que legislaron en pos de intentar regular la eutanasia, el suicidio asistido, la ortotanasia y la voluntad anticipada; para hacerlo de forma más comprensible, se enlistaron de acuerdo a su ubicación geográfica, y a su vez de manera cronológica.

En Europa:

Pérez explicó que:

En los años treinta, en Inglaterra surge nuevamente la polémica en torno a la eutanasia cuando el doctor Killik Millard, a través de un discurso-manifiesto, propone legalizar la eutanasia en ese país, pero en realidad fue hasta 1950 cuando en Inglaterra se volvió a debatir sobre el tema en cuestión; sin embargo, en ninguno de los casos citados prosperó la propuesta presentada al Parlamento.⁷⁶

Fue en 1968, cuando se presentó un nuevo proyecto de Ley en cuestión:

Propuso una fórmula —para aplicar la eutanasia— sencilla: que los médicos no fueran considerados culpables si intencionalmente aceleraban la muerte de un paciente gravemente enfermo, a no ser que se probara que la acción no procediera de buena fe y fuera ejecutada sin el consentimiento del paciente.⁷⁷

Se encontró, que un punto de ese proyecto consistió en que para poder aplicar la eutanasia a un enfermo, primero, éste debería ser aceptado como “paciente calificado”, para lo cual se llevaba a cabo una certificación por escrito emitida por dos médicos dando fe de la condición del enfermo; una vez realizado eso, la eutanasia no podía realizarse sino hasta pasado un

⁷⁶PÉREZ, V. (2003). *Eutanasia (¿Piedad? ¿Delito?)*. México: Limusa. Pág. 315.

⁷⁷Ibíd. Pág. 326.

mes desde la emisión de la citada certificación, salvo que esta fuera revocada. A pesar del enorme apoyo que recibió esta propuesta de Ley por parte de los partidarios de la eutanasia, el proyecto fue rechazado por el 60% de los miembros de la Cámara de los Lores.⁷⁸

La polémica en torno a la legalización de la eutanasia en Holanda comenzó en la década de los 70, concretamente en 1973, cuando el Juzgado de Leeuwarden estableció que un acto de eutanasia sería aceptable si⁷⁹:

1. El paciente padeciera una enfermedad incurable;
2. El paciente experimentara un sufrimiento insoportable;
3. El paciente solicitara la terminación de su vida; y
4. El acto se realizara por el médico que trata al paciente o que es consultado por éste.

Durante mucho tiempo, las prácticas eutanásicas se realizaron bajo el amparo de esa sentencia; sin embargo, si se sospechaba de un caso de eutanasia, se abría un proceso criminal contra el médico, pero si éste demostraba que había seguido los criterios de Leeuwarden no era condenado.⁸⁰

Un año antes de la sentencia de Leeuwarden (1973), el 18 de octubre de 1972, se formó en Holanda una comisión integrada por 15 miembros sólo con el propósito de estudiar la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en ese país. El informe hecho, fue concluido por dicha Comisión, el 19 de agosto de 1985, y años más tarde, en 1990, se formó una nueva Comisión a cargo del profesor Remmelink (prestigioso procurador de la Corte Suprema Holandesa); esa Comisión, se encargó de redactar un nuevo informe sobre las prácticas eutanásicas en Holanda con el propósito, de legalizar su realización.⁸¹

⁷⁸Para mayor referencia véase PÉREZ V. *Eutanasia (¿Piedad? ¿Delito?)*.

⁷⁹URRACA, S. (1996). *Eutanasia hoy. Un debate abierto*. Madrid: Nosis. Pág. 144.

⁸⁰Idem.

⁸¹PÉREZ, *Op. Cit.*, Pág. 289.

Los resultados del “Informe Remmelink”, presentados en septiembre de 1991, sirvieron para que meses más tarde, en noviembre del mismo año, se presentara una propuesta legislativa; la cual se convirtió en el esquema básico de la Ley del 10 de abril de 1992. Finalmente, tras más de 30 años de especulaciones y polémica en torno al tema, el 10 de abril de 2001 Holanda se convirtió en el primer país en el mundo en legalizar la eutanasia. Dicha legalización consistió, básicamente, en la promulgación de una nueva Ley denominada “Ley sobre la comprobación de la terminación de la vida”, lo que ocasionó, diversas modificaciones a su código penal.⁸²

Referente a lo anterior, Urraca, citó:

Conforme a las reformas en Holanda, el homicidio por piedad y el suicidio asistido (que dan origen a la eutanasia), regulados por los artículos 293 y 294 del Código Penal Holandés, respectivamente, siguen siendo sancionados penalmente, con pena de prisión además de una multa, que varían dependiendo de la situación específica de cada caso⁸³.

Por su lado, Cano aportó que “en determinadas circunstancias, se le permitía al médico ‘ayudar’ a un paciente que padeciera dolor insoportable por una enfermedad terminal; sin que al médico le fuera aplicada sanción alguna”.⁸⁴ Para ello, el médico debía seguir un procedimiento más o menos como el siguiente: El médico, debía determinar que la petición de eutanasia del paciente se realizó de manera voluntaria y bien meditada; una vez hecho lo anterior, al médico se le debía confirmar su diagnóstico, por medio de otro médico. Una vez hecho eso, el médico podía llevar a cabo la eutanasia; posterior a la muerte del paciente, el médico debía notificar el suceso al forense municipal y a la Comisión Regional de Comprobación de la Eutanasia.⁸⁵

Dornewaard⁸⁶ refirió que una comisión, integrada por un jurista, un médico y un experto en cuestiones éticas, se encargaba de comprobar si la actuación del médico se ajustó a los

⁸²URRACA, *Op. Cit.*, Págs. 147, 157 y 158.

⁸³Idem.

⁸⁴CANO, F. (Coordinador) et al. (2005). *Eutanasia. Aspectos jurídicos filosóficos, médicos y religiosos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas. 1ª reimpresión. Págs. 51-56.

⁸⁵Idem.

⁸⁶DORNEWAARD citada en CANO, F. *Eutanasia. Aspectos jurídicos filosóficos, médicos y religiosos*.

requerimientos exigidos por la Ley; para lo cual dicho comité determinaba si el médico había actuado con el cuidado y esmero profesional exigible. Si la Comisión consideraba que el médico había seguido el protocolo, el expediente se declaraba concluido; en caso contrario, el expediente era turnado al ministerio fiscal para que se abriera un proceso penal contra el médico. Dornewaard también mencionó que “la eutanasia sigue siendo castigada en los Países Bajos, pero los médicos que deseen prestar ayuda a pacientes con las características ya mencionadas, pueden hacerlo siempre y cuando se apeguen estrictamente a la Ley”.⁸⁷

En España se encontró, que más que existir leyes que regulen la práctica de la eutanasia existen ordenamientos que prevén la posibilidad de emitir documentos de voluntad anticipada, algo similar al *Living Will* americano (Testamento Vital). Se identificó, que el primer antecedente fue la Ley de Cataluña sobre los derechos de información concerniente a la salud y a la autonomía del paciente, en el año 2000; conforme a esta Ley, el paciente podía suscribir un documento de voluntad anticipada, dirigido a su médico, el cual posteriormente debía de validarse ante notario público, el cual debía asentar en el mismo documento que este fue otorgado por una persona mayor de edad, capaz, consciente y libre de coacción.⁸⁸

La Universidad Latina de América (ULA), citó que:

Las instrucciones anticipadas no pueden contravenir la ética profesional, lo que permite al personal médico que asiste al paciente, ejercer su derecho a la objeción de conciencia, es decir, éstos pueden dejar de lado la voluntad anticipada tomada por el paciente, cuando ellos crean que dicha decisión interfiere con su ética profesional.⁸⁹

En 2002, se aprobó en España la Ley de Autonomía del Paciente; esta ley estableció que todo paciente tenía el derecho de negarse a recibir un tratamiento médico, excepto en los casos señalados por la ley (por ejemplo, cuando el pronóstico del paciente no es mayor a un mes). La Ley estableció las bases para que las personas dictaran sus instrucciones previas, y lo consideró como un derecho esencial de las personas mayores de edad, capaces y libres;

⁸⁷Idem.

⁸⁸CARPISO, J. y Diego V. (2012). *Derechos Humanos, Aborto y Eutanasia*. Recuperado el 30 de abril de 2014 de: <http://info5.juridicas.unam.mx/libros/6/2530/2.pdf>.

⁸⁹UNIVERSIDAD LATINA DE AMÉRICA. (2010). *Voluntad Anticipada México-España*. Recuperado el 01 de Mayo de 2014 de: <http://www.unla.mx/iusunla30/opinion/LA%20OBJECCION%20DE%20CONCIENCIA%20EN%20EL%20AMBITO%20MEDICOSANITARIO%20.html>

la ley no se centró en un solo aspecto sino que implicó varias esferas, por ejemplo: es revocable en cualquier momento, contiene instrucciones sobre el destino del cuerpo y órganos del enfermo y prevé el poder nombrar a la persona o personas que actuarían como sus representantes.⁹⁰

La ULA también refirió que en 2003 surgió la Ley de Andalucía Sobre la Declaración de Voluntad Vital Anticipada.⁹¹ Lo más importante de esa ley, fue la creación de un registro especializado (de voluntades anticipadas).⁹²

En Oceanía:

Hacia 1995, en Australia se aprobó una Ley para la eutanasia conocida como Ley de Derechos de los Enfermos Terminales; ante la Legislatura del Territorio Norte de Australia. Más tarde, otras dos entidades siguieron el ejemplo, pero los proyectos de ley respectivos fueron aprobados por un escaso margen de diferencia⁹³.

Esa ley permitía a las personas enfermas, mayores de 18 años con plena capacidad y cuya esperanza de vida no superaba los 6 meses, poder solicitar la asistencia médica necesaria para poner fin a su vida.

En América:

En Estados Unidos, los intentos por legalizar la eutanasia se remontan a inicios del siglo XX⁹⁴, cuando Miss Ann Hall presentó un proyecto ante el Parlamento de Ohio en 1906 y el Doctor Gregory M. presentó otro proyecto ante el Parlamento de Iowa; sin embargo, ambos proyectos fueron rechazados por el Congreso de Washington.⁹⁵

⁹⁰Idem.

⁹¹Idem.

⁹²Idem.

⁹³CARPISO, J. y Diego V. (2012). *Derechos Humanos, Aborto y Eutanasia*. Recuperado el 30 de abril de 2014 de: <http://info5.juridicas.unam.mx/libros/6/2530/2.pdf>.

⁹⁴Se debe aclarar, que en realidad, los proyectos presentados en Estados Unidos, más que regular la eutanasia, pretenden evitar la distansia u obstinación terapéutica (encarnizamiento terapéutico), que consiste, en utilización de terapias cuyos efectos son más perjudiciales que el mal que pretende curar; o cuando el empleo de la terapia resulta inútil, ya sea porque la curación es imposible o porque el beneficio que se espera es menor que los inconvenientes previsibles.

⁹⁵PÉREZ, *Op. Cit.*, Pág. 327-328.

A lo anterior, Pérez aportó que:

Posteriormente hubo varios intentos en diversos estados que trataban de legalizar estas prácticas, sin embargo, fue hasta el año de 1976, cuando en el estado de California se aprobó la primera Ley acta de muerte natural (Natural Death Acts), instaurando lo que en la actualidad se conoce como 'Testamento Vital' o Living Will⁹⁶.

Dicho proyecto tuvo origen en la Facultad de Derecho de la Universidad de Yale, y en el se reconoció el derecho de las personas adultas, y mentalmente sanas, a dar instrucciones escritas a su médico (actual o futuro) para interrumpir, retirar y/o no realizar procedimientos de mantenimiento de la vida en el caso de una situación terminal⁹⁷. Carpizo, acotó a lo anterior que “en ese caso, el médico quedaba excluido de responsabilidad penal o civil [...] este “Testamento Vital” tenía una duración máxima de 5 años, contados a partir de la suscripción del documento; además de ser revocable en cualquier momento”.⁹⁸

Otros estados de la Unión Americana siguieron el ejemplo de California, tales como: Arkansas, Idaho, Nevada, Nuevo México, Carolina del Norte, Oregon, Texas, Kansas, Washington y Alabama, ellos aprobaron varias leyes en el mismo sentido. Para 1992, ya existían legislaciones similares a favor en casi todos los estados. En ese mismo año, entró en vigor el Acta de Autodeterminación del Paciente (*The Patient Self-Determination Act*), con la que se adoptó la declaración anticipada de voluntad a nivel federal.⁹⁹

En el año 2000, en el estado de California nuevamente entró en vigor la Ley de Decisiones sobre Atención Médica (*Health Care Decisions Law*); la cual confería a las personas adultas y capaces, la facultad de decidir por adelantado las instrucciones pertinentes sobre cualquier aspecto de una incapacidad sobreviniente. En esta Ley, el paciente podía designar un tutor el cual se ocuparía de tomar decisiones referentes al paciente; o en su defecto, éste debería hacer cumplir las instrucciones previamente expresadas por el paciente. Dicha Ley no se ve limitada ni por las enfermedades de carácter terminal ni porque el suscriptor se encontrara en

⁹⁶Idem.

⁹⁷Idem.

⁹⁸CARPIZO, J. y Diego V. (2012). *Derechos Humanos, Aborto y Eutanasia*. Recuperado el 30 de abril de 2014 de: <http://info5.juridicas.unam.mx/libros/6/2530/2.pdf>.

⁹⁹URRACA, *Op. Cit.*, Págs. Pág. 264-266.

estado comatoso o vegetativo permanente.¹⁰⁰

Otra ley similar a esta, se aprobó en el estado de Oregon en 1997 conocida como Ley de Muerte Digna de Oregon (*Oregon's Death With Dignity Act*); esta Ley, legalizaba el suicidio asistido en el caso de adultos capaces que padecieran una enfermedad terminal (entendiéndose, como aquella cuya esperanza de vida es inferior a 6 meses) y que residieran en ese estado. Esta ley, permite a los enfermos solicitar la prescripción de una dosis de sustancias letales para poner fin a su vida.¹⁰¹ Algunas Leyes de Estados Unidos, son conocidas como *Living Will*, *Natural Death* o *Right to Die*; sin embargo, existen otras figuras legales que permiten a los enfermos establecer las disposiciones que deben de seguirse en caso de padecer una incapacidad¹⁰².

En Argentina, se encontró que la eutanasia pasiva no estaba regulada por la ley sino que está prevista en el Código de Ética de la Asociación Médica Argentina donde dicho código explica que a fin de evitar el sufrimiento físico y psíquico del paciente terminal, éste tiene el derecho a una muerte digna contando con asistencia terapéutica para así evitar el ensañamiento terapéutico (distanasia). Sin embargo, el suicidio asistido está prohibido terminantemente.¹⁰³

En términos generales, Argentina no contaba con una regulación uniforme en torno a la eutanasia; sin embargo, se identificó la existencia de un documento que reconoce la libertad de las personas para emitir instrucciones anticipadas o testamentos de vida, similares a las de España. Se encontró que en Buenos Aires, existe un Registro de Actos de Autoprotección, en el cual se encuentran las actas que realizaron las personas en las escribanías (notarías); en caso que en un futuro, la persona no pudiera expresar sus deseos, referente a las terapias o tratamientos que quisiera o no recibir, debido a su estado de

¹⁰⁰SAMBRIZZI, E. (2006). *Derecho y eutanasia*. Buenos Aires: La Ley. Págs. 141-142.

¹⁰¹BIBLIOTECA JURÍDICA VIRTUAL. (2015). *La tutela de la propia incapacidad*. Recuperado el 20 de enero de 2015 de: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=2517>

¹⁰²Las otras figuras jurídicas reguladas en Estados Unidos, son: a) El Poder, b) El fideicomiso (Trust) y c) El poder para el cuidado de la salud (*Health Care Power of Attorney*). Ídem

¹⁰³UNIVERSIDAD LATINA DE AMÉRICA. (2010). *Voluntad Anticipada México-España*. Recuperado el 01 de Mayo de 2014 de: <http://www.unla.mx/iusunla30/opinion/LA%20OBJECCION%20DE%20CONCIENCIA%20EN%20EL%20AMBITO%20MEDICOSANITARIO.html>

salud.¹⁰⁴

En 2003, se presentó ante la Cámara de Diputados de Argentina un proyecto de Ley sobre el Testamento Vital; en dicho proyecto, el paciente podía decidir sobre someterse o no a un determinado tratamiento durante el transcurso de su enfermedad, así como también decidir si deseaba someterse a medios y/o tratamientos extraordinarios y/o desproporcionados, dichas decisiones deben de estar asentadas en su historial clínico¹⁰⁵.

Ese mismo año, en la legislatura de Córdoba se presentó un proyecto similar, con la diferencia que en este último se prohibía expresamente al paciente la posibilidad de rechazar los cuidados paliativos así como los medios ordinarios (por ejemplo, cuando la esperanza de vida del paciente es mayor a seis meses o cuando éste sufre dolores inmensurables a causa de algún tipo de cáncer). Es de resaltar que este proyecto, definió a la enfermedad terminal como: aquella que, según el juicio del médico, provocará la muerte del paciente dentro de un término no mayor a seis meses.¹⁰⁶

En México, Marcelo Ebrard Casaubon, jefe de gobierno del Distrito Federal, proclamó la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal en 2008, entrando en vigor al ser publicada en el Diario Oficial de la Federación. Sin embargo, para la correcta ejecución de dicha Ley, se tuvo que reformular el artículo 184, y adicionar el artículo 166 Bis de la Ley General de Salud; las reformas se hicieron después de que la Ley de Voluntad Anticipada fue proclamada, pues fue hasta ese momento que los legisladores se percataron que dichos artículos eran un impedimento para que se cumpliera el objetivo de dicha Ley. El artículo 184, se reformuló completamente debido a que como se encontraba contravenía lo proclamado en la Ley de Voluntad Anticipada; al artículo 166, se le agregaron los artículos 166 bis y 166 bis 1 ya que estos contenían los cuidados y principios de acción para el enfermo terminal, respectivamente, referente a los cuidados paliativos.

¹⁰⁴SAMBRIZZI, Op. Cit., Pág. 147.

¹⁰⁵Idem.

¹⁰⁶Idem.

En años subsecuentes, a esa Ley se le volvieron a hacer modificaciones. Cabe mencionar que aunque la Ley de Voluntad Anticipada y la Ley de Cuidados Paliativos entraron en vigor y al mismo tiempo se legisló para su correcta aplicación y ejecución, referente a la eutanasia no hubo legislación o modificación alguna, esta práctica sigue siendo considerada un delito.¹⁰⁷

Hasta ahora, se expusieron las problemáticas que algunos países tuvieron que enfrentar para poder garantizar a sus enfermos terminales, tanto el derecho a vivir/morir con dignidad así como el de respetar sus deseos referentes a tratamientos o procedimiento médicos. Con respecto a los cuidados paliativos, se creyó necesario ahondar en este tema, debido a que estos comúnmente son asociados a la voluntad anticipada; por lo que se investigó, cómo surgieron y cómo han evolucionado.

II. Surgimiento y aplicación de los cuidados paliativos en México.

Se encontró que la palabra hospicio provenía del latín *Hospitium*, que originalmente significó el sentimiento experimentado por el huésped al ser atendido por el anfitrión; posteriormente, se hizo extensivo al lugar físico donde este sentimiento fue experimentado. Durante la Edad Media, los hospicios fueron lugares de acogida para peregrinos que se encontraban gravemente enfermos o moribundos; en esos lugares no solamente se brindaba refugio y alimento, sino que también se ofrecían cuidados.¹⁰⁸

El “inicio oficial” del llamado Movimiento de Hospicios Modernos se atribuye a Dame Cicel y Saunders pionera en esta área en el *St. Christopher’s Hospice*, en Londres hacia 1967. En ese lugar, los enfermos y sus familiares mejoraban significativamente su calidad de vida, ya que por un lado, al enfermo se le brindaba atención y control de los síntomas en sus enfermedades (terminales o crónicas) y también se buscaba una adecuada comunicación con él, para lograr un excelente acompañamiento emocional, social y espiritual; por otro lado,

¹⁰⁷NORMATECA. (2007). *Ley General de Salud*.

Recuperado el 7 de noviembre de 2013 de: http://www.normateca.gob.mx/Archivos/34_D_1185_08-02-2007.pdf

¹⁰⁸FUNDACIÓN PALIAR. (2013). *Historia de los cuidados paliativos*.

Recuperado el 7 de noviembre de 2013 de: <http://www.fundacionpaliar.org/elemento.php?id=5>

en relación con los familiares, se realizó investigación, docencia y apoyo tanto en el proceso de la enfermedad como en el proceso del duelo¹⁰⁹.

Para los años 80 la atención al trabajo domiciliario se expandió y esto fue seguido por la puesta en marcha de equipos móviles de atención intra hospitalaria y ambulatoria. En 1987, Inglaterra optó por nombrar como Medicina Paliativa a los cuidados paliativos, ya que estos serían asociados como una subespecialidad médica; hasta ese entonces, el financiamiento de los *hospices* ingleses dependían de las donaciones. A inicios de los años 90, el gobierno decidió financiar parte de la atención.¹¹⁰

En septiembre de 2006, el *American Board of Medical Subspecialties* otorgó a la Medicina Paliativa el status de subespecialidad. La Medicina Paliativa se refiere fundamentalmente, al control del dolor en los pacientes terminales por parte de los médicos y enfermeras; mientras que el concepto de cuidados paliativos es más amplio, debido a que estos consideran la intervención no solo de los médicos y las enfermeras, sino que además incorpora a otros profesionales, tales como psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y representantes religiosos o apoyo espiritual. Independientemente si se alude a la medicina paliativa o a los cuidados paliativos, se debe de comprender el origen etimológico de la palabra paliativo, la cual proviene de la palabra latina *pallium*, que significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento. En castellano, paliar significa aliviar, hacer dulce.¹¹¹

La creación de unidades de tratamiento del dolor y manejo de enfermos terminales, fue la respuesta a la otra parte de la medicina, donde esta no cura, sino donde esta hace algo probablemente más importante: mitiga el sufrimiento y da alivio al ser humano en todas las partes que lo constituyen. Esta visión tuvo que ir en aumento, debido al cambio en las

¹⁰⁹Idem.

¹¹⁰Idem.

¹¹¹Idem.

pirámides poblacionales, a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y la esperanza de vida.¹¹²

En las últimas décadas, los cuidados paliativos han evolucionado enormemente a lo largo de los cinco continentes¹¹³; un ejemplo de ello es México, ya en él se proclamó la ley de Cuidados paliativos el 5 de enero de 2009 (un año después de haberse proclamado la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal). Si bien nuestro país dió un paso hacia adelante al legislar a favor de los Cuidados Paliativos y de la Voluntad Anticipada, no por ello se puede pensar que esto sea una solución total para todos los casos.

¹¹²Idem.

¹¹³TAD. (2013). *Carpeta sobre cuidados paliativos*. Recuperado el 7 de noviembre de 2013 de:
<http://tad.org.mx/wp-content/uploads/2013/12/CUIDADOS-PALIATIVOS-Carpeta-t%C3%A9cnica.pdf>

Marco Teórico

La Tanatología como disciplina estudia a la vida incluyendo a la muerte; dicho estudio, implica la relación directa de la muerte con la vida, dejando de lado las especulaciones, creencias religiosas o culturales.¹¹⁴ Por lo anterior, a continuación se vinculará la Tanatología con la voluntad anticipada, a fin de identificar como una ayudaría a la otra.

I. La Tanatología y su relación con la voluntad anticipada.

Morir, siempre ha inquietado al ser humano y pese a que ese es el destino final de cada persona, ese hecho despierta angustia, sufrimiento, rebeldía y miedo (referente al cómo morir, no al hecho de morir en sí); así que aceptar tal destino, es prueba de madurez. Se discernió, que las personas no temieron a la muerte rápida, sino a la muerte larga y dolorosa la cual se puede acompañar con deterioro físico, agonía, dolor, pérdida del autocontrol o de la independencia, etc.; la muerte es un fenómeno multifacético que afecta la vida humana y ésta se puede presentar de diversas maneras:¹¹⁵

1. Muerte natural: Es aquella que se presenta cuando el paciente fallece de manera no accidental.
2. Muerte accidental: Es cuando una persona muere por negligencia, mala acción, mal uso de un producto, artículo u objeto; como acción de otra persona o la misma persona.
3. Muerte súbita: La cual es un episodio en el cual la persona afectada pierde el pulso, la respiración y la conciencia de forma repentina e inesperada.
4. Muerte esperada/anunciada: Se entiende como aquella que sobreviene a un individuo que padece una enfermedad crónica conocida, cuyo desenlace es evidente.

¹¹⁴SECRETARÍA DE SALUD. (2013). *¿Qué es la Tanatología?* Recuperado el 04 de noviembre de 2014 de: <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/tanatologia.html>

¹¹⁵MEDICINA LEGAL. (2006-2010). *Formas de muerte*. Recuperado el 04 de noviembre de 2014 de: <http://medicinalegalaldia.blogspot.mx/2008/01/tanatologa.html>

5. Muerte inesperada: Es aquella que se presenta en un individuo enfermo pero controlado médicamente, en el cual no se esperaba su muerte en el momento en que se produjo.
6. Muerte por enfermedad terminal: Es la que sucede, en un plazo más o menos rápido y con mayor o menor agonía, dependiendo de los cuidados paliativos que el paciente reciba.¹¹⁶

Independientemente del tipo de muerte del cual se trate, el objetivo de la tanatología, específicamente la del tanatólogo, es orientar al enfermo hacia la aceptación de su realidad y buscando la tranquilidad del enfermo al realizar un testamento, repartir sus bienes o responsabilidades o incluso recurrir a la Ley de Voluntad Anticipada.

Según la Tanatología una muerte digna implica¹¹⁷:

- a) Calidad de vida durante esta etapa final.
- b) Atención adecuada.
- c) Ayuda para resolver problemas.
- d) Morir rodeado de gente cariñosa.
- e) No ser objeto de experimentación.
- f) Respetar y darle gusto al paciente.
- g) Presentar opciones reales para su situación actual.
- h) No dar expectativas falsas.

II. Las fases del duelo de Kübler-Ross y su asociación con la voluntad anticipada.

La doctora Elizabeth Kübler-Ross fue una de las especialistas más reconocidas en Tanatología, debido a que describió que los enfermos terminales en su fase de agonía y

¹¹⁶Dentro de estas enfermedades se pueden encontrar: El *cáncer* (en general), *el sida*, *las isquemias cerebrales*, *las aneurismas*, *la esclerosis múltiple*, y el *lupus eritematoso*; por mencionar algunas.

¹¹⁷SECRETARÍA DE SALUD. (2013). *¿Qué es la Tanatología?* Recuperado el 04 de noviembre de 2014 de: <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/tanatologia.html>

previo a su muerte, pasan por cinco etapas; dichas etapas son conocidas como fases del duelo y éstas influyen en la búsqueda de una muerte digna por parte del paciente.¹¹⁸ Refirió también, que el proceso de asimilación referente a la muerte de una persona y el respectivo duelo, dependían tanto de la manera en la cual murió la persona como de la cercanía que se tuviera con ésta.

La doctora Kübler-Ross asoció la calidad de vida con las fases de duelo al observar que en los enfermos crónicos o terminales se redujo su calidad de vida, ya que su situación los alejaba de actividades cotidianas (tales como: trabajar, estudiar, salir a la calle, hacer ejercicio, etc.) y los ataba a una cama o un cuarto de hospital. Lo que traía como resultado que en la mayoría de los casos, en los cuales un paciente fue diagnosticado con una enfermedad terminal, se presentaran las fases de duelo propuestas por ella; sin embargo, algunas personas no pasaron por las fases en orden y en algunos casos la duración de estas varió de acuerdo con la gravedad de su enfermedad o a la aceleración de su proceso de morir.

Las fases del duelo son las siguientes:¹¹⁹

1. Fase de Negación o Aislamiento: Es donde paciente rechaza la verdad en forma total, parcial o selectiva. Reacciona así, a manera de defensa. Busca otras opciones, busca evidencias que muestren que el diagnóstico que recibió es un “error” o simplemente cambia de médico.
2. Fase de Ira o Enojo: Aquí el paciente se vuelve agresivo contra su familia y/o el personal médico; su ira se desplaza en todas direcciones y al azar. Esta es una fase difícil de afrontar por quienes rodean al paciente; sin embargo, a veces se necesita de esta fase para poder aceptar la condición actual.

¹¹⁸SÁNCHEZ, *Op. Cit.*, Págs. 124 -125

¹¹⁹idem.

3. Fase de Negociación o Pacto: En esta, el paciente asume su condición pero realiza pactos secretos, en especial con Dios, pues reconoce lo que está ocurriendo y se negocia con dejar de hacer algo para prolongar la vida.
4. Fase de Depresión: Es aquella donde las fases anteriores se sustituyen por una sensación de pérdida, esta reacción es más duradera debido a que el paciente hace énfasis en su incapacidad para actividades; es donde el enfermo, añora el pasado y se preocupa por el futuro. El “sentir ser una carga para los demás”, facilita la aparición de esta etapa y por ello comienza a desprenderse gradualmente de todo.
5. Fase de Aceptación: Durante esta etapa, se van resolviendo varios procesos, problemas o situaciones que ayudarán al paciente a aceptar su condición; el enfermo se preocupa por ordenar asuntos referentes a pendientes, a su enfermedad y a su inminente fin; en la mayoría de los casos, ésta es la última fase.

Por lo revisado en este apartado, se comprendió que las fases del duelo servían para que tanto el paciente terminal como sus familiares, previeran y decidieran el rumbo de la enfermedad y los tratamientos o procedimientos médicos a los cuales someterse o recibir. Se encontró que la Tanatología fomenta el principio de autonomía del paciente¹²⁰, ya que lo motivan a llevar a cabo ciertas acciones con el fin de tener una muerte digna, por ejemplo: la realización de un testamento, la repartición de bienes o responsabilidades o hasta recurrir a la Ley de Voluntad Anticipada.

A partir del ejemplo anterior, referente a recurrir a la Ley de Voluntad Anticipada, se creyó necesario precisar la voluntad anticipada como concepto y como Ley; del mismo modo, se pensó sería útil explicar las diferencias entre la ortotanasia y la voluntad anticipada, y a su vez la diferencia entre voluntad anticipada y eutanasia. Lo anterior se desarrolló de manera más completa durante el Capítulo 1.

¹²⁰Para mayor referencia ver Capítulo 1, Subtema 1.2, Inciso a, Pág. 57.

CAPÍTULO 1

La Ley de Voluntad Anticipada y su impacto en diferentes ámbitos

En el presente capítulo se retomarán los conceptos de ortotanasia¹²¹, voluntad anticipada¹²² y eutanasia¹²³, dados inicialmente, con el fin de explicar, analizar y encontrar las diferencias entre estas prácticas; a la vez que se identificará la interacción de la Ley de Voluntad Anticipada en determinados sectores.

Se entiende como ortotanasia o muerte digna, a la actuación correcta ante la muerte por parte de los médicos que atienden directamente al paciente que sufre una enfermedad incurable o en fase terminal, obligándolo a dejarlo morir a su tiempo, sin emplear medios desproporcionados y/o extraordinarios (por ejemplo: dejándolo solo en una habitación rodeado de aparatos y con un desapego por parte del personal médico); básicamente, es lo que se podría entender como el derecho del paciente a morir dignamente. En esta práctica, se recurre simplemente a la ética profesional del médico con la finalidad de hacer respetar los deseos del enfermo terminal, no habiendo nada legal que lo ate a cumplirlos; tal vez lo único que pudiera hacerlo serían los cuatro principios de la bioética¹²⁴. Es importante señalar que ésta práctica solo considera a los enfermos incurables o en etapa terminal y no a los enfermos en estado vegetal o un pronóstico reservado; en México, aún no existe una ley que regule, reconozca o proteja a los enfermos en dichas situaciones.

Por su parte, la voluntad anticipada contiene de manera escrita (a través de un formato hospitalario dirigido al comité de bioética del hospital, el cual deberá de proporcionar este servicio, o bien, por una suscripción ante cualquier notario, según sea el caso¹²⁵) los deseos de una persona referentes a las atenciones médicas que desea o no recibir; tanto en el caso de padecer una enfermedad terminal o como consecuencia de un accidente catastrófico, el

¹²¹Para mayor referencia ver Marco Conceptual, Definición de ortotanasia, Pág. 20-21.

¹²²Para mayor referencia ver Marco Conceptual, Definición de voluntad anticipada, Pág. 21.

¹²³Para mayor referencia ver Marco Conceptual, Definición de eutanasia, Pág. 19.

¹²⁴Para mayor referencia ver Capítulo 1, Subtema 1.2, Incisos a, b y c, Pág. 57-58.

¹²⁵Para mayor referencia ver Capítulo 1, Subtema 1.1, Incisos A y B, Tabla 3, Págs. 53-56.

cual haya conducido a la persona a un estado en el que le sea imposible expresarse por sí mismo. Un ejercicio implícito de la voluntad anticipada, es el decidir sobre los cuidados paliativos que el paciente o futuro paciente decida o no recibir.

En esta práctica se encontró, que existe un documento legal¹²⁶ el cual obliga de forma legal tanto al personal médico como a la familia, a respetar los deseos del enfermo terminal o futuro paciente.

Finalmente, la eutanasia pretende deliberadamente adelantar la muerte del paciente, dicho adelanto se puede ejecutar o llevar a cabo de acuerdo al efecto, la intención y la manera de decidirlo. Referente al efecto, esta se clasificó de dos maneras: 1) *eutanasia directa*, es cuando se trata de adelantar la hora de la muerte en caso de una enfermedad incurable o 2) *eutanasia indirecta*, que es el resultado de algunos procedimientos o tratamientos, los cuales tienen como efecto secundario reducir el período de vida o producir la muerte. Respecto a la intención, se estaría hablando solamente de *eutanasia directa*, la cual a su vez se subdivide en dos tipos: a) *eutanasia activa*, la cual provoca la muerte de manera deliberada al administrar una sobredosis de medicamento, y b) *eutanasia pasiva*, que es cuando se suspende el tratamiento o alimentación al paciente. Por último, la manera de decidirlo alude a si se elige de manera *voluntaria* (donde el paciente toma la decisión) o de forma *involuntaria* (cuando alguien más decide por el paciente); independientemente del tipo o subtipo de eutanasia que se trate.

Diferencia entre ortotanasia y voluntad anticipada.

A simple vista no se encontraron diferencias entre una práctica y otra; sin embargo, al analizar el marco de acción de cada uno de los conceptos y al contrastarlos con las leyes disponibles y vigentes en el Distrito Federal, se encontró que:

¹²⁶SERVICIOS DEL DISTRITO FEDERAL. (2008). *Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2013 de: <http://cgservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/r171201.htm>

Tabla 1 Diferencias entre ortotanasia y voluntad anticipada

Aspectos a Considerar	Ortotanasia	Voluntad Anticipada
1. Existe una legislación a favor de dicha práctica.	No	Sí
2. Existen Leyes que la avalan y que garantizan su ejercicio.	No	Sí
3. Hay consecuencias legales o administrativas si no se cumplen los deseos del paciente.	No	Sí
4. Excluye de responsabilidad al personal médico.	Sí	Sí
5. Toma en cuenta los deseos del enfermo terminal.	Sí	Sí
6. Provee de cuidados paliativos del enfermo terminal.	Sí	Sí
7. Busca la muerte con dignidad del enfermo terminal.	Sí	Sí
8. Busca la muerte con dignidad del enfermo en estado vegetal.	No	Sí
9. Existe obstinación terapéutica.	No	No
10. Considera a un futuro paciente en su praxis.	No	Sí

Fuente: Elaborada con base en los conceptos dados en el presente apartado.

Las diferencias encontradas entre un concepto y otro, aludieron a que en el Distrito Federal la ortotanasia no es ni está regulada, controlada, reconocida y avalada de forma legal; simplemente es un posible juicio del médico. Mientras que la voluntad anticipada sí tiene tanto un marco de acción establecido, justificado, reconocido, controlado y avalado de forma legal por la ley del mismo nombre. Básicamente la diferencia entre una práctica y otra, radica en que la ortotanasia tiene como objetivo el conseguir únicamente una muerte digna para el enfermo terminal, buscándola sin que exista una atadura legal que lo obligue a cumplir con los deseos del paciente, sencillamente se limita a la ética profesional del médico. Mientras que la voluntad anticipada, no solo considera al paciente terminal sino a todas las personas que deseen plasmar sus deseos por medio de un formato hospitalario (para enfermos terminales) o suscripción notarial (para futuros pacientes); donde el incumplimiento de dichos deseos, tienen posibles consecuencias legales para el médico.

La CONBIOÉTICA señaló, que si bien la voluntad anticipada se refieren principalmente a la limitación del esfuerzo terapéutico que debe ir seguida de cuidados paliativos, los legisladores prefirieron utilizar injustificadamente el término “ortotanasia”; el cual es prácticamente inexistente en el lenguaje médico, pero que es común en la literatura bioética católica, especialmente, para oponerse a la eutanasia¹²⁷.

Diferencias entre eutanasia y voluntad anticipada.

A fin de encontrar posibles diferencias entre una práctica y otra, se llevó a cabo el mismo procedimiento de la Tabla 1, es decir, se analizó el marco de acción de cada uno de los conceptos y se contrastó con las leyes disponibles y vigentes en el Distrito Federal, encontrando que:

Tabla 2 Diferencias entre eutanasia y voluntad anticipada

Aspectos a Considerar	Eutanasia	Voluntad Anticipada
1. Existe una legislación a favor de dicha práctica.	No	Sí
2. Existen Leyes que la avalan y que garantizan su ejercicio.	No	Sí
3. Hay consecuencias legales o administrativas si no se cumplen los deseos del paciente.	Sí	Sí
4. Excluye de responsabilidad al personal médico.	No	Sí
5. Toma en cuenta los deseos del enfermo terminal.	*	Sí
6. Provee de cuidados paliativos del enfermo terminal.	No	Sí
7. Busca la muerte con dignidad del enfermo terminal.	Sí	Sí
8. Busca la muerte con dignidad del enfermo en estado vegetal.	Sí	Sí
9. Existe obstinación terapéutica.	No	No
10. Considera a un futuro paciente en su praxis.	No	Sí

Fuente: Elaborada con base en los conceptos dados en el presente apartado.

*Depende del tipo de eutanasia practicada.

¹²⁷COLEGIO DE BIOÉTICA A.C. (2012). *Voluntad Anticipada*. Recuperado el 03 de Mayo de 2015 de: <http://colegiodebioetica.org.mx/wp/links-laterales/voluntad-anticipada/>

Las diferencias encontradas entre un concepto y otro fueron muy evidentes, identificando: que la eutanasia busca la muerte digna tanto de pacientes terminales como de pacientes en estado vegetal, por lo cual no proporciona cuidados paliativos; en el Distrito Federal esta práctica está prohibida y es castigada penalmente. Es importante mencionar que independientemente del tipo de eutanasia del cual se trate, el Código Penal Mexicano considera esta práctica como ilegal en sus arts. 302 y 307 (artículos que refieren que las condenas irán de los 12 hasta los 24 años de prisión para quien o quienes lleven a cabo esta práctica); del mismo modo, la Ley General de Salud, prohíbe la eutanasia y el suicidio asistido en el art. 166 Bis 21, manejando las mismas penas establecidas en el Código Penal Federal.¹²⁸

En contraste, la voluntad anticipada busca el bienestar de los de las personas (tanto de los enfermos terminales como de los futuros pacientes) al hacer respetar sus decisiones expresadas previamente a través de un formato hospitalario o de una suscripción notarial; en el Distrito Federal esta práctica es reconocida controlada y avalada por medio de la Ley de Voluntad Anticipada.

Una vez identificadas las diferencias entre las tres prácticas anteriores, se entrará de lleno en la interacción que presenta la Ley de Voluntad Anticipada con algunos factores.

1.1 Esferas legales de la Ley Voluntad Anticipada.

Para el gobierno del Distrito Federal, la voluntad anticipada se consideró como una práctica aceptable, viable y conveniente; por lo cual, está se adoptó y posteriormente se le dio el status de Ley. Debido a la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal considera que todas las personas en pleno goce de sus facultades mentales tienen el derecho a decidir de manera libre sobre los tratamientos médicos que quisieran recibir o no, se le hicieron

¹²⁸INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS. (2015). *Debate sobre eutanasia*. Recuperado el 19 de Febrero de 2015 de: <http://www.juridicas.unam.mx/invest/areas/neisd/eutanasia/relato.htm>

diversas modificaciones; además de reformularse y crearse artículos de la Ley General de Salud para su correcta ejecución.

Existen dos vías de suscripción a la Ley de Voluntad Anticipada: 1) Documento de Voluntad Anticipada y 2) Formato de Voluntad Anticipada¹²⁹; ambos son documentos que tienen sustento legal, avalan la decisión y reafirman la voluntad de la persona respecto a ser o no ser sometida a medios, tratamientos o procedimientos médicos que prolonguen su sufrimiento durante la etapa terminal.

A. Por medio del documento de voluntad anticipada suscrito ante notario.

El Colegio de Notarios del Distrito Federal, celebró el 21 de mayo de 2008 junto con Marcelo Ebrard Casaubon, Jefe de Gobierno del Distrito Federal, un convenio a través del cual los notarios agremiados prestarían asesoría y atención a los ciudadanos del Distrito Federal, referente a la tramitación y otorgamiento de los Documentos de Voluntad Anticipada; estableciendo así un costo de \$1,900.00 pesos para la realización de dicho documento.

Lo anterior sucedió, conforme a lo estipulado en el Artículo 2, fracción IV de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, el cual cita:

El documento de Voluntad Anticipada es el documento público registrado ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consiente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la obstinación terapéutica¹³⁰.

Al investigar más sobre el formato¹³¹ de esta modalidad, se encontró que el documento de suscripción notarial se proporcionaba a cualquier persona que así lo solicitara, siempre y cuando el solicitante fuera mayor de edad; además, se debía seguir el siguiente protocolo¹³².

¹²⁹ SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL. (2010). *Voluntad Anticipada*. Recuperado el 03 de mayo de 2013 de: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=162

¹³⁰ COLEGIO DE NOTARIOS. (2009). *Gaceta Oficial del Distrito Federal. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*. Recuperado el 28 de marzo de 2014 de: http://www.colegiodenotarios.org.mx/doctos/reglamento_va.pdf

¹³¹ Para mayor referencia ver apartado Anexos. *Solicitud de Documento de Voluntad Anticipada*. Págs. 106-109.

¹³² Información obtenida al realizar trabajo de investigación en la Notaría 203 del Distrito Federal. Ubicada en Av. San Fernando No. 423, Col. Toriello Guerra. Delegación Tlalpan.

1. Se deberá hacer el pago correspondiente del servicio. El trámite se puede hacer en cualquier notaría y tiene una vigencia de 5 años¹³³.
2. El solicitante tendrá que presentar identificación oficial, IFE, Pasaporte, licencia de manejo.
3. El solicitante deberá nombrar un representante. El cual también se deberá de identificar.
4. El solicitante nombrará un representante sustituto en caso de que el primer representante renuncie o esté imposibilitado para dar cumplimiento a la voluntad anticipada del suscrito. También debe de identificarse,
5. El solicitante tendrá que presentar dos testigos debidamente identificados.

B. Por medio del formato hospitalario de voluntad anticipada.

Referente a esta modalidad, se encontró que la Ley de Voluntad Anticipada establecía en su Artículo 2 fracción V, que:

El formato de voluntad anticipada: Es el Formato Oficial emitido por la Secretaria en el que cualquier enfermo en etapa terminal o suscriptor, manifiesta ante el personal de salud de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud, la petición, libre, consiente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la obstinación terapéutica¹³⁴.

Debido a ello, el formato hospitalario se proporciona únicamente a los enfermos terminales o a la familia; sin embargo, el primer requisito para brindar dicho formato es que el paciente estuviera recibiendo tratamiento médico, no importando si este se brindaba en el hospital o en el domicilio del paciente. La Secretaría de Salud del Distrito Federal emitió dos formatos hospitalarios, cuya diferencia radica básicamente en quién lo solicita.

¹³³Es importante mencionar, que esta vigencia está sujeta a las necesidades de quien solicitó el documento; ya que por un lado, el solicitante puede cancelar el documento en cualquier momento. Y por el otro, pasados los 5 años de vigencia, el solicitante puede o no volver a suscribir su voluntad anticipada.

¹³⁴COLEGIO DE NOTARIOS. (2009). *Gaceta Oficial del Distrito Federal. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*. Recuperado el 28 de marzo de 2014 de: http://www.colegiodenotarios.org.mx/doctos/reglamento_va.pdf

- a. Formato de Voluntad Anticipada del Enfermo en Etapa Terminal¹³⁵. Éste formato se brinda cuando el paciente aún está consciente, lúcido y en pleno goce de sus facultades mentales. Éste formato requiere de la firma del paciente, la del representante y la de dos testigos.
- b. Formato de Voluntad Anticipada para el Suscriptor y Representante del Enfermo en Etapa Terminal¹³⁶. Este formato se brinda cuando el paciente ya no está consciente, lúcido o en pleno goce de sus facultades mentales. Éste formato sólo requiere de la firma del representante y la de dos testigos; para ser representante del enfermo, se tiene que ser familia directa de éste (esposo/a, hijos/as, hermanos/as, abuelo/a, nieto/a, etc.).

Independientemente del tipo de formato hospitalario del cual se trate, el protocolo a seguir, es el siguiente:

1. Una vez lleno el formato, se deberá entregar al médico tratante.
2. El médico a su vez, lo presentará al comité de bioética del hospital, el cual decidirá si la voluntad anticipada es permisible o no¹³⁷.
3. Si la voluntad anticipada es permitida, y se trata del formato A, entonces:
 - 3.1 El enfermo. Deberá firmar el formato. (Tendrá que presentar identificación oficial, IFE, Pasaporte, licencia de manejo).
 - 3.2 El enfermo. Nombrará un representante. (El cual también deberá de identificarse).
 - 3.3 El enfermo. Elegirá a dos testigos mayores de edad. (Quienes también deberán de identificarse).
4. Si la voluntad anticipada es permitida, y se trata del formato b, entonces:
 - 4.1 El suscriptor o representante del enfermo. Deberá firmar el formato. (Tendrá que identificarse con una credencial oficial IFE, Pasaporte, licencia de manejo).

¹³⁵Para mayor referencia ver apartado Anexos. *Formato de Voluntad Anticipada del Enfermo en Etapa Terminal*. Pág. 102-103.

¹³⁶Para mayor referencia ver apartado Anexos. *Formato de Voluntad Anticipada para el Suscriptor y Representante del Enfermo en Etapa Terminal*. Págs. 104-105.

¹³⁷Dicha decisión depende tanto del pronóstico como del estado del paciente.

4.2 El suscriptor o representante del enfermo. Deberá presentar a dos testigos mayores de edad. (Quienes también deberán de identificarse).

Una vez realizado todo el procedimiento para la afiliación, este documento deberá estar anexado en el expediente clínico del paciente para que de esta manera el personal médico esté enterado de dicha voluntad y así respetarla.

A fin de identificar las diferencias existentes entre las dos modalidades de la Ley de Voluntad Anticipada, la Tabla 3 engloba los aspectos que las distinguen.

Tabla 3 Diferencias entre el documento y formato de la Ley de Voluntad Anticipada para el D.F.

Documento de Voluntad Anticipada	Formato de Voluntad Anticipada
Se otorga a toda persona mayor de 18 con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, pudiendo tener o no una enfermedad terminal.	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.
Se otorga en Notarías del Distrito Federal y tiene un costo establecido por las mismas.	Se otorga en Hospitales Públicos ¹³⁸ y Privados del Distrito Federal a pacientes que padecen una enfermedad en etapa terminal; el formato de Voluntad Anticipada es totalmente gratuito en Hospitales Públicos, desconociendo el monto en Hospitales Privados.
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.	

Fuente: Elaborada con base en la información dada en el presente apartado.

1.2 Esferas Bioéticas de la Ley de Voluntad Anticipada.

Se identificó que la bioética¹³⁹ es una extensión de la ética, la cual reflexiona, delibera y hace planteamientos normativos de políticas públicas para regular y resolver conflictos en la vida social, especialmente en las ciencias de la vida y en la prácticas de investigación médica que

¹³⁸ Actualmente solo se brinda este servicio en 7 hospitales del Distrito Federal (Hospital General Dr. Enrique Cabrera, Hospital General La Villa, Hospital General Regional Iztapalapa, Hospital General Dr. Rubén Leñero, Hospital Pediátrico Legaria y Hospital General Milpa Alta).

¹³⁹ SECRETARÍA DE SALUD. (2012). *¿Qué es bioética?*. Recuperado el 03 de mayo de 2013 de: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/queeslabioetica.html>

afecten la vida en el planeta; tanto en la actualidad como para futuras generaciones. La bioética trata entonces de la ética médica, pero no se limita a ella, ya que en su sentido más tradicional la ética médica trata los problemas que surgen de la relación entre el médico y el paciente.

La mayoría de las facultades de medicina enseñan a sus estudiantes desde un principio a mantener una relación profesional con sus pacientes, cuidando de su dignidad; y eso es evidente, a través del consentimiento informado. Por lo revisado en León¹⁴⁰, Herazo¹⁴¹ y Rodríguez¹⁴², se infirió que el consentimiento informado, básicamente consistía en explicarle a un paciente normalmente competente, la naturaleza de su enfermedad; además, de hacer un balance entre los efectos, los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, donde finalmente se solicita su aprobación para someterlo a dichos procedimientos. Así mismo, Rodríguez¹⁴³ acotó que “ésta práctica debe encontrar una interpretación adecuada pues a veces las actuaciones médicas dañan para obtener un bien”.

Con base en los tres autores ya mencionados, se identificó, que en la relación médico-paciente interactúan tres actores: el médico, el enfermo y la sociedad; los cuales, desarrollan de manera específica alguno de los cuatro principios de la Bioética.

- a. El enfermo y la familia actúan guiados por el *Principio de Autonomía*¹⁴⁴, entendiéndolo a este, como la capacidad para tomar decisiones sin influencia ni presiones externas. Este principio debe respetarse, exceptuando las situaciones en las cuales las personas ya no puedan ser autónomas o presenten una autonomía disminuida (personas en estado vegetativo o con daño cerebral, por ejemplo).

¹⁴⁰LEÓN, F. (2012). *Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social*. Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile. Págs. 73-74.

¹⁴¹HERAZO, B. (2007). *Consentimiento informado*. Colombia: ECOE Ediciones. Pág. 4.

¹⁴²RODRÍGUEZ, M. (2008). *Relación Médico-Paciente*. La Habana: Ciencias Médicas. Págs. 6-8.

¹⁴³Idem.

¹⁴⁴LEÓN, Op. Cit., Pág. 73-74.

- b. El médico está sometido por dos principios. Primero, por el *Principio de Beneficencia*¹⁴⁵, el cual le obliga a actuar en beneficio del paciente promoviendo sus intereses, pero sin tenerlo en cuenta; se supone que el médico decidirá lo más conveniente para el paciente, de acuerdo a sus conocimientos y experiencias. Y segundo, por el *Principio de No Maleficencia*¹⁴⁶, el cual se entiende como sinónimo de “no dañar”; que básicamente, se refiere a abstenerse de realizar actos intencionados que puedan causar daño o perjudicar al paciente.
- c. La sociedad y las leyes se rigen por el *Principio de Justicia*¹⁴⁷, considerado como el más importante en salud; pues significa dar a cada quien lo necesario en el momento preciso, independientemente de su status social y sin reparar en los costos. Se puede entender, como no derrochar recursos en un paciente que no mejorará, evitando el dejar desprotegidos a otros pacientes necesitados y con mayores posibilidades de recuperación.

Por lo revisado anteriormente, se pensó que la Ley voluntad anticipada no viola, no limita y no incumple los derechos o las garantías de las personas; sino por el contrario, se encontró que dicha ley puede tener afinidad o basarse en los cuatro principios de la bioética.

1.3 Esferas culturales de la Ley de Voluntad Anticipada.

Se ubicó que actualmente en la sociedad, la voluntad anticipada aún no es una costumbre, una práctica común o un tema cotidiano; debido a que la muerte para la mayoría de los mexicanos sigue siendo un tabú, un tema eventual o simplemente, ésta se vive como si no existiera en un plano real, serio y final. Octavio Paz en *El laberinto de la soledad* lo refirió de la siguiente manera: “El mexicano frecuenta a la muerte, la burla y la festeja; pero paradójicamente la desprecia, la venera y piensa que cada quien la recibe como la buscó”¹⁴⁸, parece ser que las actitudes de ese tiempo y las de hoy en día, a más de cincuenta años de

¹⁴⁵Idem.

¹⁴⁶Idem.

¹⁴⁷Idem.

¹⁴⁸KRAUZE, E. (2014). *Octavio Paz. El poeta y la revolución*. México: Debolsillo. 302 pp.

haber sido publicada la obra, siguen siendo las mismas. Posiblemente dichas actitudes, pudieron influir de manera directa o indirecta en el hecho de suscribirse o no a la Ley de Voluntad Anticipada durante 2008 a 2013.¹⁴⁹

1.4 Esferas desde la Promoción de la Salud y Ley de Voluntad Anticipada.

Debido a que la Promoción de la Salud¹⁵⁰ tiene como fin, que los pueblos mejoren su salud para que así puedan ejercer un mayor control sobre esta y que un individuo alcance un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, al identificar y realizar sus aspiraciones¹⁵¹; esta disciplina, desde su postura emancipadora¹⁵², intenta empoderar a las personas (ofreciéndoles las herramientas necesarias para la realización de un proyecto determinado y abogar cuando sus derechos no son cumplidos, son limitados o ignorados).

Se identificó, que la Promoción de la Salud Emancipatoria al igual que la Ley de Voluntad Anticipada persiguen el mismo objetivo; que los deseos/proyectos de los enfermos terminales o futuros pacientes referentes a cómo morir y/o los procedimientos médicos que quisieran o no recibir sean respetados. Con base en ello, se identificaron las ventajas y desventajas de la Ley de Voluntad Anticipada, lo que a su vez, permitió situar los campos de acción de la Promoción de la Salud.

¹⁴⁹SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL. (2010). *Voluntad Anticipada*. Recuperado el 17 de noviembre de 2014 de: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=162

¹⁵⁰En la Carta de Ottawa, se definió como la acción de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para que un individuo alcance un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente

¹⁵¹SECRETARÍA DE SALUD. (2010). *Promoción de la Salud*. Recuperado el 01 de Marzo de 2015 de: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>

¹⁵²GONZÁLEZ, D. (2012). *Introducción al enfoque emancipatorio de la promoción de la salud*. Documento de circulación interna de la Academia de Promoción de la Salud de la UACM. México: Academia de Promoción de la Salud. 15 pp.

Tabla 4 Ventajas y Desventajas entorno a la Ley de Voluntad Anticipada.

Ventajas de la Ley de Voluntad Anticipada	Desventajas de la Ley de Voluntad Anticipada
Asegura el derecho de los enfermos terminales a la información sobre su proceso y a prepararse psicológica y espiritualmente para la muerte.	Posible resistencia a la aplicación por parte de algún miembro de la familia del enfermo; el cual probablemente busque la anulación del documento de voluntad anticipada.
Evita que los enfermos sigan bajo cuidados artificiales cuando ya no hay nada más que hacer médicamente.	El posible desconocimiento de la Ley de Voluntad Anticipada por parte del enfermo puede dar lugar a una interpretación errónea de la misma.
Permite al enfermo terminal morir en su hogar y rodeado de sus seres queridos, en lugar de morir solo en una sala de cuidados intensivos rodeado de frialdad y desolación.	Es posible que la unidad de salud en la que se encuentra el enfermo no tenga conocimiento de la Ley de Voluntad Anticipada y por lo tanto ésta no se pueda aplicar.
Brinda apoyo tanatológico para disminuir el impacto emocional en el enfermo y en sus familiares.	Para el personal sanitario, que está en contacto con el enfermo, agregar más actividades a su ya pesada carga de trabajo puede impedir la difusión correcta de la Ley de Voluntad Anticipada.
El enfermo tiene la oportunidad de establecer un orden en todos los ámbitos de su vida, mientras esté en pleno uso de sus facultades mentales y todo bajo el marco de la legalidad.	
Evita la polifarmacia en el enfermo y evita que se apliquen normas indiscriminadas y medidas de sostén que lejos de mejorar prolongan la agonía del enfermo.	
Brinda asistencia espiritual continua y con oportunidad si el enfermo así lo desea.	
La aplicación de la voluntad anticipada evita desintegración o conflictos de intereses entre los miembros de la familia del enfermo.	
Permite hacer un legado de los bienes del enfermo dejando un documento testamentario.	
El enfermo detalla gradualmente las características de su funeral así como de la donación de órganos.	
Permite al enfermo hacer peticiones, por ejemplo: hacer un viaje, que esté un ser querido, etc.	

Fuente: Elaborada con base en lo establecido en la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal.

Al analizar el contenido de la Tabla 4, se identificó que la Ley de Voluntad Anticipada como ley presentó muchas ventajas; las desventajas encontradas, básicamente aludieron a su correcta aplicación, ejecución y cumplimiento por parte de las personas y las instituciones.

1.5 Cifras y datos relevantes de la Ley de Voluntad Anticipada.

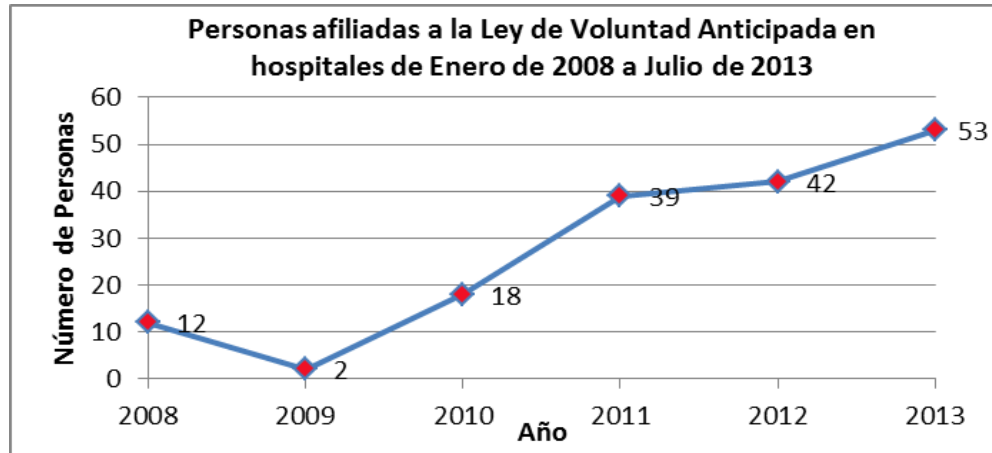
La Secretaría de Salud del Distrito Federal publicó, en su página web, las estadísticas referentes a las suscripciones realizadas a la Ley Voluntad Anticipada del 7 de enero de 2008 hasta el 31 de julio de 2013¹⁵³; tanto de hospitales como de notarías, actualmente la base de datos no está actualizada, motivo por lo cual se trabajó con esos las estadísticas encontradas. Dichos datos se analizaron de acuerdo a la forma en la cual fueron suscritos, es decir, si la afiliación sucedió en un hospital (formato hospitalario de la voluntad anticipada) o si se realizó ante un notario (documento de voluntad anticipada suscrito ante notario).

1.5.1. Estadística de formatos hospitalarios de voluntad anticipada.

En la estadística referente a los formatos hospitalarios, de enero de 2008 a julio 2013, se observó que el número de personas que recurrieron a esta modalidad de la Ley de Voluntad Anticipada solamente fueron 166; por lo que, partiendo de ese número, se realizó el análisis correspondiente.

¹⁵³SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL. (2010). *Voluntad Anticipada*. Recuperado el 17 de noviembre de 2014 de: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=162

Gráfica 1

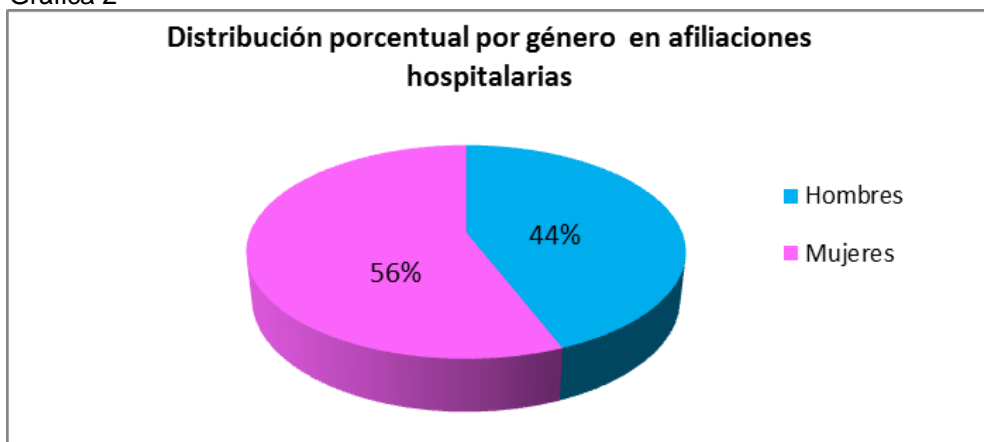


Fuente: Elaborada con base en las estadísticas de la Secretaría de Salud del D.F.

En la Gráfica 1, se desglosó el número personas afiliadas a la Ley de Voluntad Anticipada en los hospitales que prestan este servicio¹⁵⁴; no sabiendo así, si estas fueron hechas de manera directa o por medio de un representante, ya que no hay especificaciones por parte de la Secretaría de Salud del Distrito Federal referentes a este rubro. Se observó también, que durante el primer año, las afiliaciones registraron un 7%; en 2009 solo se registró un 1%, lo que representó una baja con respecto al año anterior. Sin embargo, de 2010 hasta 2013, se registró un aumento en el número de afiliaciones anuales, aumentando durante cada año, con respecto al año anterior. Por lo anterior, se concluyó que a medida que pasaron los años, exceptuando el 2009, las afiliaciones hospitalarias a la Ley de Voluntad Anticipada aumentaron, probablemente debido a que con el paso del tiempo la divulgación de dicha Ley aumentó.

¹⁵⁴ Idem.

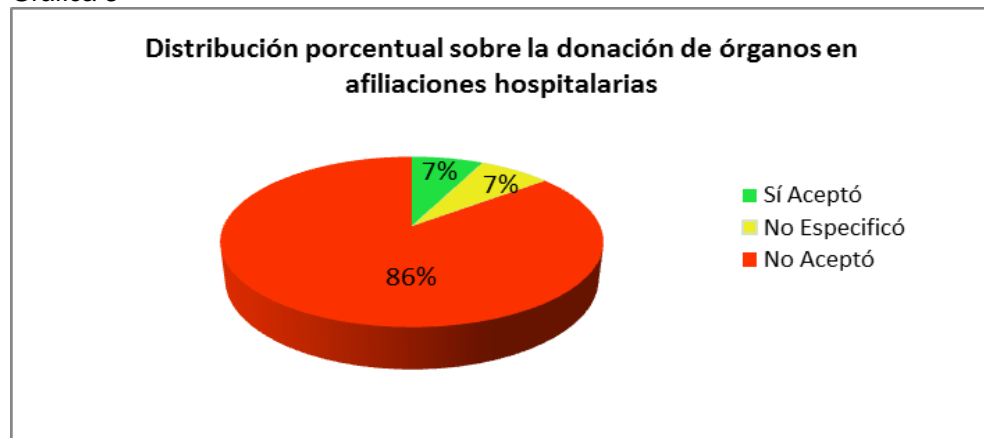
Gráfica 2



Fuente: Elaborada con base en las estadísticas de la Secretaría de Salud del D.F.

La Gráfica 2, contiene la distribución porcentual por género de las personas que se afiliaron en un hospital, durante el periodo 2008-2013. Se encontró que el 56% de las personas fueron de sexo femenino, 93 mujeres, mientras que el 44% restante fueron individuos de sexo masculino, 73 hombres.

Gráfica 3



Fuente: Elaborada con base en las estadísticas de la Secretaría de Salud del D.F.

Finalmente, la Gráfica 3 engloba los porcentajes sobre la donación de órganos de las personas afiliadas en hospitales. Se observó que solamente el 7%, 12 personas, aceptó donar sus órganos; en contraste con el 86%, 142 personas, que refirió no los donaría; y el 7% restante, 12 personas, no fue específico en ese rubro. Por lo cual, se concluyó que existió una falta de información con respecto a la donación de órganos.

Aunque se quiso trabajar con los datos estadísticos referentes a la edad, también contenidos en los datos referidos por la Secretaría de Salud, con el fin de analizarlos y darles una interpretación, esto no fue posible ya que durante el proceso de análisis, se encontró un error¹⁵⁵ evidente al momento de sacar proporciones y/o porcentajes, motivo por el cual esos datos se desecharon.

Hasta ahora, las cifras referentes al formato hospitalario no fueron significativas por sí solas; por ello también se analizaron los datos alusivos a los documentos que se registraron ante notario durante el mismo periodo, con el fin de darles a ambos una interpretación más completa.

1.5.2. Estadísticas de documentos de voluntad anticipada suscritos ante notario¹⁵⁶.

Los datos estadísticos de los documentos suscritos ante notario, también se obtuvieron de la página de la Secretaría de Salud, estas suscripciones también se realizaron durante enero de 2008 hasta julio 2013, mostrando que el número total de personas que recurrieron a esta modalidad de la Ley de Voluntad Anticipada, fueron 1969 personas; por lo que, se partió de este número, para llevar a cabo los análisis correspondientes.

¹⁵⁵El error es observable, cuando se quiere trabajar con los datos contenidos en la tabla “*grupos etareos*” -de los datos estadístico referentes a Afiliaciones hospitalarias-pues al hacer la sumatoria del total de cada rango el total general es de 178 personas y no de 166 como se había establecido al inicio de éste apartado. Este errores el único ya que a fin de descartar otros posibles errores dentro de los datos estadísticos, se analizaron los datos de cada tabla; no habiendo encontrado más errores, pero sí identificando que el número que manejan como total coincide perfectamente con el número total de personas afiliadas a la Ley de Voluntad Anticipada, el cual es de 166.

¹⁵⁶SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL. (2010). *Voluntad Anticipada*. Recuperado el 6 de mayo de 2014 de: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=162

Gráfica 4



Fuente: Elaborada con base en las estadísticas de la Secretaría de Salud del D.F.

La Gráfica 4, detalla el número de suscripciones notariales hechas; mostrando que el 4.5% del total de las suscripciones se hizo durante 2008, porcentaje que aumentó en 2009, siendo del 20.5%; durante 2010 y 2011 las suscripciones disminuyeron un 0.5 % y un 1%, respectivamente, tomando como referente al 2009. En 2012 hubo un inesperado aumento de las suscripciones, cercano al 300%, tomando como referente el año anterior; sin embargo, en 2013 hubo de nuevo una disminución en las suscripciones, siendo esta del 14%. Por tal motivo, se dedujo que con el paso de los años, dejando de lado el 2010 y el 2011, y lo sucedido en 2013, las suscripciones a la Ley de Voluntad Anticipada aumentaron, tal vez, debido a que con el paso de los años, el conocimiento de la existencia de la Ley fue aumentando.

Al cotejar el comportamiento entre la Gráfica 4 (suscripciones ante notario) y la Gráfica 1 (afiliaciones hospitalarias); se identificó, que el número de personas suscritas ante notario fue mayor con respecto al número de personas afiliadas en hospitales. Este dato resultó relevante, ya que se esperaba, que la afiliación hospitalaria fuera mayor (por ser gratuita) con respecto a las suscripciones notariales (debido a que el trámite notarial implica un costo).

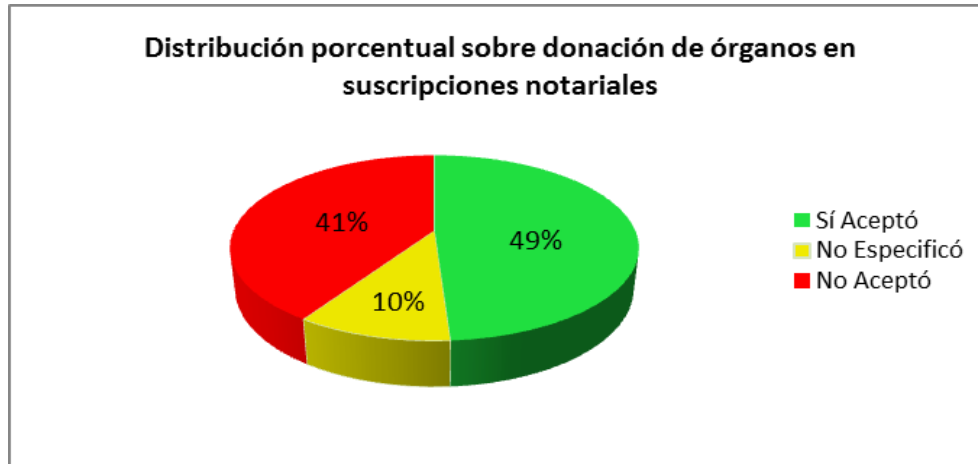
Gráfica 5



Fuente: Elaborada con base en las estadísticas de la Secretaría de Salud del D.F.

En la Gráfica 5, se concentró el porcentaje por género de las 1969 suscripciones hechas ante notario; y mostró, que más de la mitad de las personas afiliadas fueron de sexo femenino, es decir, el 65% (1280 mujeres); mientras que el 35% restante, fueron de sexo masculino (689 hombres). Debido a ello, se concluyó que los hombres, en comparación con las mujeres, casi no recurren a la suscripción de la Ley de Voluntad Anticipada.

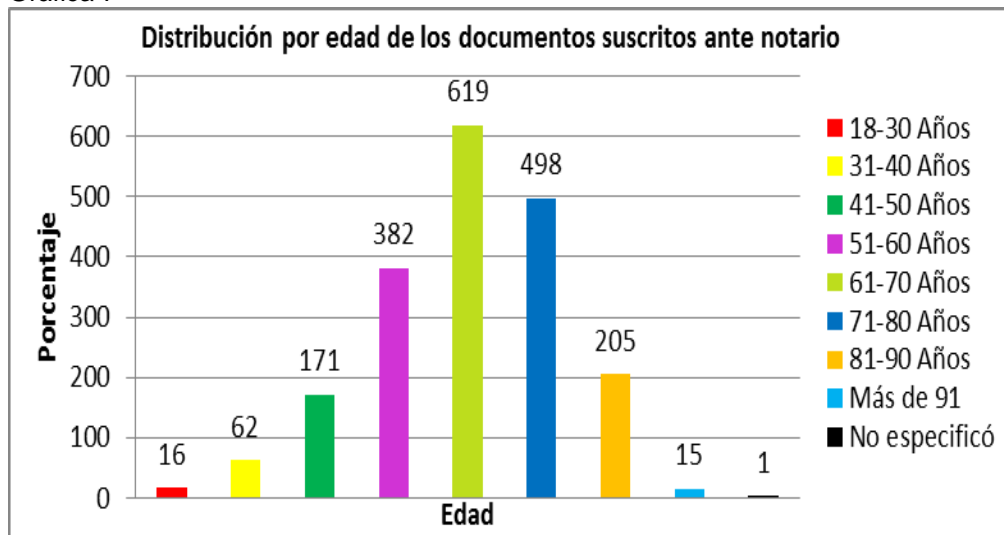
Gráfica 6.



Fuente: Elaborada con base en las estadísticas de la Secretaría de Salud del D.F.

Las distribuciones porcentuales de la Gráfica 6 mostraron los porcentajes sobre la donación de órganos de las personas afiliadas en hospitales. Se observó que el 49 %, 965 personas, aceptó donar sus órganos; el 41%, 807 personas, refirió no los donaría y el 10%, 197 personas, no fue específico en ese rubro. Por lo cual, se concluyó que existió información y consciencia con respecto a la donación de órganos.

Gráfica 7



Fuente: Elaborada a partir de las estadísticas de la Secretaría de Salud del D.F.

En la Gráfica 7 se muestran los rangos de edades de las suscripciones notariales. Se observó que los 3 rangos situados al centro, los cuales contienen a las personas de entre 51 a 80 años, en conjunto poseyeron el 76% de las suscripciones; mientras que el 13%, perteneció a los 3 rangos que incluyeron las edades de 18 a 50 años y el 11% restante, abarcó los rangos de edad de 81 a más de 91 años, incluyendo aquí a la única persona que no especificó su edad.

Debido a lo anterior, se concluyó que el rango ubicado en la mediana de los datos, las personas de entre 61 y 70 años, por sí solo obtuvo el 31% de las suscripciones notariales. Por lo cual, se creyó que a esta edad, se tiende a tomar más en cuenta a la muerte como un fin y por ello no se evade, sino se prevé.

Se deseó contrastar los datos de edad de los suscritos ante notario y de los afiliados en hospital; sin embargo, esto no pudo ser posible, por lo referido anteriormente en el análisis de la Gráfica 3.

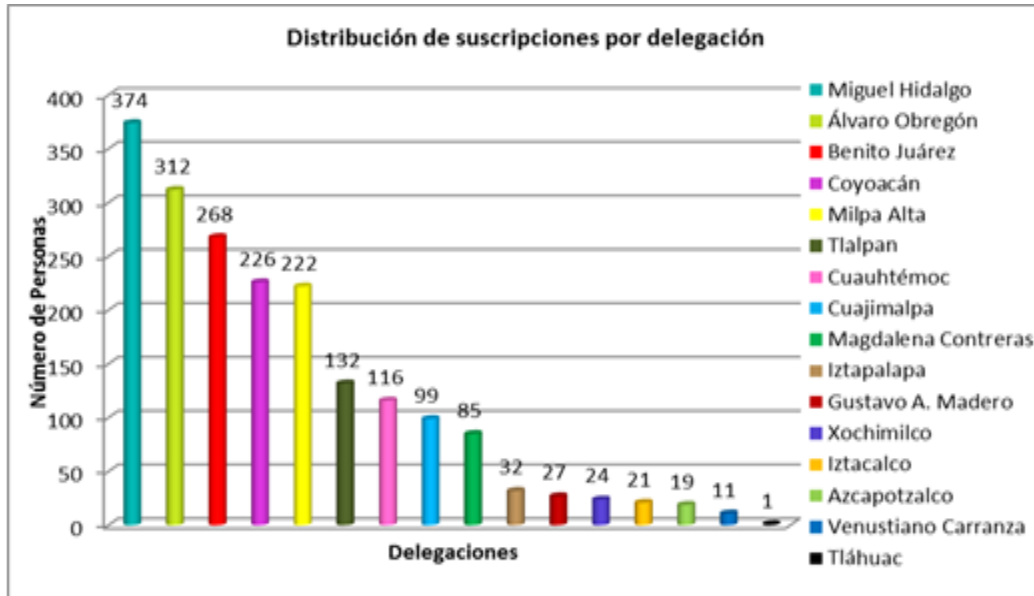
En su lugar, se analizaron los datos de las suscripciones notariales por delegación, debido a dichos datos resultaron relevantes para el presente trabajo; sin embargo, esos datos también presentaron un leve error¹⁵⁷, el cual al ser identificado y solucionado, no presentó mayor obstáculo para poder ser analizados.

Los datos contenidos en la Gráfica 8, muestran la distribución, por delegación, de las suscripciones hechas ante notario de enero de 2008 a julio de 2013. Identificando que existió una evidente diferencia, ya que por un lado las 7 primeras delegaciones en conjunto poseyeron el 84% del total de las suscripciones realizadas ante notario; se ubicó, que esas delegaciones estaban localizadas de la siguiente manera: 3 en el sur (Coyoacán Tlalpan y Milpa Alta), 2 en el centro norte (Benito Juárez y Cuauhtémoc) y 2 al poniente (Álvaro Obregón y Miguel Hidalgo). Las dos delegaciones situadas en la mediana de los datos (Cuajimalpa y Magdalena Contreras), poseyeron el 9% del total de las suscripciones notariales; y estas se ubicaban en el poniente del Distrito Federal. Finalmente, las 7 delegaciones restantes registraron el 7% de las suscripciones faltantes; dichas delegaciones se ubicaron: 3 al oriente (Venustiano Carranza, Iztapalapa e Iztacalco), 2 al centro (Azcapotzalco y Gustavo A. Madero) y 2 al sur (Tláhuac y Xochimilco).

Partiendo de lo anterior, se infirió que las diferencias encontradas en las suscripciones notariales dependieron tanto de la ubicación geográfica como de la difusión sobre la existencia e información de la Ley de Voluntad Anticipada; probablemente, el problema fue la manera en la cual se hizo llegar la información a las personas.

¹⁵⁷El cual consiste en que la tabla “suscripciones por delegación” –de los datos estadísticos referentes a suscripciones notariales- solamente muestra un total de 1747 personas y 15 delegaciones. Al analizar el resto de las tablas, se observa en ellas que el total de suscripciones manejado es de 1969, por lo que se supone que al faltar tanto una delegación como sus respectivos datos, éste error es un error de captura. Por lo cual, la tabla “suscripciones por delegación” se complementó al identificar tanto la delegación como los datos faltantes. Dando como resultado la delegación Milpa Alta y 222 suscripciones.

Gráfica 8



Fuente: Elaborada con base en las estadísticas de la Secretaría de Salud del D.F.

Partiendo del análisis hecho durante este apartado, se observó que las personas recurrieron más a la voluntad anticipada en la modalidad de suscripciones notariales que a la modalidad de afiliaciones hospitalarias; que las personas suscritas ante notario en su mayoría fueron mujeres y en general, también existió más tendencia a querer donar órganos.

CAPÍTULO 2

Metodología

En el capítulo anterior se analizó la distribución de suscripciones por delegación, identificando así que 2 de las 16 delegaciones (Cuajimalpa y Magdalena Contreras) registraron un número aproximado entre sus suscripciones. Por tal motivo, al ubicarse en la mediana de los datos, se creyó pertinente trabajar con dichas demarcaciones debido a que la diferencia entre sus suscripciones era pequeña (en comparación con las delegaciones ubicadas en los extremos); si se hubiera optado por trabajar con otra medida de tendencia central (mediana o moda), posiblemente los resultados obtenidos brindarían información muy lejana a la real (debido a la enorme diferencia de suscripciones notariales hechas entre una delegación y otra).

Este capítulo, se centrará en la manera en la cual se recolectó dicha información; desde el cómo se calculó el tamaño de muestra, cómo se decidió y diseñó el instrumento de recolección de datos, cómo se establecieron los criterios de inclusión, exclusión y eliminación hasta la aplicación del instrumento.

2.1. Tamaño de muestra

Debido a que en este tema no se contaba con un estudio previo, se tuvo que llevar a cabo un estudio exploratorio por medio de un muestreo aleatorio simple con reemplazo; para el cual se determinó un grupo de 100 sujetos que residieran en las demarcaciones de interés, y que además de interesarles responder la encuesta, tuvieran entre 18 y 89 años. Cabe resaltar que la muestra establecida se determinó, con base en que se trataba de un estudio exploratorio, a que no se contaba con datos con los cuales contrastar los resultados obtenidos y que la muestra debía de ser viable y fiable; referente al número de personas a encuestar.

2.2. Diseño del instrumento de investigación

Se partió de la idea, que la información proporcionada por las personas durante una plática siempre es de buena calidad, por lo que se decidió llevar a cabo una encuesta. El objetivo de la encuesta, consistió en identificar las ideas, opiniones y/o creencias de personas entre 18 a 89 años, con respecto a la Ley de Voluntad Anticipada.

El instrumento con el cual se decidió hacer la recolección de datos fue una encuesta, y para ello, se utilizó como escala de medición la nominal y como variables las categóricas nominales politómicas¹⁵⁸; a fin de identificar las ideas, opiniones o creencias de las personas con respecto a la muerte y con la Ley de Voluntad Anticipada. Al tratarse de un estudio exploratorio de tipo cualitativo¹⁵⁹, se consideró que la información brindada por las personas de forma oral podía complementar la información escrita; motivo por el cual, se decidió que el instrumento de recolección de datos debía ser llenado únicamente por el encuestador.

Se diseñó un formato piloto de encuesta¹⁶⁰, el cual presentó el siguiente diseño: edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, delegación e ingresos mensuales aproximados. Posteriormente, se realizaron doce preguntas en el siguiente orden:

1. ¿Cuáles son sus sentimientos hacia la muerte?,
2. ¿Con quién o quiénes habla de éste tema?,
3. ¿Quién cree que tendría que decidir sobre una situación determinada en la cual el encuestado fuera el afectado?,
4. ¿Quién cree que tendría que decidir sobre una situación determinada en la cual un familiar fuera el afectado?,

¹⁵⁸SLIDESHARE. (2015). *Variables y escalas de medición*. Recuperado el 9 de marzo de 2015 de: <http://es.slideshare.net/SCSF2011/012-variables-medicion>

¹⁵⁹Se eligió este tipo de investigación debido a que de ésta manera se obtendrían datos que fueran relevantes no sólo para el investigador, sino para las personas encuestadas; de igual manera, al tener preguntas semi-abiertas y semi-cerradas éstas dieron margen al entrevistado para que respondiera de forma más amplia.

¹⁶⁰Para mayor referencia ver apartado Anexos, Formato Encuesta Piloto. Págs. 98-99.

5. ¿Qué le gustaría al encuestado que se decidiera para él, si se encontrara en una situación crítica?,
6. ¿Qué le gustaría decidir para su familiar si éste se encontrara en una situación crítica?,
7. ¿Sabe que tiene el derecho de decidir cómo desea morir?,
8. ¿Conoce la ley que lo garantiza?, ¿le gustaría conocer dicha ley?,
9. ¿Le gustaría ser beneficiado por ella? y
10. ¿Donaría sus órganos?

La aplicación del piloto se realizó a 10 alumnos de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, el 11 de julio de 2014, identificando que el formato presentó imprecisiones referentes a:

- 1) Una falta de especificidad en las instrucciones, pues no se estableció que solamente se debía marcar una sola opción en cada pregunta.
- 2) No se les asignó un valor numérico a las variables, con el fin de facilitar la captura.
- 3) En las preguntas cerradas no se consideró la opción “No sé”. Lo que brindaría mayor especificidad, a solamente un “No”.
- 4) Aunado a lo anterior, se identificó que sería importante preguntarle al encuestado el porqué de sus respuestas en las preguntas cerradas, a fin de conocer el motivo de tal respuesta.

Una vez corregidas las imperfecciones que presentó la encuesta piloto¹⁶¹, se prosiguió a establecer los criterios de inclusión, exclusión y eliminación de sujetos.

¹⁶¹Para mayor referencia ver apartado Anexos, Encuesta. Págs. 100-101.

2.3. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Debido a que el objeto de interés residía en obtener información únicamente de las delegaciones Cuajimalpa y Milpa Alta, se establecieron los siguientes criterios:

2.3.1. Criterios de inclusión

Como criterios de inclusión, se consideró que los sujetos deberían cumplir con dos condiciones:

- 1) Ser habitantes de las delegaciones Cuajimalpa o Magdalena Contreras. y
- 2) Tener entre 18 a 89 años; no importando su estado civil, religión, ocupación, escolaridad, preferencia sexual, afiliación política, etc.

El primer rango de edad se estableció, con base en que la suscripción notarial considera que se debe ser mayor de edad para poder realizar dicho trámite; y el segundo rango, se definió basándose en las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)¹⁶² de 2010, pues en ellas se consideraron a personas de 85 años y más, no especificando cual es el límite de edad máximo. Por lo que se decidió, ampliar el rango a 89 años con el fin de incluir a los adultos mayores de esa edad.

Para cumplir dichos criterios se debió de:

1. Acudir a la delegación correspondiente, o en su defecto, buscar un lugar concurrido (parque, mercado, centro comercial, etc.), en donde se buscó al futuro candidato para encuestar.
2. Obtener el número de intervalos de clase y de la amplitud del intervalo.

¹⁶²INEGI. (2010). *Pirámide de población, 2010*. Recuperado el 24 de mayo de 2015 de:
http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/graficas_temas/piramides/graf/2010.html?s=est&c=35636

2.1. Para obtener el número de intervalos de clase, se llevó a cabo la regla de Sturges¹⁶³, con la fórmula siguiente: $K = 1 + 3.322 \cdot \log N$

Nota: El valor de K (número de clases) redondearse al entero más cercano.

2.2. Para la amplitud del intervalo, solo se tendrá que restar el dato menor al dato mayor.

Quedando de la siguiente forma: $A = \text{Dato Mayor} - \text{Dato Menor}$.

Una vez obtenidos tanto el número de intervalos como la amplitud de rango; se decidió, que se trabajaría con un rango de ocho y una amplitud del intervalo de nueve, quedando de la siguiente manera los rangos de edades:

Tabla 5 Rangos de Edades

Edad
De 18 a 26 años
De 27 a 35 años
De 36 a 44 años
De 45 a 53 años
De 54 a 62 años
De 63 a 71 años
De 72 a 80 años
De 81 a 89 años

Fuente: Elaborada al usar la regla de sturges y al calcular la amplitud del intervalo.

2.3.2. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión solamente aludieron a:

- 1) Si las personas no eran habitantes de las demarcaciones mencionadas. y
- 2) Si fueron menores de edad o mayores a 90 años; la importancia de este criterio se debió, a que no se quiso sesgar la encuesta con datos ajenos a los establecidos previamente.

¹⁶³Regla práctica acerca del número de clases que deben considerar al elaborarse un histograma.

2.3.3. Criterios de eliminación

Los sujetos fueron automáticamente eliminados por:

- 1) No haber cumplido con alguno de los dos criterios de inclusión. O en su defecto
- 2) Si cumplieron con ellos pero ya se tenían completas las encuestas destinadas para cada rango de edad. Este criterio fue importante, debido a que no se quiso sesgar la encuesta hacia un grupo étnico en específico.
- 3) Que la persona no quiso contestar la encuesta.

Una vez establecidos los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se prosiguió con la aplicación del instrumento de investigación.

2.4. Aplicación del instrumento de recolección de datos

Una vez establecido el tamaño de muestra, construido el instrumento de investigación y fijados los criterios de inclusión, exclusión y eliminación; se procedió al llenado de las encuestas, para lo cual: primero, el total de encuestas (que serían 100) se dividió entre las dos delegaciones (quedando 50 para cada delegación), para posteriormente repartir a cada rango de edad un determinado número de encuestas (se dividió, el total de encuestas de cada delegación [50] entre el número de rangos [8]); sin embargo, al existir un sobrante de dos encuestas (del total destinado), se optó por que cada una fuera aplicada a cada rango situado en la mediana de los rangos de edades (entre los rangos de 45-53 y 54-62 años).

Debido a que se aplicaron 50 encuestas en cada delegación, la aplicación de estas se efectuó en dos etapas:

- a) La primera etapa se llevó a cabo en la delegación Cuajimalpa, del 15 de julio hasta el 25 de julio de 2014. Primero se ubicó la zona de afluencia más probable, eligiendo la delegación Cuajimalpa como lugar; una vez ahí, se

buscó a personas que pudieran cumplir con los criterios establecidos de inclusión, exclusión y eliminación.

Para saberlo, una vez identificado el probable candidato, primero se le abordó con un saludo, posteriormente se prosiguió con una pequeña presentación, dentro de la cual, se incluyó el nombre completo, la procedencia institucional y el asunto a tratar (brevemente se explicó el por qué de la encuesta). Si la persona cumplía con los dos criterios de inclusión, y además, deseaba continuar con la encuesta, se proseguía con el llenado del instrumento de investigación. En caso de que la persona no cumpliera con los criterios inclusión, que no quisiera continuar con la encuesta o que ya se hubiera completado la cantidad estimada de encuestas para ese rango de edad; se les agradecía y entonces se buscaba otro candidato.

- b) La segunda etapa se llevó a cabo en la delegación Magdalena Contreras, del 4 de agosto al 1 de septiembre. Se siguió la misma metodología que en la delegación Cuajimalpa.

Se buscaron personas en la delegación Magdalenas Contreras, las cuales pudieran cumplir con los criterios establecidos. Para saberlo, primero se les saludó, posteriormente hubo una presentación, la cual incluyó: nombre completo, procedencia institucional y por último brevemente se les explicó el por qué de la encuesta. Si la persona cumplía con los dos criterios de inclusión, y además ésta quería continuar, se proseguía con el llenado del instrumento de investigación. En caso de que la persona no cumpliera con los criterios inclusión o en su defecto, ya se hubiera completado la cantidad estimada de encuestas para ese rango de edad o simplemente no quisieran continuar con la encuesta; se les agradecía y se buscaba entonces otro candidato.

Una vez aplicadas las 100 encuestas, se prosiguió con la captura de los datos, el procesamiento de la información y el análisis de ellos. Procesos que se llevaron a cabo, del 29 de septiembre al 8 de noviembre de 2014.

CAPÍTULO 3

Análisis de resultados y datos estadísticos generales.

Para los análisis, se tomó como referente la correlación lineal recomendada para estudios cuantitativos, la cual es \geq a 0.7; debido a que el presente estudio fue tipo cualitativo (aunque con variables cuantitativas), se estableció como aceptable una correlación lineal (*r de Pearson*) \geq que 0.5, pues un coeficiente de menor valor, haría que el análisis realizado no tuviera validez estadística, pues el grado de error podría ser mayor que el grado de confiabilidad.

Con el fin de lograr los objetivos planteados al inicio del presente trabajo recepcional, la información obtenida, por medio de las encuestas realizadas, se capturó en Excel (para graficar) y se analizó con en el programa estadístico Statdisk¹⁶⁴ (para saber si existe o no correlación entre los datos), a fin explicar de manera más clara dicha información.

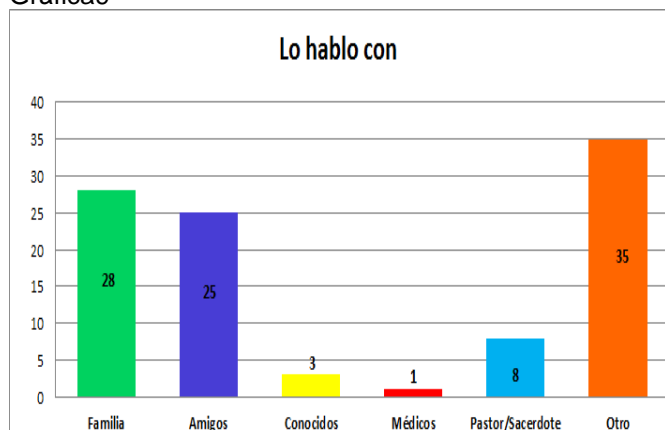
En este capítulo, se desarrollaron dos análisis de resultados. El primero abarcó los datos que no mostraron una correlación lineal, pero que mostraron cuestiones más detalladas y concretas; y el segundo, contiene los datos en los que sí existió una correlación lineal.

a) Análisis de datos no correlacionables (Descriptivos)

De las 100 encuestadas realizadas, al analizar detalladamente una por una las preguntas hechas, se obtuvo lo siguiente:

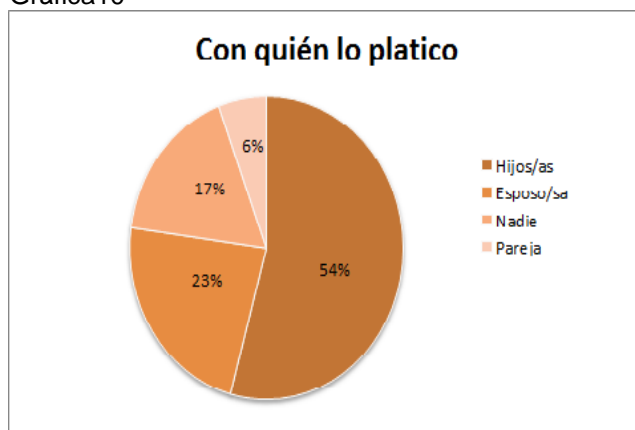
¹⁶⁴ Pearson Education, Inc. Copyright 1986-2009. Aplicación.Statdisk. Versión 11.0.1.9.

Gráfica9



Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

Gráfica10



Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

Tabla 6 Estado civil de las personas que hablan con sus seres queridos respecto a la muerte

Lo Platica con	Estado Civil	Total
Hijos/as	Casado/a	9
	Divorciado/a	1
	Separado/a	2
	Unión Libre	1
	Viudo/a	6
Esposu/sa	Casado/a	8
Nadie	Solteros	4
	Separado	1
	Unión Libre	1
Pareja	Concubino	1
	Unión Libre	1
Total		35

Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

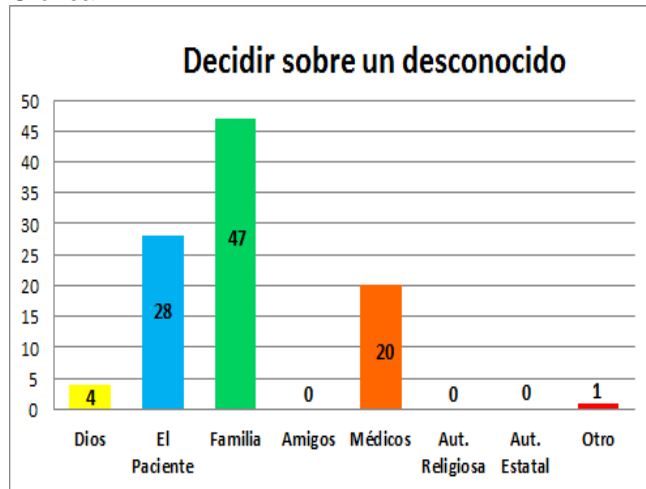
Se encontró, que el 35% de las personas¹⁶⁵ hablaron de la muerte con personas cercanas, es decir: con su esposo/sa, hijos/as, pareja o con nadie¹⁶⁶. También se identificó que la mayoría de las personas casadas o viudas, lo hablaron con sus hijos; mientras que las personas que trataron el tema con su pareja, eran casadas o vivían con alguien. Finalmente,

¹⁶⁵Ver Gráfica 9.

¹⁶⁶Ver Gráfica10.

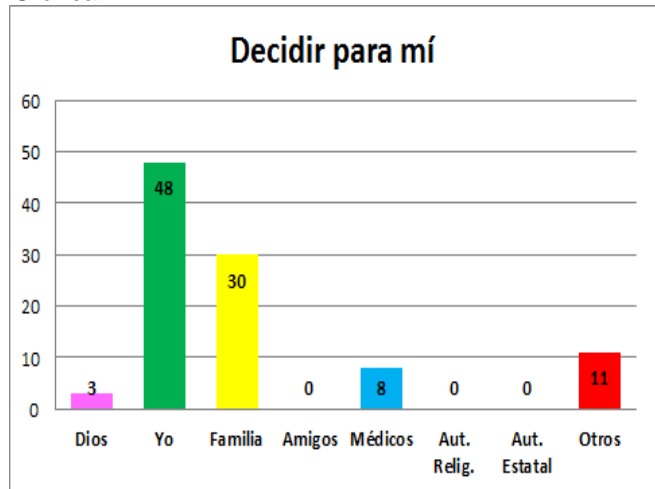
las personas que nunca habían tocado el tema con nadie, en su mayoría fueron personas solteras¹⁶⁷.

Gráfica 11



Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

Gráfica12



Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

En la Gráfica 11, se muestran las respuestas dadas por las personas cuando se les presentó un caso hipotético sobre un paciente cualquiera en estado terminal y, posteriormente se les cuestionó sobre: ¿quién cree usted que tenga que decidir sobre el futuro de un paciente en estado terminal o sobre el de una persona en estado vegetal?¹⁶⁸ El 47% expresó que la familia era quien debía de decidir; 28% refirió, que debería ser el propio paciente; un 20% opinó que tendrían que ser los médicos y el 5%, creyó que Dios debería de disponerlo.

Los porcentajes anteriores cambiaron significativamente, cuando a las personas se les cuestionó ¿si usted tuviera una enfermedad en etapa terminal o en un accidente quedase en estado vegetal, quién le gustaría que decidiera sobre usted?¹⁶⁹ En la Gráfica 12, se observa que el 48% opinó eran ellos mismos quienes tenían que decidir sobre su futuro; el 30% refirió que debía ser la familia; 11% aludió, que debía hacerlo alguna persona cercana, aunque estas no fueran de la familia; 8% mencionó que fueran los médicos y 3 %, dijo que Dios.

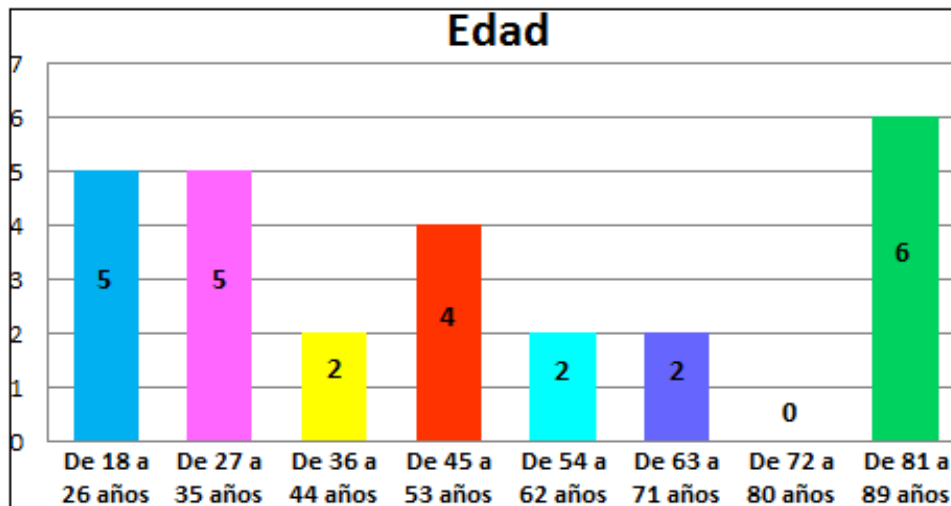
¹⁶⁷ Ver Tabla 6, Pág. 79.

¹⁶⁸ Para mayor referencia ver apartado Anexos, Encuesta, Pregunta 3, Pág. 100.

¹⁶⁹ Para mayor referencia ver apartado Anexos, Encuesta, Pregunta 4, Pág. 100.

Por lo anterior, se infirió que al decidir sobre uno mismo no representó mayor problema para los encuestados debido a que ellos tomaron decisiones unilaterales; sin embargo, se identificó que el problema surgió, cuando se tuvo que decidir sobre el destino de otra persona, pues los encuestados intentaron compartir o evadir la responsabilidad aludiendo que era la familia quien tendría que decidirlo. Probablemente porque el peso psicológico, moral y social que conlleva dicha decisión, es muy grande.

Gráfica 13



Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

La Gráfica 13 muestra que la edad fue un factor determinante en el conocimiento o desconocimiento de la Ley de Voluntad Anticipada, ya que por un lado, de las 26 personas que supieron de la existencia de dicha Ley, el 23% fueron adultos mayores entre 81 a 89 años; 19% fueron jóvenes entre 18 a 26 años; otro 19 % adultos jóvenes entre 27 a 35 años; 15% fueron adultos entre 45 a 53 años; un 8% fueron adultos maduros 36 a 44 años; otro 8%, personas de 54 a 62 años y finalmente, 8% fueron personas de la tercera edad entre 63 y 71 años. Cabe señalar que en estos resultados no hubo personas entre 72 a 80 años.

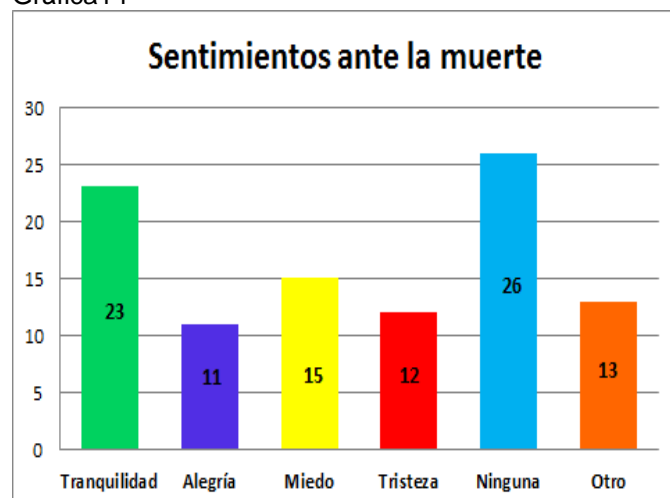
Tabla 7 Variables encontradas en las personas que supieron de la existencia de la L. V. A.

Grupo Etáreo	Cantidad	Edo. Civil	Cantidad	Hijos	Cantidad	Escolaridad	Cantidad
18-26	⑤	Soltero/a	⑪	Sí	9	Primaria Completa	1
27-35	⑤	Casado/a	9	No	⑰	Primaria Incompleta	2
36-44	2	Divorciado/a	1			Secundaria Completa	2
45-53	4	Separado/a	2			Secundaria Incompleta	4
54-62	2	Viudo/a	3			Preparatoria Incompleta.	1
63-71	2					Lic. Completa.	1
72-80	0					Lic. Incompleta.	⑧
81-89	6					Oficio/Analfabetas	7
Total	26	Total	26	Total	26	Total	26

Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

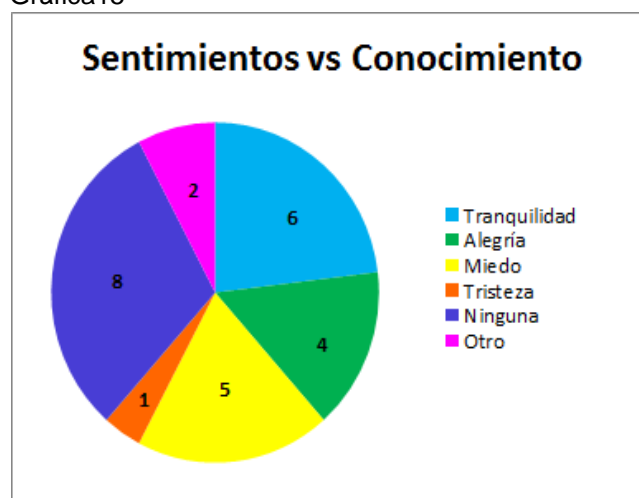
En la Tabla 7, se muestra el desglose de las variables encontradas en las 26 personas que supieron de la existencia de la Ley de Voluntad Anticipada. Se encontró, que la mayoría fueron jóvenes o adultos jóvenes, con una escolaridad de licenciatura incompleta, solteros/as y sin hijos. Haciendo evidente, que el porcentaje de la población que no poseyó información alguna, en gran parte fueron personas maduras, con una escolaridad de nivel secundaria incompleta y con hijos. Por lo que, se concluye, que estos factores influyen de gran manera tanto en la toma de decisiones como en la búsqueda y acceso a la información.

Gráfica14



Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

Gráfica15



Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

Se identificó, que los sentimientos de las personas hacia la muerte no fueron un factor determinante al momento de querer suscribirse o no a la Ley de Voluntad Anticipada¹⁷⁰; esto se identificó, partiendo de lo referido por las 26 personas que supieron de la existencia de la Ley de Voluntad Anticipada¹⁷¹, pues aunque ellos aludieron tener o haber tenido diversos sentimientos¹⁷² respecto a la muerte, conocían básicamente la existencia y de lo que trata dicha Ley.

Partiendo de lo analizado hasta ahora, se encontró que la información que poseyeron las personas con respecto a la Ley de Voluntad Anticipada, fue poca. Ya que de las 100 personas encuestadas, solamente 26 personas supieron de la existencia de dicha ley¹⁷³; y a su vez, solo 18 de ellas, supieron de manera correcta cual era la Ley que garantizaba el respeto a la voluntad anticipada¹⁷⁴. Cabe señalar, que pese a esos resultados, a la mayoría de los encuestados, de ambas delegaciones de interés, les gustaría que tanto sus deseos como los del otro, en una situación crítica, fueran respetados¹⁷⁵; lo cual resultó paradójico, debido a que se identificó: falta de información (parcial o completa) en los habitantes, falta de difusión sobre Ley de Voluntad Anticipada, (pues en los lugares donde se aplicó la encuesta [en el edificio sede de cada delegación]no hubo publicidad alguna sobre esta ley) e interés de las personas para buscar, obtener o conseguir información al respecto.

b) Análisis de variables correlacionables.

El análisis de las 100 encuestadas realizadas, arrojó:

¹⁷⁰Ver Gráfica 14, Pág. 82.

¹⁷¹Ver Gráfica 20, Pág. 86.

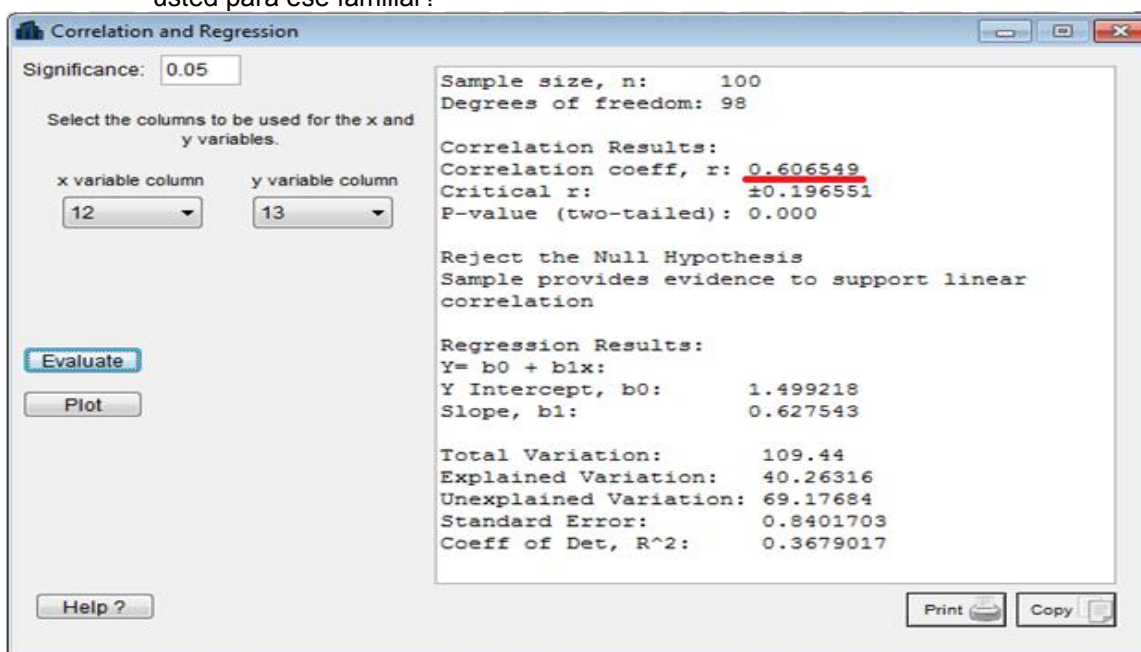
¹⁷²Ver Gráfica 15, Pág. 82.

¹⁷³Ver Gráfica 20, Pág. 86.

¹⁷⁴Ver Gráfica 21, Pág. 86.

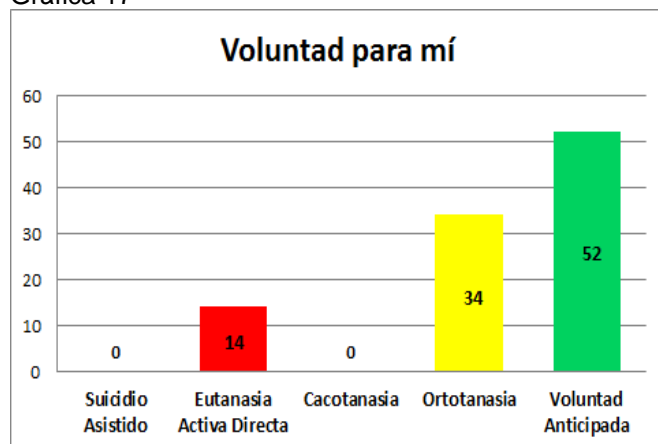
¹⁷⁵Ver Gráfica 17 y 18, Pág. 84.

Gráfica 16 Correlación lineal entre las variables “¿Qué le gustaría que decidieran para usted?” y, si usted tuviera un familiar con las mismas condiciones, “¿Qué decisión tomaría usted para ese familiar?”



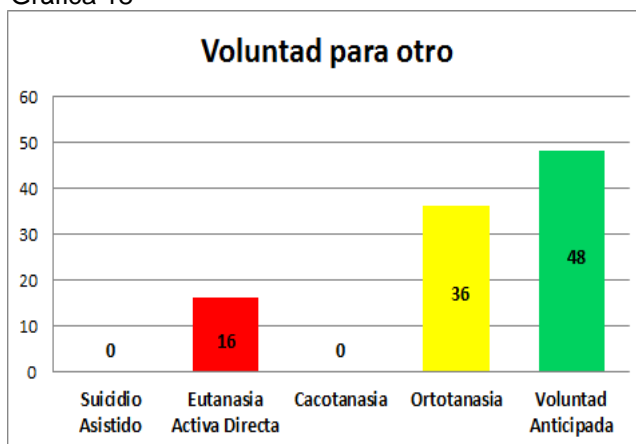
Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

Gráfica 17



Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

Gráfica 18



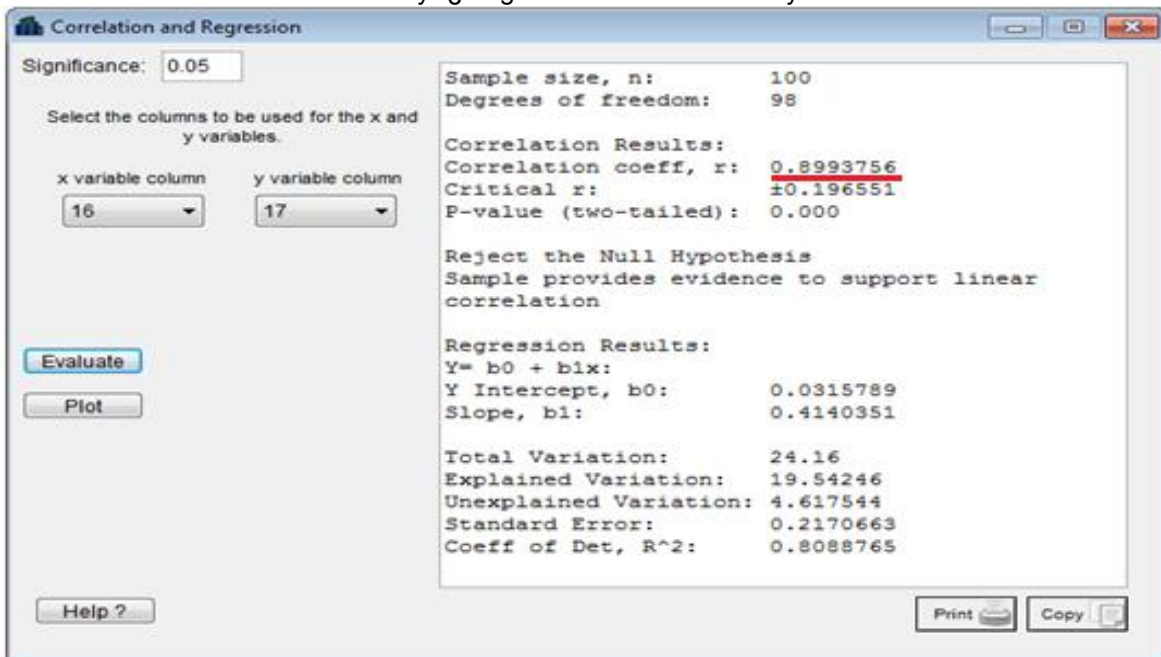
Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

Que existió una correlación significativa (de 0.60)¹⁷⁶ entre las variables: “Si usted se encontrase en la situación de padecer una enfermedad en etapa terminal o que en un

¹⁷⁶Ver Gráfica 16.

accidente quedase en estado vegetal ¿Qué le gustaría que decidieran para usted?”¹⁷⁷, y “si usted tuviera un familiar con las mismas condiciones, ¿Qué decisión tomaría usted para ese familiar?”¹⁷⁸. Se encontró que a 52 personas¹⁷⁹, les hubiera gustado que sus deseos expresados previamente fueran respetados si se encontraran en alguna de esas dos situaciones. Mientras que 48 personas¹⁸⁰, opinaron de la misma manera, pero al tratarse de un familiar bajo las mismas circunstancias. Debido a ello se concluyó, que para estas personas, el respeto tanto de su voluntad como la del otro fue igual de importante.

Gráfica 19 Correlación lineal entre las variables “¿Sabe cuál es la ley que le garantiza el derecho a decidir cómo morir?” y “¿Le gustaría conocer esa Ley?”



Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

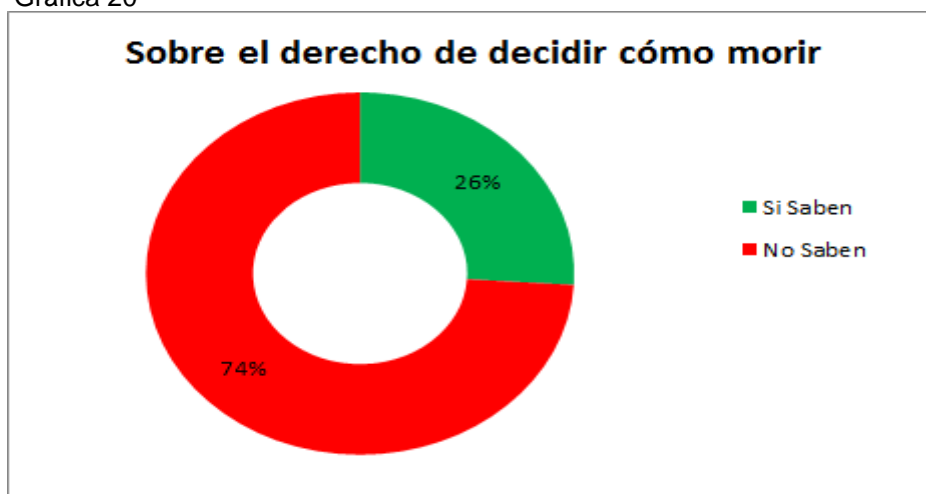
¹⁷⁷ Para mayor referencia ver apartado Anexos, Encuesta, Pregunta 5, Pág. 100.

¹⁷⁸ Para mayor referencia ver apartado Anexos, Encuesta, Pregunta 6, Pág. 101.

¹⁷⁹ Ver Gráfica 17, Pág. 84.

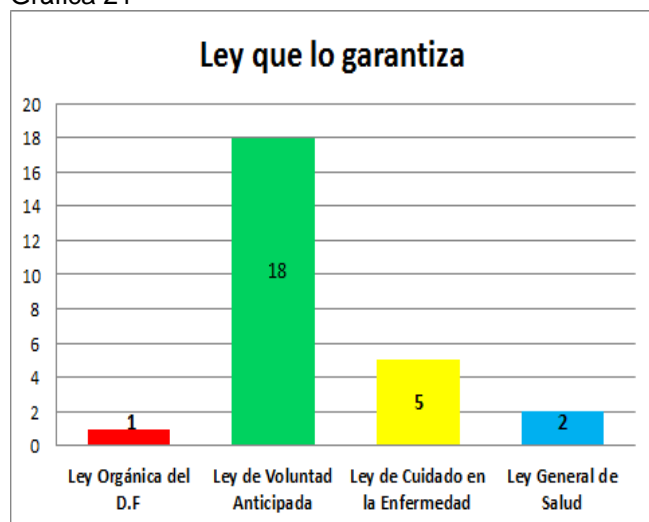
¹⁸⁰ Ver Gráfica 18, Pág. 84.

Gráfica 20



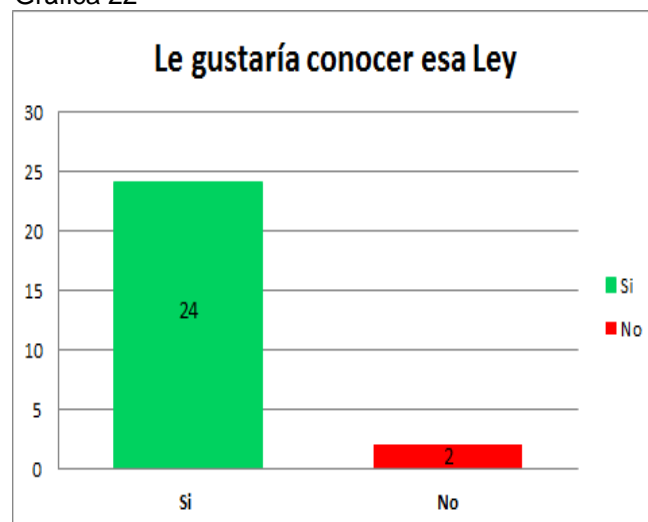
Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

Gráfica 21



Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

Gráfica 22



Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

Del mismo modo, se encontró que entre las variables: "¿Sabe cuál es la ley que le garantiza el derecho a decidir cómo morir?"¹⁸¹ y "¿Le gustaría conocer esa Ley?"¹⁸², existió una correlación de 0.89¹⁸³, mostrando que, de las 100 personas encuestadas, el 26% supo que

¹⁸¹ Para mayor referencia ver apartado Anexos, Encuesta, Pregunta 9, Pág. 101.

¹⁸² Para mayor referencia ver apartado Anexos, Encuesta, Pregunta 10, Pág. 101.

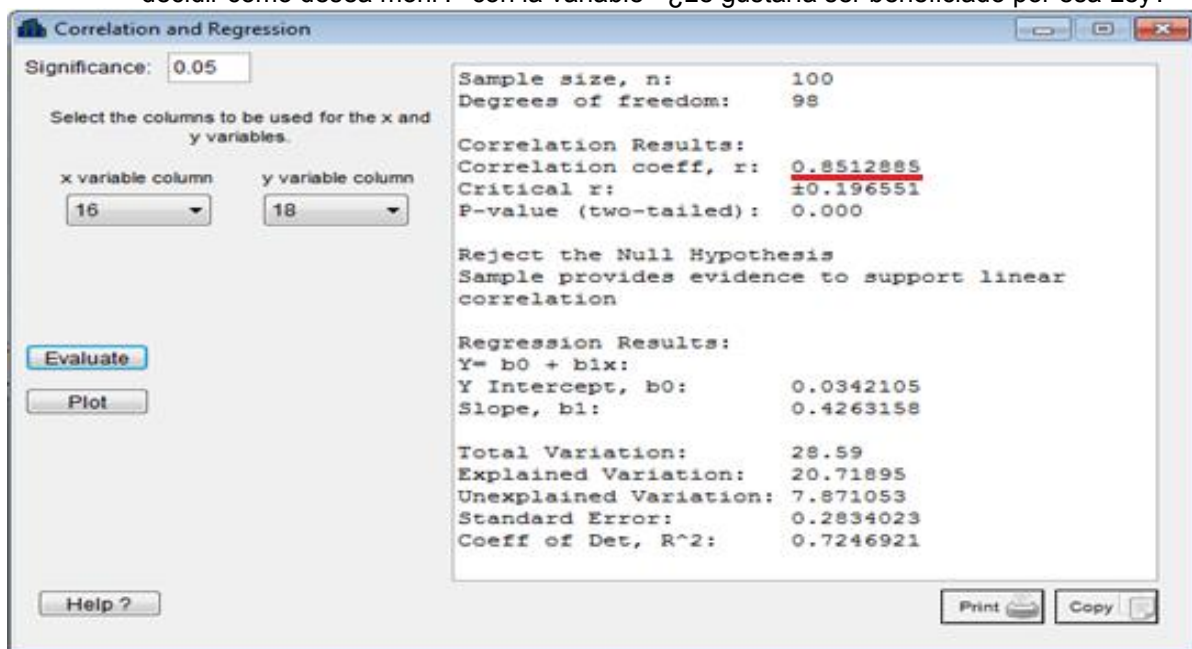
¹⁸³ Ver Gráfica 19, Pág. 85.

existía la ley que garantiza el respeto a sus decisiones con respecto a la manera de morir; el 76% restante, se enteró de la existencia de la Ley al momento de la encuesta¹⁸⁴.

De las 26 personas que supieron de la Ley de Voluntad Anticipada, se obtuvo que: el 69%¹⁸⁵, conoció, cuál era la ley que les garantizaba el respeto a sus decisiones con respecto a morir y el 92%¹⁸⁶, indicó, que le gustaría conocer bien lo que se estipula en dicha ley.

Se infirió, que esta correlación demostró que aproximadamente un 25% de los encuestados, supo que existía una ley que les daba el derecho de decidir las condiciones en las cuales se les dejara morir; aunque eso no significó, que supieran, cuál era la ley que lo avala. También se encontró, que a algunas personas, no les interesó saber lo que en ella se decía.

Gráfica 23 Correlación lineal entre las variables “¿Sabe cuál es la ley que le garantiza el derecho a decidir cómo desea morir?” con la variable “¿Le gustaría ser beneficiado por esa Ley?”



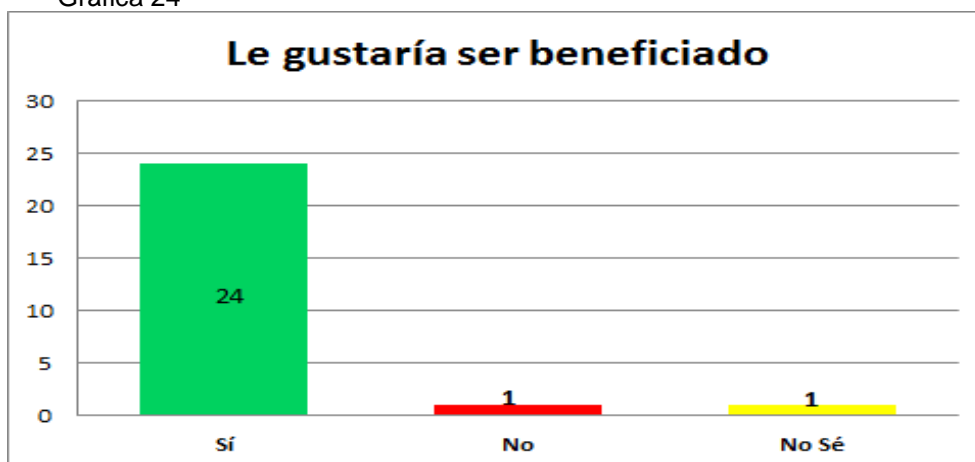
Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

¹⁸⁴Ver Gráfica 20, Pág 86.

¹⁸⁵Ver Gráfica 21, Pág 86.

¹⁸⁶Ver Gráfica 22, Pág 86.

Gráfica 24



Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

Se localizó una correlación significativa de 0.85¹⁸⁷ entre las variables: “¿Sabe cuál es la ley que le garantiza el derecho a decidir cómo desea morir?”¹⁸⁸ y “¿Le gustaría ser beneficiado por esa Ley?”¹⁸⁹. Ubicando que solo un 26%¹⁹⁰ supo de la existencia de la Ley de Voluntad Anticipada, porcentaje del cual, el 69%¹⁹¹ reconoció cuál era ley que así lo garantizaba y el 92%¹⁹² refirió, les gustaría ser beneficiados por dicha ley. Debido a lo anterior, se concluyó, que independientemente del hecho de no haber sabido el nombre exacto de la ley, para la mayoría de las personas esto no fue una limitante para no querer ser beneficiados por ella.

¹⁸⁷ Ver Gráfica 23, Pág. 87.

¹⁸⁸ Para mayor referencia ver apartado Anexos, Encuesta, Pregunta 9, Pág. 101.

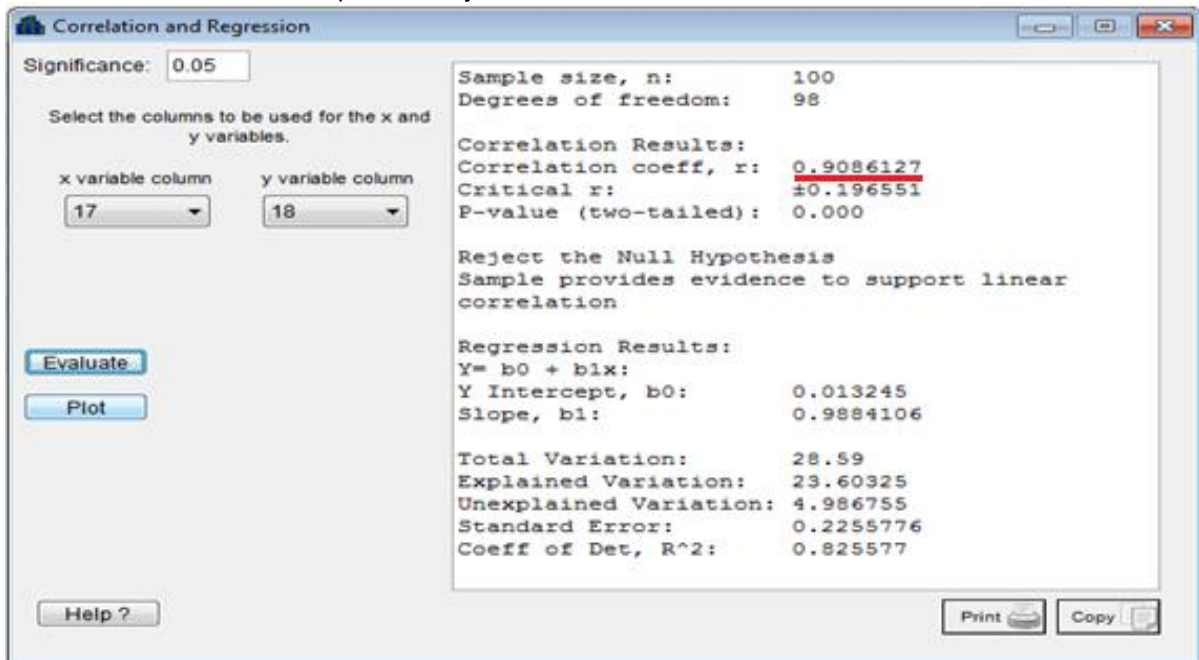
¹⁸⁹ Para mayor referencia ver apartado Anexos, Encuesta, Pregunta 11, Pág. 101.

¹⁹⁰ Ver Gráfica 20, Pág. 86.

¹⁹¹ Ver Gráfica 21, Pág. 86.

¹⁹² Ver Gráfica 24.

Gráfica 25 Correlación lineal entre las variables “¿Le gustaría conocer dicha Ley?” y “¿Le gustaría ser beneficiado por esa Ley?”



Fuente: Elaborada con base en los datos obtenidos en la encuesta realizada.

El último análisis realizado, arrojó una correlación de 0.90¹⁹³ entre las variables: “¿Le gustaría conocer dicha Ley?”¹⁹⁴ y “¿Le gustaría ser beneficiado por esa Ley?”¹⁹⁵. Encontrando que, al 92% de las personas les gustaría tanto conocer dicha Ley¹⁹⁶ como ser beneficiados por ella¹⁹⁷. Se observó claramente, que el hecho de querer conocer la ley, fue probablemente, debido al interés de querer ser beneficiados por ella.

Partiendo de los análisis hechos en este capítulo, se encontró que el instrumento de recolección de datos brindó suficiente información para la realización del presente trabajo; ya que al no dejar de lado las variables que no mostraron una correlación entre ellas, los resultados brindados por estas complementaron la información obtenida por las variables que sí tuvieron correlación.

¹⁹³Ver Gráfica 25.

¹⁹⁴Para mayor referencia ver apartado Anexos, Encuesta, Pregunta 10, Pág. 101.

¹⁹⁵Para mayor referencia ver apartado Anexos, Encuesta, Pregunta 11, Pág. 101.

¹⁹⁶Ver Gráfica 22. Pág. 86.

¹⁹⁷Ver Gráfica 24. Pág. 88.

Además se identificó que la Secretaría de Salud del Distrito Federal, parece ignorar que existe un gran desconocimiento sobre la Ley de Voluntad Anticipada (probablemente no solo en las delegaciones trabajadas, sino en otras delegaciones), originado por que la información disponible y brindada referente a esta ley está dirigida solo hacia cierto grupo de personas con determinadas características (un grado escolar mínimo de preparatoria, status social de clase media-media o más, un estado civil soltero o sin hijos, con una situación médica específica (enfermos terminales) y con cultura de prevención en situaciones como accidentes o enfermedades futuras). Dejando de lado, a todas aquellas personas que no cumplen con dicho perfil; por lo cual, se creyó preciso que la información difundida en medios de comunicación, medios digitales, organizar campañas, talleres, carteles, etc. debería de ser más incluyente y menos excluyente. Por ejemplo: debido a que el porcentaje de personas que refirió conocer la Ley de Voluntad Anticipada expresó tener en promedio una licenciatura incompleta, se creyó viable organizar campañas, talleres o dar información en las escuelas, respecto a esta ley, para que a su vez los estudiantes la hagan llegar a su familia, amigos o conocidos.

También se encontró que aunque a la mayoría de las personas les gustaría que sus deseos respecto a cómo morir fueran respetados, sólo una minoría supo de la existía de una ley que les garantizaba el derecho a tener una muerte digna; estas personas desconocieron la existencia de dicha Ley y por ende lo que en ella se estipula. Lo anterior apunta a una mala calidad de la información referente a la Ley de Voluntad Anticipada, ya que las personas desconocieron los costos aproximados, los requisitos, la duración de cada afiliación, etc.

Por los motivos anteriormente expuestos, se pensó como solución a corto plazo, el aprovechar los conocimientos, habilidades y aptitudes del Promotor de la Salud, para identificar las necesidades inmediatas de las personas (referentes a información) y sabría también cómo abordar los temas de la mejor manera para los interesados ya que éste puede y sabe trabajar en y con una comunidad pues sabe respetar el conocimiento de las personas (no lo minimiza y no lo excluye).

Además el Promotor de la Salud, podría identificar de manera más precisa y sin prejuicio, el conocimiento particular de cada persona (no dejando de lado a aquellas personas que no posean información, pues esto enriquecerá dicho acompañamiento); lo que serviría para partir de dudas generales hasta aclarar las dudas particulares; esto posiblemente, generaría un mayor interés de las personas, pero partiendo de sus saberes, dudas y necesidades

CONCLUSIONES

Se identificó que la voluntad anticipada para la bioética, juega un papel protagónico, ya que por medio de ella el paciente tendría una relación honesta y sincera con su médico; lo que por consecuencia tendría que existiera una buena comunicación entre ambos, culminando con el respeto del médico a las decisiones del paciente, pese a que para el médico no sean las más idóneas o lo que él hubiera deseado para el paciente.

Sin embargo, al analizar la voluntad anticipada y su impacto como ley en diferentes ámbitos, se encontró que en los aspectos morales y religiosos existe una falta de claridad; pues a la voluntad anticipada, se le asocia con la pérdida de derechos del paciente, de la familia o del médico. O en su defecto, se le llega a confundir con otra práctica médica, por ejemplo: en algunos documentos legales y en textos referenciales no se hace una diferenciación entre ortotanasia y voluntad anticipada; llegando hasta el grado de equiparar un término con el otro, lo que ocasionó que las personas también las lleguen a equiparar. En México, esta homologación de los términos no es correcta, ya que la ortotanasia no cumple o no considera aspectos que la voluntad anticipada si hace.

Se comprendió, que la Ley de Voluntad Anticipada es un precedente de la ortotanasia, pues ambos tienen como objetivo conseguir una muerte digna, personalizada y respetando la calidad de vida de las personas; permitiéndoles ejercer su derecho de poder decidir sobre el tratamiento al cual se quiera o no ser sometido, siempre que se tenga información suficiente sobre el estado de su salud y sobre las alternativas terapéuticas (al igual de los posibles riesgos que estas puedan traer consigo).Lo cual, brinda al enfermo la oportunidad para analizar y comprender su situación médica, logrando que su decisión no se encuentre afectada o viciada.

Se consideró que las modalidades de afiliación a la Ley de Voluntad Anticipada, podrían influir en un futuro para modificar las leyes que condenan el uso de prácticas eutanasicas; ya que si bien, la Ley de Voluntad Anticipada intentó cubrir aspectos generales que influían en la calidad de vida del enfermo, otros los dejó fuera. Por ejemplo: las personas que están en estado vegetal, y que sus familias ya no quieren tenerlos conectados a un respirador.

Debido a que el propósito del presente trabajo recepcional consistió en identificar los sentimientos, la información y las creencias que poseen los habitantes de las delegaciones Cuajimalpa y Magdalena Contreras con respecto a la Ley de Voluntad Anticipada y hacia la muerte; se encontró, que a pesar de la incertidumbre que las personas tuvieron respecto a si sus deseos expresados sobre una muerte digna, pudieran no ser respetados, la Ley de Voluntad Anticipada no fue un tema conocido o profundo para ellos.

Lo anterior se constató al revisar tanto el número de afiliaciones hospitalarias como las suscripciones hechas ante notario, hechas en las delegaciones trabajadas; al estar en la sede de cada una de las delegaciones, no se encontró información al respecto (carteles o folletos).Al mismo tiempo, se identificó que el perfil de las personas no afiliadas fueron adultos jóvenes, con una escolaridad de secundaria incompleta y con hijos.

Si bien la promulgación de la Ley de Voluntad Anticipada, se dio a partir de observar las necesidades conforme al derecho de respetar la autonomía de los pacientes terminales, y que posteriormente se dirigió a los futuros pacientes, se identificó que probablemente en un inicio esto pareció fácil tanto en su difusión como en su implementación; sin embargo, las medidas de difusión o la información no fueron insuficientes, pues a pesar de que se identificaron diferentes maneras de difundir la existencia de la Ley de Voluntad Anticipada (Medios de comunicación, pláticas, talleres, carteles, etc.), la información brindada y/o disponible, no fue tan clara, específica ni suficiente.

Las desventajas encontradas a la Ley de Voluntad Anticipada, desde la Promoción de la Salud Emancipataria, básicamente tuvieron que ver con la falta de empoderamiento (al desconocimiento de los alcances de la Ley por parte de los enfermos o futuros pacientes) tanto del paciente como de su familia, y del trabajo de *advocacy*¹⁹⁸ (a la negativa familiar respecto a la decisión del enfermos, posible desconocimiento de la Ley por parte del personal médico o en su defecto una mala interpretación y/o difusión de ésta) con la familia o los médicos.

Los Promotores de la Salud, deben de entender, que la Ley de Voluntad Anticipada surgió con la finalidad de brindar a la sociedad un respaldo y salvaguardar así sus derechos fundamentales, tales como la salud, la libertad y el respeto a la expresión de la voluntad; por ello es necesario, que se considere que la Voluntad Anticipada no es un nuevo derecho ni la creación de alguno. En todo caso, puede verse a esta Ley como una alternativa a los tratamientos médicos desmesurados. Por lo cual, la labor del Promotor de la Salud hacia un enfermo terminal o un futuro paciente, consistirá en que al conocer sus deseos, referentes a decidir sobre los tratamientos a los cuales quisieran o no ser sometidos, logren cumplirlos; utilizando todos los recursos para proteger al enfermo.

Es por ello, que el quehacer profesional del Promotor de la Salud, se deberá centrar en tratar de humanizar las prácticas médicas; esto siempre con la participación activa, libre e informada del enfermo terminal o del futuro paciente. Dicha labor, consistirá en que el enfermo tome conciencia de su derecho a la salud, a la atención médica y al morir dignamente; teniendo como punto de apoyo los 4 principios que rigen a la bioética (autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia); para que así, tanto el enfermo terminal como el futuro paciente puedan tomar una decisión consiente respecto a su enfermedad/estado y su muerte eventual.

¹⁹⁸ Anglismo que se traduce como cabildeo, el cual a su vez alude a la acción de informar a las personas para influir en ellas.

Finalmente, el promotor de la salud no debe de olvidar que la Ley Voluntad Anticipada es importante ya que por medio de ella se busca exaltar el respeto al derecho a la Salud de todas las personas, derecho garantizado en el Art. 4to constitucional y en el Art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; para ello se tuvieron en cuenta dos conceptos: calidad de vida, y autonomía (para este caso, se refirió a la autonomía personal).

Por lo anterior, se recomienda:

Que el Promotor de la Salud no se interese en servir solo de intermediario entre la institución y las personas; sino que deberá de intentar hacer ver a la institución que las personas quizá no buscan información primordialmente porque esto les genera angustia. Aunado a ello, si la información brindada les parece muy técnica, tediosa, larga y compleja, posiblemente no la puedan comprender de forma parcial o completa, lo cual aumentaría sus dudas o en su defecto, les causaría más confusión; sin mencionar que por ese hecho, se podrían sentir ofendidos al percibirse como incompetentes o ignorantes. Es por ello, que como profesionales se deberá de buscar la mejor forma posible de hacer llegar dicha información, haciéndola clara, breve, interesante y sencilla; pero sobre todo, que responda dudas particulares y no solo generales.

Para aquellas personas que estuviesen interesados en retomar el presente trabajo, deben de considerar lo siguiente:

- A la fecha no existe suficiente bibliografía sobre el tema en cuestión.
- La bibliografía existente es su mayoría es digital y de otros países.
- La bibliografía existente puede ser más útil para otras disciplinas.
- En la bibliografía existente, no existe homologación de términos, de una disciplina a otra (por ejemplo: en las tesis revisadas de notarios, abogados, psicólogos y tanatólogos, se usa indistintamente el término ortotanasia como sinónimo de voluntad anticipada).

- Abordar dimensiones afectivas, sociohistóricas, etc. pues esto enriquece el análisis de los datos; pues al interactuar con las personas mientras son encuestadas, complementan la información que proporcionan al responder las preguntas de la encuesta.

Como recomendación adicional, se aconseja no dejar de lado, despreciar o minimizar el conocimiento y la información adquiridos durante el llenado del material de recolección de datos, ya que este no solo posee valor académico sino profesional y personal, el cual en un futuro pudiera ser útil en futuros proyectos o situaciones.

ANEXOS

Categorías de las variables

Sexo	Edad	Delegación	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación
1.Masculino	1. [18-26]	1.Alvaro Obregón	1. Soltero/a	1. Primaria Completa	1. Estudiante
2.Femenino	2. [27-35]	2.Azcapotzalco	2. Casado/a	2. Primaria Incompleta	2. Ama de Casa
	3. [36-44]	3.Benito Juárez	3. Concubino/a	3. Secundaria Completa	3. Vendedor Establecido
	4. [45-53]	4.Coyoacán	4. Divorciado/a	4. Secundaria Incompleta	4. Vendedor Ambulante
	5. [54-62]	5.Cuajimalpa	5. Separado/a	5. Preparatoria Completa	5. Comerciante
	6. [63-71]	6.Cuauhtémoc	6. Unión Libre	6. Preparatoria Incompleta	6. Empleado
	7. [72-80]	7.Gustavo A. Madero	7. Viudo/a	7. Licenciatura Completa	7. Empleada Doméstica
	8. [81-89]	8.Iztacalco	8. Otro	8. Licenciatura Incompleta	8. Oficio (Especificar)
		9.Iztapalapa		9. Maestría Completa	9. Empleado Gubernamental
		10. Magdalena Contreras		10. Maestría Incompleta	10. Funcionario Público
		11. Miguel Hidalgo		11. Doctorado Completo	11. Técnico (Especificar)
		12. Milpa Alta		12. Doctorado Incompleto	12. Profesionista (Especificar)
		13. Tiáhuac		13. Otro	13. Desempleado
		14. Tlalpan			14. Otro
		15. Venustiano Carranza			
		16. Xochimilco			

Datos Generales

Edad Sexo M F Delegación Estado Civil
 Escolaridad Ocupación Ingreso Mensual Aprox.

Preguntas

Marque una X dentro del cuadro la opción que más se adecúe a usted.

1. ¿Qué sensación le despierta cuando se habla de la muerte?

Tranquilidad Gusto Miedo Angustia Tristeza Otro _____

2. ¿Con quién ha hablado sobre éste tema?

Médicos Familia Amigos Conocidos Pastor/Sacerdote Otro _____

3. ¿Quién cree usted que tenga que decidir sobre el futuro de un paciente en estado terminal o sobre el de una persona en estado vegetal?

Médicos Familia Amigos Religión Autoridades Otros _____

4. ¿Si usted tuviera una enfermedad en etapa terminal o en un accidente quedase en estado vegetal, quién le gustaría que decidiera sobre usted?

Médicos Familia Amigos Religión Autoridades Otros _____

5. ¿Qué le gustaría que decidieran?

- Que se le proporcionen los medios y/o procedimientos necesarios para suicidarse.
- Que usted tenga una buena muerte dentro del hospital, suministrada por los médicos y decida por usted o por sus familiares.
- Que se posponga el momento de su muerte recurriendo a cualquier medio artificial, habiendo la seguridad de que no hay posibilidad de recuperarse, sólo con el fin de prolongar la vida, llegando a tener una muerte en condiciones inhumanas.
- Que se le deje morir a su tiempo, sin emplear medios desproporcionados y extraordinarios.
- Que sus deseos sobre los cuidados o procedimientos médicos que desea recibir, sean respetadas al 100%.
- Otro _____

6. Ahora bien, ¿Si usted tuviera un familiar con una enfermedad en etapa terminal o que en un accidente quedase en estado vegetal, que decisión tomaría usted para ese familiar?

- Que se le proporcionen los medios y/o procedimientos necesarios para suicidarse.
- Que tenga una buena muerte dentro del hospital, suministrada por los médicos y decida por usted.
- Que se posponga el momento de su muerte recurriendo a cualquier medio artificial, habiendo la seguridad de que no hay posibilidad de recuperarse, sólo con el fin de prolongar la vida, haciendo que tenga una muerte en condiciones inhumanas.
- Que se le deje morir a su tiempo, sin emplear medios desproporcionados y extraordinarios.
- Que sus deseos sobre los cuidados o procedimientos médicos que desea recibir, sean respetadas al 100%.
- Otro _____

7. En el caso 2 y 4, hay una voluntad previa, y llegado el momento en ambos casos la decisión que usted tomó no es respetada, ¿Usted qué cree que se pueda hacer?

- Demanda al responsable No hace nada Busca una solución Pregunta por qué no la respetó
- Se resigna y acepta la voluntad del otro Otro _____

8. ¿Sabe que usted tiene el derecho de decidir cómo morir? (Si la respuesta es **NO**, pase a la pregunta 10)

- Sí No

9. ¿Sabe cuál de estas leyes le garantizan ese derecho?

- Ley Orgánica del D.F. Ley de Voluntad Anticipada Ley de Cuidado en la Enfermedad Ley General de Salud

10. ¿Le gustaría conocer esa Ley?

- Sí No

11. ¿Le gustaría ser beneficiado por esa ley?

- Sí No

12. Cuando muera, ¿Usted donaría sus órganos?

- Sí No

Muchas gracias por su colaboración, la recuperación de estos datos son para fines académicos

Datos Generales

Edad Sexo M F Delegación Estado Civil Hijos/as
 Escolaridad Ocupación Ingreso Mensual Aprox.

Preguntas

Instrucciones: Marque una **X** dentro del cuadro la opción que más se adecue a su opinión. **POR FAVOR MARQUE SÓLO UNA OPCIÓN.**

1. ¿Qué sensación le despierta cuando se habla de la muerte?

Tranquilidad Alegría Miedo Tristeza Ninguna Otro (Especifique) _____

2. ¿Con quiénes comúnmente habla sobre éste tema?

Familia Amigos Conocidos Médicos Pastor/Sacerdote Otro (Especifique) _____

3. ¿Quién cree usted que tenga que decidir sobre el futuro de un paciente en estado terminal o sobre el de una persona en estado vegetal?

Dios El Propio Paciente Familia Amigos Médicos
 Autoridad Religiosa Autoridad Estatal Otros (Especifique) _____

4. ¿Si usted tuviera una enfermedad en etapa terminal o en un accidente quedase en estado vegetal, quién le gustaría que decidiera sobre usted?

Dios Yo Familia Amigos Médicos
 Autoridad Religiosa Autoridad Estatal Otros (Especifique) _____

5. ¿Qué le gustaría que decidieran para usted?

- Que se le proporcionen los medios y/o procedimientos necesarios para suicidarse.
- Que tenga una buena muerte dentro del hospital, suministrada por los médicos y decida por usted o por sus familiares.
- Que se posponga el momento de su muerte recurriendo a medios artificiales, a sabiendas que no va a mejorar, llegando a tener una muerte en condiciones inhumanas.
- Que se le deje morir a su tiempo, sin emplear medios desproporcionados o extraordinarios.
- Que sus deseos expresados durante alguna plática previa sobre los cuidados o procedimientos médicos que quisiera recibir sean respetadas al 100%.
- Otro (Especifique) _____

6. Ahora bien, ¿Si usted tuviera un familiar con una enfermedad en etapa terminal o que en un accidente quedase en estado vegetal, que decisión tomaría usted para ese familiar?

- Que se le proporcionen los medios y/o procedimientos necesarios para suicidarse.
- Que tenga una buena muerte dentro del hospital, suministrada por los médicos pero decida por usted.
- Que se posponga el momento de su muerte recurriendo a medios artificiales, a sabiendas que no va a mejorar, llegando a tener una muerte en condiciones inhumanas.
- Que se le deje morir a su tiempo, sin emplear medios desproporcionados o extraordinarios.
- Que sus deseos expresados durante alguna plática previa sobre los cuidados o procedimientos médicos que quisiera recibir sean respetadas al 100%.
- Otro (Especifique) _____

7. En la pregunta 5 y 6, hay una voluntad previa por parte suya, y llegado el momento imagine que esa decisión que usted tomó no fué respetada, ¿Usted qué cree que se pueda hacer?

- Demandar al responsable
 No hacer nada
 Buscar una solución
 Preguntar por qué no la respetó
 Resignarse y aceptar la voluntad del otro
 Otro (Especifique) _____

8. ¿Sabe que usted tiene el derecho de decidir cómo morir? ***(Si la respuesta es NO, por favor pase a la pregunta 12)***

- Sí No

9. ¿Sabe cuál de estas leyes le garantizan ese derecho?

- Ley Orgánica del D.F.
 Ley de Voluntad Anticipada
 Ley de Cuidado en la Enfermedad
 Ley General de Salud

10. ¿Le gustaría conocer esa Ley? ***(Por favor, cualquiera que sea su respuesta, explique el por qué de ella)***

- Sí No No Sé ¿Por qué? _____

11. ¿Le gustaría ser beneficiado por esa ley? ***(Por favor, cualquiera que sea su respuesta, explique el por qué de ella)***

- Sí No No Sé ¿Por qué? _____

12. Cuando muera, ¿Usted donaría sus órganos? ***(Por favor, cualquiera que sea su respuesta, explique el por qué de ella)***

- Sí No No Sé ¿Por qué? _____

Muchas gracias por su colaboración, la recuperación de estos datos son para fines académicos

FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

FORMATO NÚMERO CEVA/_____/20____

Unidad Médica Hospitalaria

Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Área de atención: _____

Datos del enfermo en etapa terminal

Nombre: _____			No. de Expediente: _____	
Domicilio: _____				
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____		Identificación: _____
				Folio: _____
Nacionalidad: _____		Ocupación: _____		Teléfono: _____
Dx. Terminal: _____				

El que suscribe, por mi propio derecho y con plena capacidad de ejercicio, manifiesto que se me ha explicado la enfermedad que padezco, la cual ha sido médicamente diagnosticada como terminal de conformidad con lo establecido en el artículo 3, fracción VI, de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal; y artículo 2, fracción III, del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal por lo que actuando de manera libre de coacción, consiente, seria, inequívoca, y reiterada **expreso mi decisión para no ser sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios, encaminados a prolongar mi vida, protegiendo en todo momento mi dignidad.**

Manifestación para Donación de Órganos	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Con fundamento en el artículo 8, fracción IV, de la Ley de Voluntad Anticipada.
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Designo como mi representante, para la verificación del cumplimiento exacto de lo antes dispuesto a:

Datos del Representante

Nombre: _____				
Domicilio: _____				
				Teléfono: _____
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____		Identificación: _____

FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

			Folio:
Nacionalidad:		Ocupación:	

Designo como testigos, que concurrieron a la celebración del presente acto y verificaron que mi voluntad fue manifestada a:

Datos de los Testigos			
Nombre:		Nombre:	
Domicilio:		Domicilio:	
Teléfono:	Edad:	Teléfono:	Edad:
Sexo:	Estado Civil:	Sexo:	Estado Civil:
Identificación:	Folio:	Identificación:	Folio:
Nacionalidad: _____		Nacionalidad: _____	
Ocupación:		Ocupación:	

Observaciones:

La aplicación de las disposiciones establecidas en el presente Formato exime de responsabilidad, sea de naturaleza civil, penal o administrativa, a quien interviene en su realización, si actúa en concordancia con las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, su Reglamento y demás legislación aplicable.

En México, Distrito Federal, siendo las ___ horas, con ___ minutos, del día ___ del mes _____ del año 20__.

ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

REPRESENTANTE

TESTIGO

TESTIGO

FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL SUSCRIPTOR Y REPRESENTANTE DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

FORMATO NÚMERO CEVA/_____/20____

Unidad Médica Hospitalaria

Nombre: _____
Domicilio: _____
Área de atención: _____

Datos del enfermo en etapa terminal

Nombre: _____			No. de Expediente: _____
Domicilio: _____			
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Identificación: _____ Folio: _____
Nacionalidad: _____	Ocupación: _____		Teléfono: _____
Dx. Terminal: _____			

Datos del Suscriptor y Representante

(Cuando el enfermo se encuentre impedido para manifestar su voluntad, sea menor de edad, o incapaz legalmente declarado, según lo establecido en el artículo 7, fracciones III y IV, 19 y 20 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal)

Nombre: _____			
Domicilio: _____			
			Teléfono: _____
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Identificación: _____ Folio: _____
Nacionalidad: _____	Ocupación: _____		Parentesco: _____

El que actúa en calidad de suscriptor y representante con plena capacidad de ejercicio, manifiesto que se me ha explicado la enfermedad que padece por quien suscribo, la cual ha sido médicamente diagnosticada como terminal de conformidad con lo establecido en los artículos 3, fracción VI, de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal; y artículo 2, fracción III, del Reglamento para la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal por lo que actuando de manera libre de coacción, consciente, seria, inequívoca y reiterada **expreso la decisión de que no sea sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios, encaminados a prolongar su vida, protegiendo así en todo momento su dignidad.**

Manifestación para Donación de Órganos	si		no		*Con fundamento en el artículo 8, fracción IV, de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.
---	----	--	----	--	---

FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL SUScriptor Y REPRESENTANTE DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

Nombre como testigos, que concurrieron al acto y verificaron que mi voluntad fue manifestada a:

Datos de los Testigos			
Nombre:		Nombre:	
Domicilio:		Domicilio:	
Teléfono:	Edad:	Teléfono:	Edad:
Sexo:	Estado Civil:	Sexo:	Estado Civil:
Identificación:	Folio:	Identificación:	Folio: _____
Nacionalidad: _____		Nacionalidad: _____	
Ocupación:		Ocupación:	

Observaciones.

La aplicación de las disposiciones establecidas en el presente Formato exime de responsabilidad, sea de naturaleza civil, penal o administrativa, a quien interviene en su realización, si actúa en concordancia con las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, se Reglamento y demás legislación aplicable.

En México, Distrito Federal, siendo las ___ horas, con ___ minutos, del día ___ del mes _____ del año 20__.

SUScriptor Y REPRESENTANTE

TESTIGO

TESTIGO

SOLICITUD DE DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

I.- DATOS DEL SOLICITANTE:

1.- Nombre: _____
(Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

2.- Nacionalidad: _____

3.- Sexo:

A. Masculino B. Femenino

4.- Lugar de nacimiento: _____

5.- Fecha de nacimiento: _____

6.- Nombre del padre: _____
(Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

7.- Nombre de la madre: _____
(Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

8.- Estado civil:

A. Soltero B. Casado civilmente

9.- Datos de localización:

A. Domicilio: _____
(calle) (número) (interior)

_____ (colonia) (delegación) (código postal)

B. Teléfono: _____

C. Teléfono celular: _____

D. Correo electrónico (e-mail): _____

10. Ocupación: _____

11. CURP: _____



Juan José Pastrana Ancona

12.- El solicitante puede:

- | | | |
|--------------|----|----|
| A. Ver: | Sí | No |
| B. Oír: | Sí | No |
| C. Hablar: | Sí | No |
| D. Leer: | Sí | No |
| E. Escribir: | Sí | No |

13.- En caso de ser extranjero, mexicano por naturalización o hijo de extranjeros, favor de llenar los datos correspondientes:

A. EXTRANJERO.

FM2 O FM3 número: _____

Calidad migratoria: _____

No. y fecha de oficio: _____

Anexar copia del Documento.

B. MEXICANO POR NATURALIZACIÓN.

Carta número: _____

Fecha de carta: _____

Anexar copia de la carta.

C. MEXICANO HIJO DE EXTRANJEROS. Certificado de Nacionalidad

Mexicana número: Fecha del mismo:

Anexar copia del Certificado.

II.- DATOS COMPLEMENTARIOS.

Conceptos que se deben tener en cuenta para otorgar el Documento de Voluntad Anticipada:

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

ENFERMO EN ETAPA TERMINAL: Es el paciente con diagnóstico sustentado en datos objetivos, de una enfermedad incurable, progresiva y mortal a corto o mediano plazo; con escasa o nula respuesta a tratamiento específico disponible y pronóstico de vida inferior a seis meses.

DIAGNÓSTICO MÉDICO DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL: Es el documento suscrito por el médico tratante, avalado por el Director de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud y autorizado por el Comité Hospitalario de Ética Médica, previo análisis de la información contenida en el expediente clínico, el cual deberá ser firmado autógrafamente por los mismos.

OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA: Es la adopción de métodos médicos desproporcionados o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía.

MEDIDAS MINIMAS ORDINARIAS:

Notaría 203 D.F.

Dirección: Av. San Fernando No. 423, Colonia Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, C.P. 14050, México, D.F. Teléfono: 5666-0605 Fax: 5666-0745

E-mail: not203@prodigy.net.mx Sitio web: www.notaria203.mx



Juan José Pastrana Ancona

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

SEDO - ANALGESIA CONTROLADA: Es la prescripción y administración de fármacos por parte del personal de salud para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y psicológico, del enfermo en etapa terminal.

REPRESENTANTE.- Es la persona designada por el enfermo en etapa terminal o suscriptor para la revisión y confirmación de las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, la verificación del cumplimiento exacto e inequívoco de lo establecido en el mismo, la validez, la integración y notificación de los cambios que realicen los mismos.

FIRMA.- ES CONVENIENTE QUE VENGAN A FIRMAR A LA NOTARÍA EL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA **TANTO EL SOLICITANTE COMO EL REPRESENTANTE DESIGNADO** (SÓLO EL PRIMERO NOMBRADO, NO EL SUS- TITUTO) Y DEBEN COMPARECER CON DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (COMO LA CREDENCIAL PARA VOTAR O EL PASAPORTE).

III.- DISPOSICIONES DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Es mi voluntad otorgar el Documento de Voluntad Anticipada, el cual contendrá:

1.- NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE

A.- Nombre: _____
(Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

B.- Nacionalidad: _____

C.- Lugar de nacimiento: _____

D.- Fecha de nacimiento: _____

E.- Estado civil:

- a. Soltero
- b. Casado civilmente

F.- Datos de localización:

a. Domicilio: _____
(calle) (número) (interior)

_____ (colonia) (delegación) (código postal)

b. Teléfono: _____

c. Teléfono celular: _____

Notaría 203 D.F.

Dirección: Av. San Fernando No. 423, Colonia Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, C.P. 14050, México, D.F. **Teléfono:** 5666-0605 **Fax:** 5666-0745
E-mail: not203@prodigy.net.mx **Sitio web:** www.notaria203.mx



Juan José Pastrana Ancona

d. Correo electrónico (e-mail): _____

G.- Ocupación: _____

H.- CURP: _____

I.- El solicitante puede:

- | | | |
|--------------|----|----|
| a. Ver: | SÍ | No |
| b. Oír: | SÍ | No |
| c. Hablar: | SÍ | No |
| d. Leer: | SÍ | No |
| e. Escribir: | SÍ | No |

2.- NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE SUSTITUTO

En caso de que el representante antes designado no pudiera desempeñar el cargo por excusa, revocación, incapacidad o cualquier otra causa reconocida por la Ley, nombra como representante sustituto a:

A.- Nombre: _____
(Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

B.- Datos de localización:

a. Domicilio: _____
(calle) (número) (interior)

(colonia) (delegación) (código postal)

b. Teléfono: _____

c. Teléfono celular: _____

d. Correo electrónico (e-mail): _____

3.- DONACIÓN DE ÓRGANOS

Deseo manifestar mi intención de donar todos aquellos órganos o componentes de mi cuerpo, que en términos de la legislación aplicable sean susceptibles de ser disponibles en el momento de mi muerte.

Sí No

¿ES EL PRIMER DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA QUE OTORGA?

Sí No

En caso de no ser el primero favor de traer el último.

Bibliografía

BERMEJO, J.C. et al. *Manual básico para la atención integral en cuidados paliativos*. Ed. Cáritas Española. 1ra Edición. España. 2011. Pág.480.

CANO, V. Fernando. (Coordinador) et al. *Eutanasia. Aspectos jurídicos filosóficos, médicos y religiosos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas. 1ª reimpresión. 2005. Págs. 51-56.

GÓMEZ, S. Marcos. *El hombre y el médico ante la muerte*. Ed. S.A. Arán Ediciones. Madrid. 2006. Págs. 166-167.

GONZÁLEZ, David. *Introducción al enfoque emancipatorio de la promoción de la salud*. Documento de circulación interna de la Academia de Promoción de la Salud de la UACM. Ed. Academia de Promoción de la Salud. México. 2012. 15 pp.

GOULD, Jonathan. *The Implications the Eutanasia (Traducción Propia)*. Ed. Mead. New York. 2003. Págs. 20-22.

GROF, Stanislav. *Psicología Transpersonal. Nacimiento, muerte y transcendencia en psicoterapia*. Ed. Kairos, 6ta edición. Nueva York. 2008. Págs. 136-137.

HERAZO, Benjamín. *Consentimiento informado*. Ed. ECOE Ediciones. Colombia. 2007. Pág. 4. KRAUZE, Enrique. *Octavio Paz. El poeta y la revolución*. Ed. Debols!llo. México. 2014. 302 pp.

LEÓN, C. Francisco. *Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social*. Ed. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile. Chile. 2012. Págs. 73-74.

MATEU, Juan A. *Eutanasia. Una batalla por ganar*. Ed. Libros en red. 2008. Págs. 17, 20.

MARTÍNEZ, G. Jesús A. *Muerte digna y eutanasia, Taller provincial "Dilemas de bioética"*. Ed. Facultad de Ciencias Médicas, Sancti Spiritus. Cuba. 1996. Pág. 11.

NICHOLI, Armand. *La cuestión de dios. C.S. Lewis vs S. Freud*. Ed. Ediciones RIALP S.A. Madrid. 2004. Págs. 308, 310.

PÉREZ, Víctor M. *Eutanasia (¿Piedad? ¿Delito?)*. Ed. Limusa. México. 2003. Págs. 289, 315, 326, 327-328. PLATÓN. *Diálogos. Obra completa en 9 volúmenes. Volumen IV, La República*. Madrid. 2003. Pág.249.

ROA, Armando. *Ética y bioética*. Ed. Andrés Bello. Chile. 1998. Pág. 112.

RODRÍGUEZ, A. Ma. A. *Relación Médico-Paciente*. Ed. Ciencias Médicas. La Habana. 2008. Págs. 6-8. SAMBRIZZI, Eduardo A. *Derecho y eutanasia*. Ed. La Ley. Buenos Aires. 2006. Págs. 141-142,147.

SÁNCHEZ, J. Enrique. *La eutanasia ante la Moral y el Derecho*. Ed. Universidad de Sevilla. España. 1999. Págs. 24, 42-44, 77, 124 -125.

SÁNCHEZ, T. Fernando. *Acerca de la muerte. Curso de Tanatología*. Ed. Instituto colombiano de estudios bioéticos. Colombia. 2002. Págs. 124 -125.

URRACA, M. Salvador. *Eutanasia hoy. Un debate abierto*. Ed. Nosis. Madrid. 1996. Págs. 144, 147, 157, 158, 264-266.

VON ENGELHARDT, Dietrich. *La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente*. Acta bioeth. 2002. Págs. 155-166.

Internet

ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL. *Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*.
<http://www.aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf>

BIBLIA CATÓLICA. *Éxodo. Los diez mandamientos*.
<http://www.bibliacatolica.com.ar/exodo-20.html>

BIBLIOTECA CAMPUS. *Santo Tomás de Aquino. La Suma Teológica*. Págs. 13-17.
<http://biblioteca.campusdominicano.org/1.pdf>

BIBLIOTECA JURÍDICA VIRTUAL. *La tutela de la propia incapacidad*.
<http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=2517>

BIOETICACS. *El enfermo terminal y la muerte*. ZAMORA, Alicia. Revista Bioética y Ciencias de la Salud, Vol. 5 N° 2. Sección: opinión. Págs. 1-2.
http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/paliativos/ENFERMO_TERMINAL_Y_LA_MUERTE.pdf

BIOGRAPHY. *Jack Kevorkian*. (Traducción Propia).
http://www.biography.com/people/jack-kevorkian_9364141

COLEGIO DE BIOÉTICA A.C. *Voluntad Anticipada*.
<http://colegiodebioetica.org.mx/wp/links-laterales/voluntad-anticipada/>

COLEGIO DE NOTARIOS. *Gaceta Oficial del Distrito Federal. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*.
http://www.colegiodenotarios.org.mx/doctos/reglamento_va.pdf

COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA. *Muerte digna una oportunidad real*.
<http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/publicaciones/memorias/muertedigna.pdf>

COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA. *Secretaría de Salud. Ley de Voluntad Anticipada*.
<http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/>

CULTURA COLECTIVA. *Sigmund Freud y su práctica de la eutanasia.*
<http://culturacolectiva.com/sigmund-freud-y-su-practica-de-la-eutanasia/>

DIARIO EL PAÍS. *El Supremo de EEUU, obligado a fallar por primera vez sobre un caso de eutanasia.*
http://elpais.com/diario/1989/12/07/sociedad/628988407_850215.html

DIARIO EL PAÍS. *Estrasburgo rechaza la petición de Diane Pretty para que su marido la ayude a morir.*
http://elpais.com/diario/2002/04/30/sociedad/1020117608_850215.html

DIARIO EL PAÍS. *La verdad sobre el “caso Ramón Sampedro”.*
http://elpais.com/diario/1998/02/01/sociedad/886287612_850215.html

DIARIO EL PAÍS. *Falleció Karen Quilan, tras permanecer 10 años en estado de coma profundo.*
http://elpais.com/diario/1985/06/13/sociedad/487461609_850215.html

EL CLARÍN. *Murió Eluana tras 17 años en coma y hay fuerte debate en Italia.*
<http://edant.clarin.com/diario/2009/02/10/elmundo/i-01856118.htm>

EL FINANCIERO. *La Ley de Voluntad Anticipada no es comprar muerte.*
<http://www.elfinanciero.com.mx/archivo/la-ley-de-voluntad-anticipada-no-es-comprar-la-muerte.html>

EL MUNDO.ES. *Terry Schiavo, una tragedia que enfrentó a un país.*
<http://www.elmundo.es/elmundo/2005/03/31/obituarios/1112284114.html>

EL VATICANO. *Academia Pontificia.*
http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pa_acdlife_doc_eutanasia_sp.pdf

ESCUELA DE MEDICINA PONTIFICIA. *La noción de competencia y su rol en las decisiones clínicas*
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/etica/Etica03.html>

ÉTICA Y MORAL. *El suicidio.* Recuperado el 03 de mayo de 2013
http://www.escuelasabatnica.cl/2010/ma_2010/jul/1/intro01.htm

FUNDACIONMHM. *Eutanasia y suicidio asistido en las culturas antigua y contemporánea.* DRANE, James. Revista Humanitas, Humanidades Médicas. Vol. 1. N° 1. Pág. 40. <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Numero1/Articulos/articulo3.pdf>

FUNDACIÓN PALIAR. *Historia de los cuidados paliativos.*
<http://www.fundacionpaliar.org.ar/elemento.php?id=5>

INEGI. (2010). *Pirámide de población, 2010*. Recuperado el 24 de mayo de 2015 de: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/graficas_temas/piramides/graf/2010.html?s=est&c=35636

INFO JURIDICAS UNAM. *Derechos Humanos, Aborto y Eutanasia*. CARPIZO, J. y Diego V. <http://info5.juridicas.unam.mx/libros/6/2530/2.pdf>

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS.
Debate sobre eutanasia.
http://www.juridicas.unam.mx/invest/areas/neisd/eutanasi_a/relato.htm

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. *Registros de Mortalidad*.
<http://www3.inec.org.mx/sistemas/microdatos/encuestas.aspx?c=33398&s=est>

JUSTIA MÉXICO. *Ley General de Salud*.
<http://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/titulo-octavo-bis/capitulo-i/>

LEGIS MÉXICO. *Artículo de Opinión. Ley del bien morir*.
http://www.legis.com.mx/BancoConocimiento/A/articulo_de_opinion_la_ley_del_bien_morir/articulo_de_opinion_la_ley_del_bien_morir.asp

LIBROS MARAVILLOSOS. *La vida de Pasteur*.
<http://www.librosmaravillosos.com/lavidadepasteur/capitulo12.html>

MEDICINA LEGAL. *Formas de muerte*.
<http://medicinalegalalodia.blogspot.mx/2008/01/tanatologa.html>

NORMATECA. *Ley General de Salud*.
http://www.normateca.gob.mx/Archivos/34_D_1185_08-02-2007.pdf

SECRETARÍA DE SALUD. *Promoción de la Salud*.
<http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>

SECRETARÍA DE SALUD. *¿Qué es bioética?*
<http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/queeslabioetica.html>

SECRETARÍA DE SALUD. *¿Qué es la Tanatología?*
<http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/tanatologia.html>

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL. *Voluntad Anticipada*.
http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=162

SERVICIOS DEL DISTRITO FEDERAL. *Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*.
<http://cgsservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/r171201.htm>

SLIDESHARE. *VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN*.
<http://es.slideshare.net/SCSF2011/012-variables-medicion>

THINK-ACTION-DEVELOPMENT. *Carpeta sobre cuidados paliativos*.
<http://tad.org.mx/wp-content/uploads/2013/12/CUIDADOS-PALIATIVOS-Carpeta-t%C3%A9cnica.pdf>

UMSB. *Cuestiones jurídicas y bioéticas entorno a la muerte*.
<http://muerte.bioetica.org/mono/mono33.htm>

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. *Escuela de Medicina Pontificia*.
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/etica/Etica03.html>

UNIVERSIDAD LATINA DE AMÉRICA. *Voluntad Anticipada México-España*.
<http://www.unla.mx/iusunla30/opinion/LA%20OBJECION%20DE%20CONCIENCIA%20EN%20EL%20AMBITO%20MEDICOSANITARIO%20EN%20MEXICO.html>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. *Biblioteca Jurídica Virtual*.
Boletín Mexicano de Derecho Comparado.
<http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/123/el/el13.htm>

UPSOCL MUJER. *Mi nombre es Brittany Marnard y elijo morir con dignidad*.
<http://www.upsocl.com/mujer/mi-nombre-es-brittany-maynard-y-elijo-morir-con-dignidad/>

Películas

Pearson Education, Inc. Copyright 1986-2009. Aplicación.Statdisk. Versión 11.0.1.9.

Software

Mar Adentro. [Película]. Producida por Fernando Bovaira y Alejandro Amenába. Dirigida por Alejandro Amenábar. Género Drama. Casa Productora Sogecine e Himenóptero. Duración 120 min. España. 2004.