



Publicado originalmente en
Volumen 11, Número 1, Enero-Marzo, 2013

La otra forma de morir; la Ley de Voluntad Anticipada

The other way to die; the Advance Directive Act

Enrique Juan Díaz Greene,* José Mauricio Cedillo Fernández,†
Marco Alejandro Reza Orozco,‡ Alejandra Isaura Amezcua Macías‡

Citar como: Díaz GEJ, Cedillo FJM, Reza OMA, Amezcua MAI. La otra forma de morir; la Ley de Voluntad Anticipada. Acta Med GA. 2023; 21 (s1): s75-s78. <https://dx.doi.org/10.35366/109568>

A lo largo de nuestra formación profesional como médicos aprendemos que es nuestro deber salvaguardar la vida ante todo, mitigar el dolor y curar los males que afectan al enfermo. Se nos enseña también que por ningún motivo podemos provocar de forma directa o indirecta la muerte de nuestro paciente; sin embargo, nunca, nadie nos enseña a dejar morir a alguien.

¿Debemos aprender a dejar morir a alguien?, ¿de quién debemos aprenderlo?, ¿debe ser un conocimiento adquirido por nuestra experiencia en nosología o por madurez profesional?, así podría continuar la lista de preguntas a hacernos con respecto a practicar o no la eutanasia; además, cada vez hay más términos que se han agregado al único antes existente y que a continuación resumimos con ánimos de entendernos mejor:

Según el diccionario de la Real Academia Española, “eutanasia” es una palabra derivada del griego: *eu* (bueno) y *θάνατος* *thanatos* (muerte); es la acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él. La ortotanasia, o muerte digna, designa a la acción del médico, o de quien asista al enfermo, de proporcionar un fallecimiento digno a un enfermo cuyo padecimiento sea incurable, o bien que se encuentre en fase terminal; la ortotanasia es, en suma, actuar de forma correcta ante la muerte. Por su parte, “distanasia” designa en forma peyorativa al “encarnizamiento” o “ensañamiento” terapéutico. Lo anterior ocurre por el exceso de uso de tecnología que evita se llegue a una muerte próxima al sostener y apoyar órganos vitales, en otras palabras, aunque se consigue evitar la muerte

del enfermo, no hay posibilidades de recuperación. En algunos países se llegan a utilizar términos como eutanasia directa (activa o pasiva) e indirecta; la primera se puede definir como el “adelanto” de la muerte, con el agregado de que se trata de una enfermedad incurable en fase terminal, sea provocando la muerte de forma indolora a solicitud del paciente o no dando tratamiento a una complicación, es decir, omitiendo un tratamiento para acelerar el momento del fallecimiento. La eutanasia indirecta es no sólo acortar sino paliar el sufrimiento del enfermo con la utilización de medidas terapéuticas. De hecho, todo va orientado a aminorar el sufrimiento, pero como consecuencia las medidas terapéuticas llevan a acelerar el momento de la muerte.

En algunos hospitales se instituyeron conceptos como: medidas mínimas ordinarias, apoyo limitado, RCP 1, RCP 2, RCP 3; el primero consistía en dar hidratación, oxigenación, y/o curaciones al paciente en etapa terminal, el RCP 1 correspondía al apoyo con la aplicación de medios, tratamiento y/o procedimientos médicos no invasivos o de alta tecnología. El RCP 2, al apoyo limitado en la aplicación de medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, así como sedación controlada en caso de control de dolor, denegando la autorización para dar apoyo avanzado en caso de ser necesario utilizar maniobras de reanimación. El RCP 3, al rechazo a maniobras de reanimación.

Todo lo anterior con la debida autorización y voluntad del paciente o de los familiares.

En medicina, los conocimientos y cambios tecnológicos, los conceptos de avanzado y limitado, así como las medidas mínimas, resultan con el paso del tiempo, no sólo con el paso de los años sino a veces de meses

* Profesor Titular del Curso de Medicina Interna.

† Residente del Curso de Medicina Interna.

Hospital Angeles Pedregal, FMM, ULSA.

www.medigraphic.com/actamedica

Correspondencia:

Dr. Enrique Juan Díaz Greene

Correo electrónico: ejdiazgreene@hotmail.com



Aceptado: 05-10-2012.

o días, muy ambiguos e inespecíficos. Además, para los familiares ante la angustia, los términos utilizados en el ambiente médico a veces no son captados en el mismo sentido, sobre todo si le agregamos el contexto en que los expresamos, ante la muerte.

Con el paso del tiempo el ser humano ha exigido su derecho a decidir cada vez más sobre su vida, hoy en día temas como la eutanasia, el aborto, las órdenes de no reanimación y la ortotanasia se discuten por todos y en cualquier lugar, y siempre están involucradas las diferentes legislaciones, creencias religiosas y opiniones personales. El médico no sólo está involucrado en dar su opinión, está inmiscuido como actor en dichas situaciones y en muchas ocasiones visto como ejecutor de las mismas.

En enero de 2008 se promulgó en la Ciudad de México la Ley de Voluntad Anticipada, cuyo objetivo es regular la voluntad de un enfermo en etapa terminal a no someterse a medios, tratamientos o procedimientos que prolonguen su vida. Dicha ley pretende de tal forma proteger la dignidad de la persona para lograr la ortotanasia (una buena muerte).

En dicho documento vienen especificadas algunas definiciones que ayudan a entender quién es un enfermo terminal, cuáles son las medidas mínimas que se proporcionan al enfermo, quién y cómo puede apegarse a dicha ley. De forma resumida, dicta que un enfermo al que le queden menos de seis meses de vida tiene derecho a solicitar que su vida no sea prolongada mediante ninguna acción terapéutica, sin negarle las medidas mínimas ordinarias y dándole derecho a tener una sedación controlada.

Sin embargo, para aquellos que vivimos de forma cotidiana estos casos nos surgen algunas dudas.

Para empezar sabemos que muchos padecimientos se comportan de forma impredecible por lo que resulta complicado definir con precisión a quién le quedan menos de seis meses de vida, y dicho documento no especifica que un médico deba dar su opinión precisando que la sobrevida del paciente es menor al tiempo mencionado.

Cuando se habla sobre los términos “sedación controlada” y “medidas mínimas ordinarias”, sabemos que la línea entre la ortotanasia y la eutanasia es muy delgada. Sobre todo porque antes y después de la promulgación de esta ley en los pasillos de todos los hospitales éstas eran prácticas que ya se llevaban a cabo de forma rutinaria. Antes eran conocidas simplemente como sedación, retiro de las médicas heroicas, cuidados básicos, también que éstos podían ser solicitados por los familiares del paciente.

Se debe reconocer que nuestros pacientes tienen derecho a solicitar que ya no sean sometidos a más tratamientos o medidas que los mantengan vivos, sabiendo que con ello no podrá venir otra cosa más natural que la muerte.

Mediante la promulgación y difusión de esta ley tanto médicos como pacientes podrán realizar de forma legal algo que nadie nos enseñó durante nuestra formación académica, pero que todos sabemos que existía y se practicaba.

A pesar de que en la práctica diaria resulte difícil apegarse estrictamente a lo que está escrito en dicho documento, quizá de esta manera aprendamos que nuestra función como médicos no sólo es salvaguardar la vida, sino también dejar morir dignamente a nuestros pacientes.

A continuación se destacan algunos conceptos relevantes de la Ley de Voluntad Anticipada publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

La ley de voluntad anticipada se divide en cinco capítulos. En el capítulo primero se establece como objeto de la Ley de Voluntad Anticipada “...el establecer y regular las normas, requisitos y formas de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida...” (Art. 1). Por otra parte, no consiente ni permite el acortamiento intencional de la vida (Art. 2). Así mismo, se enumeran las definiciones de los conceptos técnicos y médicos referidos en esta ley. El documento de Voluntad Anticipada es un documento público suscrito ante Notario, “...en el que cualquier persona en juicio, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos...” (Art. 3). Se entiende como enfermo en etapa terminal, si éste tiene una esperanza de vida menor a seis meses, y se encuentra limitado para mantener su vida de manera natural. Las medidas mínimas ordinarias del paciente en etapa terminal son hidratación, higiene, oxigenación, nutrición y/o curaciones. Por último, se establece el límite territorial para ejercicio de esta ley, circunscrito al Distrito Federal (Art. 5), y hace responsables a quienes la llevan a la práctica.

En el capítulo segundo se establecen los requisitos del documento de Voluntad Anticipada. Se hace mención acerca de quién podrá suscribirlo, siendo el mismo paciente bajo los criterios de tener la capacidad de hacerlo, diagnosticado en etapa terminal o, en su defecto, por familiares cuando esté privado de manifestarlo por sí mismo, padres o tutores en caso de ser menor de edad (Art. 7). Además, se enlistan las características y formalidades estructurales del documento (Art. 8) y de quienes participan de él, y el proceso que debe tener desde ser suscrito ante notario hasta ser de conocimiento del Ministerio Público y del personal de salud para integrarlo al expediente clínico del enfermo en etapa terminal (Arts. 9-11). Posteriormente, se establecen las características, obligaciones y el término del cargo de representante (Arts. 14-18). Y además se establecen medidas pertinentes ante diferentes situaciones para

llevar a cabo la realización del documento si el solicitante fuera sordomudo, ciego, analfabeta o ignore el español (Arts. 30-33).

En el capítulo tercero se tocan los puntos de nulidad y revocación de la Ley de la Voluntad Anticipada. El artículo 36 señala la formalidad del formato, la libre declaración de voluntad y la transparencia del acto, que de acto contrario será nulo el Documento de Voluntad Anticipada. Se menciona que "...el Documento o Formato de Voluntad Anticipada únicamente podrá ser revocado por el signatario del mismo..." (Art. 38).

El capítulo cuarto establece el cumplimiento de la Voluntad Anticipada. Se solicita al personal de salud el realizar las disposiciones establecidas en dicho documento (Art. 40). Se debe asentar el estado terminal del enfermo en su expediente clínico, así como la evolución hasta su terminación. Así mismo "... se incluirán los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias, la Sedación Controlada y el tratamiento Tanatológico..." por parte del personal de salud (Art. 41). Si el personal de salud a cargo no está de acuerdo por motivos de creencia o convicción, puede excusarse de intervenir en su realización (Art. 42). La disponibilidad del personal de salud no objetor y en lo posible, atención médica domiciliaria a enfermos en etapa terminal, será obligación de la Secretaría de Salud. Esta última emitirá los lineamientos dentro de las instituciones privadas de Salud. Se prohíbe además la administración de medicamentos y tratamientos que provoquen intencionalmente la muerte del enfermo en etapa terminal (Art. 43). Si el paciente no está en etapa terminal, no es posible realizar lo dispuesto en el Documento (Art. 44).

En el capítulo quinto se hace mención a La Coordinación Especializada quien "...es la unidad administrativa adscrita a la Secretaría encargada de velar por el cumplimiento de las disposiciones establecidas...en la Ley y Documentos... de Voluntad Anticipada" (Art. 45). Establece sus funciones administrativas y se señala su papel como vínculo y promotor de Donación de Órganos y Tejidos (Art. 46).

La Ley de Voluntad Anticipada, publicada el pasado 7 de Enero 2008, persigue el objetivo de defender la voluntad de cualquier persona enferma, que se encuentre en fase terminal, para no someterse a ningún tipo de procedimiento, medio o tratamiento médico que prolongue de manera innecesaria su vida, salvaguardando su dignidad como persona, si en algún momento es imposible mantener su vida de manera natural.

Así mismo, pretende que la persona planea y decida los cuidados y tratamientos médicos a los que será sometido en un futuro, principalmente en el momento que presente alguna incapacidad que se lo impida.

La idea central de esta ley es el de "una muerte digna" basada en el concepto de ortotanasia; únicamente se intenta librar al paciente en estado terminal de cualquier medio o medida extraordinaria y desproporcionada, los cuales son un intento desesperado de prolongar la existencia y de forma indirecta la agonía del paciente. Cabe destacar que no se provoca la muerte de manera activa, directa o indirecta del paciente.

El Dr. Diego Valadés demarca con acierto en el Diario *El Universal* que: "...Para matizar el alcance de las palabras, en la Asamblea se optó por utilizar la expresión ortotanasia. Esta modalidad, equivalente a lo que de manera convencional se denomina como eutanasia pasiva, fue aprobada por la Conferencia Episcopal Española desde 1993. Los efectos prácticos son los mismos en ambos casos..."

Ciertamente, la finalidad de la eutanasia pasiva y de la ortotanasia es la misma, únicamente se diferencia en el momento en el que se realiza la acción o la toma de decisión para continuar con la existencia del paciente; la eutanasia pasiva realiza su intervención al interrumpir el funcionamiento del equipo que mantiene con vida al paciente y la ortotanasia actúa antes de que se intervenga al paciente con algún método o tratamiento de sostén.

Hoy en día hay que considerar los importantes avances tecnológicos que como humanidad hemos tenido, los cuales nos permiten tener curas para enfermedades que en la antigüedad provocaban la muerte de manera inevitable, y de manera indirecta se ha incrementado la expectativa de vida de los seres humanos; sin embargo, estos avances no sólo son empleados para beneficio de los seres humanos, también son utilizados en algunos casos para tratar de prolongar la vida. No obstante, únicamente logran prolongar la existencia, como ser vivo, como una planta o un animal, sin tener en cuenta que la vida y lo que nos distingue como seres humanos es la capacidad de disfrutar; como seres pensantes, capaces de manifestar nuestras ideas a través del lenguaje, poseedores del conocimiento sobre nosotros mismos y nuestro alrededor; con capacidad de elección y consciencia de nuestros estados emocionales.

Los pacientes en los cuales se sabe que ningún procedimiento que se le realice va a cambiar su pronóstico, la mejor alternativa que se le puede ofrecer es mejorar su calidad de vida, reestablecer de la manera más natural sus funciones, evitar el sufrimiento, hacer menos doloroso el trance hacia la muerte y permitir que la naturaleza realice su curso final.

La Ley de Voluntad Anticipada prohíbe la práctica de la eutanasia activa, al señalar en el artículo 2 que "no se permiten ni facultan bajo ninguna circunstancia la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida" (Art. 2).

Sin embargo, considero que el derecho a decidir el tratamiento y procedimientos a los que deseamos o no ser sometidos debería de poder ser establecido y respaldado por algún medio legal siempre y cuando se cuente con la mayoría de edad y con el juicio y capacidades para realizarlo en cualquier momento de nuestra vida, no únicamente cuando exista un diagnóstico que nos catalogue como desahuciados y reduzca nuestra expectativa de vida como máximo a seis meses, ya que no es posible determinar en qué momento sufriremos un accidente que nos impida realizar un documento de voluntad anticipada, quedando a disposición de nuestros familiares los últimos momentos de nuestra existencia.

REFERENCIAS

1. Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*. 22.^a ed. Madrid: Espasa; 2001.
2. DiCaprio L, Di Palma A. *La medicina y la muerte*. Medicina y Ética. 1999;10:383-9
3. Mattar, Garam. La muerte, visión humanista. *Gac Med Caracas* 2007; 115(2): 155-159.
4. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. *Gaceta Oficial del Distrito Federal, 04 de Abril de 2008, No. 307*.
5. Adib APJ. Comentarios a la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado, No. 123*. 2008; 123: 1533-1556.
6. Valadés D. *Eutanasia: primer paso*, *Diario El Universal*. México, 17 de enero de 2008.