

## INTRODUCCIÓN

Los derechos y valores inherentes a la persona humana ocupan un puesto importante en la problemática contemporánea. El derecho a la vida y a la muerte son temas objeto de debate. Por un lado se reclama el derecho a la vida de todo ser humano desde el momento de la concepción hasta que la muerte sobrevenga de manera natural y por otro, se pretende que el decidir cuándo y cómo morir, son un derecho ejercitable sin interferencias morales, éticas, políticas, religiosas, ni legales.

La Sagrada Congregación para la doctrina de la Fe en su “Declaración sobre la Eutanasia” ha manifestado que:

“La vida es el fundamento de todos los bienes, la fuente y condición necesaria de toda actividad humana y de toda convivencia social, si la mayor parte de los hombres creen que la vida tiene un carácter sacro y que nadie puede disponer de ella a capricho, los creyentes ven a la vez en ella un don del amor de Dios que son llamados a conservar y hacer fructificar. De

esta última consideración brotan las siguientes consecuencias.

1. Nadie puede atentar contra la vida de un hombre inocente, sin oponerse al amor de Dios hacia él, sin violar un derecho fundamental irrenunciable e inalienable, sin cometer, por ello, un crimen de extrema gravedad.

2. Todo hombre tiene el deber de conformar su vida con el designio de Dios. Esta le ha sido encomendada con un bien que debe dar frutos ya aquí en la tierra, pero que encuentra su plena perfección solamente en la vida eterna.

3. La muerte voluntaria o sea el suicidio es, por consiguiente, tan inaceptable como el homicidio; semejante acción constituye en efecto, por parte del hombre, el rechazo de la soberanía de Dios y de su designio de amor...”

En Derecho Mexicano, el derecho a la vida y a la integridad física y moral, desde el momento de la concepción están reconocidos como garantías individuales, en términos del artículo cuarto y decimocuarto constitucional que garantizan el derecho a la salud y a la vida. Consecuentemente el código Civil reconoce personalidad jurídica al concebido, sujeta a la condición resolutoria negativa que no nazca y el código penal sanciona la privación de la vida, en cualquier etapa, desde la concepción hasta la edad adulta, por lo que el aborto, el homicidio y la eutanasia son actos punibles en nuestro derecho. La muer-

te, como bien dice el Doctor Xavier Hurtado Oliver, no es un derecho, es consecuencia natural de la vida; somos mortales. Lo que se pretende es la despenalización de ciertas formas de ponerle fin arbitrariamente a la existencia humana: aborto, suicidio y eutanasia sobre todo en aquellos países de alto desarrollo cultural donde la autonomía del individuo que incluye la libre disposición del cuerpo se reclama como derecho inherente a la privacidad que debe estar libre de intromisiones del Estado.

La Eutanasia, etimológicamente significa “buena muerte”, es decir el acto que pone fin a la vida de un enfermo terminal a su solicitud, de quienes él depende o por decisión del médico que lo atiende o también la muerte intencional del paciente producida por acto u omisión de quienes lo tienen a su cuidado.

En este estudio, por Eutanasia, nos referimos tanto al significado original del término, como a la intervención de la medicina encaminada a atenuar los dolores de la enfermedad y la agonía; a veces incluso con el riesgo de suprimir prematuramente la vida; si bien la tecnología médica actual es capaz de resucitar a una persona declarada clínicamente muerta, la calidad de vida resultante es imprevisible: el paciente podría quedar reducido a vida vegetativa o a una sobrevi-

vencia precaria de sus funciones vitales. Es entonces cuando la idea de eutanasia surge en torno a esa vida y la valoración, susceptible de ser influenciada por factores diversos puede resultar ajena a los propósitos de misericordia que la justifiquen. La Eutanasia se sitúa pues en el nivel de las intenciones o de los métodos usados.

Ahora bien, es necesario reafirmar con toda firmeza que nada, ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermos incurables o agonizantes. Nadie además puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad, ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo, se trate en efecto de una violación de la ley divina, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad. Puede también ocurrir que el dolor prolongado e insoportable trastornen la vida de alguien en vida indeseable, es decir aquella que implica tener que soportar un sufrimiento físico o moral incontrolable, la que limita la autonomía y afecta la independencia del individuo haciéndolo devenir en cargo familiar o social, razones suficientes para pensar que puede

pedir legítimamente la muerte o procurarla a otros. Aunque en casos de ese género la responsabilidad personal puede estar disminuida o incluso no existir, el error de juicio de conciencia —aunque fuera incluso de buena fe— no modifica la naturaleza del acto homicida, que en sí sigue siendo siempre inadmisibles. Las súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia; éstas en efecto son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto. Además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo, es el apoyo y cariño de los que están más cercanos.

## I. LA MUERTE

Hubo un tiempo en que la muerte era fácilmente definida como “no vivir” o “estar sin vida”, carencia de latidos del corazón y ausencia de respiración eran el criterio básico para determinar cuando una persona estaba muerta; la ausencia de aliento y ritmo cardíaco han sido los factores a los que se ha recurrido para determinar la ausencia de vida; sin embargo, la ciencia médica ha proporcionado los medios para constatar la muerte. La inactividad cerebral es de hecho la muerte, y aunque después de haber sido diagnosticada, existan signos vitales, la vida como tal ya no existe, ni existirá más como de ordinario la conceptuamos. La muerte cerebral es generalmente irreversible; aunque una parte del cerebro que permite los reflejos involuntarios pudiera estar activa y dar la impresión de vida, la que controla la voluntad, los sentidos y la conciencia, que hacen de un ser, una persona, puede estar permanente e irreversiblemente dañada y por lo tanto lo que existe es un cuerpo inerte sostenido por la tecnología. Actualmente se hace

una clara distinción entre estar con vida y existir.

¿Qué es lo médicamente correcto? ¿Qué es lo moralmente admisible? ¿Hasta dónde se debe llegar para prolongar la vida o evitar la muerte?

Bajo ciertas condiciones la Eutanasia pasiva, el retiro de recursos médicos al paciente desahuciado es aceptado cuando el proceso de muerte es irreversible y las consecuencias de prolongar la existencia del enfermo causan a él, a la familia o a la comunidad más daños que beneficios. De acuerdo con la tradición judía la sacralidad de la vida toma precedencia sobre los otros valores humanos. En consecuencia manda se haga todo lo posible para sostenerla cuando existe la posibilidad de restablecerla. Pero la medicina moderna ha creado el problema de no saber si en ciertos casos se está logrando prolongar la vida o entorpecer el proceso de muerte inevitable; si una terapia es inefectiva para conservar la vida, está permitido suspenderla aunque sobrevenga la muerte. Tanto para los cristianos como para los judíos, el uso de medicinas adecuadas para aliviar el dolor es permitido, aunque de ello *se deriven, como efectos secundarios*, entorpecimiento o menor lucidez, o acortar la vida. En cuanto a las personas que no están en condiciones de

expresarse, se podrá razonablemente presumir que desean tomar tales calmantes y suministrarse según los consejos del médico.

Ahora ¿La supresión del dolor y de la conciencia por medio de narcóticos... está permitida al médico y al paciente por la religión católica y la moral (incluso cuando la muerte se aproxima o cuando se prevé que el uso de narcóticos abreviará la vida)? Si no hay otros medios y si en tales circunstancias, ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales: sí. En este caso, en efecto está claro que la muerte no es querida o buscada de ningún modo, por más que se corra el riesgo por una causa razonable: simplemente se intenta mitigar el dolor de manera eficaz, usando a tal fin los analgésicos a disposición de la medicina.

Cada uno tiene el deber de curarse y hacerse curar, los que tienen a su cuidado los enfermos deben prestarles su servicio con toda diligencia y suministrarles los remedios que consideren necesarios o útiles. En muchos casos, la complejidad de las situaciones puede ser tal que haga surgir dudas sobre el modo de aplicar los principios de la moral. Tomar decisiones corresponderá en último análisis a la conciencia del enfermo o de las personas calificadas para hablar en su nombre, o incluso de los médicos, a la luz

de las obligaciones morales y de los distintos aspectos del caso. ¿Se debe recurrir, en todas circunstancias, a toda clase de remedios posibles?

La Iglesia católica respondía que no se está obligada nunca al uso de los medios extraordinarios; respuesta siempre válida, aunque actualmente se prefiere hablar de medios “proporcionados” y “desproporcionados”. En cada caso, se podrán valorar bien los medios poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales. La Iglesia católica ha dicho que para facilitar la aplicación de estos principios generales se pueden añadir las siguientes recomendaciones:

1. A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y estén libres de todo riesgo.

2. Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados defrauden las esperanzas puestas en ellos. Pero al tomar una tal decisión, deberá tener-

se en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes; éstos podrán sin duda juzgar mejor que otra persona si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles, y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos.

3. Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura, que aunque ya esté en uso, todavía no esté libre de peligro (es decir, constituye el riesgo de causar una carga desproporcionada) o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio, significa más bien o simple aceptación de la condición humana, o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o la colectividad.

4. Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria

y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares.

En conclusión cualesquiera que sean los motivos y los medios, la eutanasia directa (activa) que consiste en poner fin a la vida de personas disminuidas, enfermos o moribundos, es moralmente inaceptable. Por tanto una acción o una omisión que de suyo o en la intención provoca la muerte para suprimir el dolor, constituye un homicidio gravemente contrario a la dignidad de la persona humana. El error de juicio en el que se pueda haber caído de buena fe no cambia la naturaleza de este acto homicida.

La interrupción de tratamientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados puede ser legítima. Interrumpir estos tratamientos es rechazar el “encarnizamiento terapéutico”. Con esto no se pretende provocar la muerte: se acepta no poder impedirla. Las decisiones deben ser tomadas por el paciente, si para ello tiene competencia y capacidad o si no, por los que tienen los derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente.

Aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos a una

persona enferma no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana si la muerte no es pretendida, ni como fin, ni como medio, sino solamente prevista y tolerable como inevitable. Por eso los que se dedican a la salud pública no deben omitir nada, a fin de poner al servicio de los enfermos y moribundos toda su competencia. Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada, por esta razón deben ser alentados.

Derivado de todo lo anterior, la existencia de una legislación en este sentido y la importancia de contar con un documento en el que esté claramente expuesta la voluntad sobre los tratamientos que desearían recibir, así como sobre la que rechazarían se ha extendido en diferentes países por que responde al interés de respaldar el derecho del paciente a ejercer su autonomía, dentro del contexto de la atención médica. Supone además, sustituir el modelo de paternalismo por otro modelo basado en el consentimiento informado. De acuerdo a éste, es el paciente quien decide y comunica a los profesionales de la salud que le atienden qué quiere y qué no quiere que le hagan. Esto es particu-

larmente importante en situaciones en que los médicos se verían inclinados a actuar para prolongar la vida utilizando la tecnología biomédica.

Casi todos los estados de la Unión Americana han legislado acerca de los “*LIVING WILL*” o testamentos vitales, que consisten en expresar la voluntad anticipada de una persona respecto a la forma que desea ser médicamente asistido en caso de no poder hacerlo en el momento oportuno por haber devenido en incapacitada. Generalmente se trata de instrucciones acerca de suspender cualquier tratamiento diseñado para prolongarle la vida cuando el proceso de muerte es irreversible.

En México, el siete de enero de dos mil ocho se publicó en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, la cual crea un documento por el que una persona o sus familiares manifiestan su voluntad acerca de las atenciones médicas que desearía recibir o no en caso de padecer una enfermedad irreversible y encontrarse incapacitado para expresarse por sí mismo, sin olvidar que en nuestro país está penada la eutanasia y el auxilio que se preste a un suicida, por lo que entre las decisiones del enfermo o de sus tratamientos, no debe incluirse la orden o el con-

sentimiento para que sea privado de la vida, ni el médico debe tomar esas decisiones por su propia iniciativa pues incurriría en caso de privación ilegal de la vida, donde el consentimiento del interesado no lo exime del dolo.

## II. ANÁLISIS DE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL Y SU REGLAMENTO

A continuación presento un breve análisis de la “Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal” y su reglamento, así como de las disposiciones conexas vigentes hasta la elaboración de este trabajo.

La “Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal” contiene cuarenta y siete artículos y está dividida en cinco capítulos:

### CAPÍTULO PRIMERO

#### *Disposiciones preliminares*

Se trata de una Ley de Orden Público e Interés social por lo que su aplicación e interpretación no queda al arbitrio de los particulares, ni cabe la renuncia a sus disposiciones so pena de nulidad. Establece de manera muy precisa que su objeto es regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona, con capaci-

dad de ejercicio, respecto a la NEGATIVA a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prologar de manera innecesaria su vida protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural, dejando muy en claro que la presente ley no permite, ni faculta bajo ninguna circunstancia la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida (eutanasia). El artículo 3° de la ley, contiene una serie de definiciones, dentro de las que se deben destacar las siguientes:

**CUIDADOS PALIATIVOS:** El cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo e incluyen el control del dolor y otros síntomas, así como la atención psicológica del paciente.

**DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA:** Consiste en el documento público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consiente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimiento médicos, que propicien la Obs- tinación Médica.

**ENFERMO EN ETAPA TERMINAL:** Es el que tiene un padecimiento mortal o que por caso fortuito o causas de fuerza mayor tiene una esperanza de vida menor a seis meses, y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural, con base en las siguientes circunstancias:

a) Presenta diagnóstico de enfermedad avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa:

b) Imposibilidad de respuesta a tratamiento específico; y/o

c) Presencia de numerosos problemas y síntomas, secundarios o subsecuente.

**MEDIDAS MÍNIMAS ORDINARIAS:** Consisten en la hidratación, higiene, oxigenación, nutrición y/o curaciones del paciente en etapa terminal según lo determine el personal de salud correspondiente;

**OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA:** Utilización innecesaria de los medios, instrumentos y métodos médicos, para mantener vivo a un enfermo en etapa terminal;

**ORTOTANASIA:** Significa muerte correcta. Distingue entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directa o indirecta, evitando la aplicación de medios, tratamien-

tos y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procurando no menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgando los cuidados paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias y Tanatológicas, y en su caso la Sedación Controlada;

**SEDACIÓN CONTROLADA:** Es la administración de fármacos por parte del personal de salud correspondiente, para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o Psicológico, en un paciente en etapa terminal, con su consentimiento explícito, implícito o delegado, sin provocar con ello la muerte de manera intencional de éste.

Considero que en estos siete conceptos, se contiene el espíritu de la ley y la intención del legislador, acorde con lo expuesto al principio de este trabajo.

Finalmente se prevé la aplicación supletoria del Código Civil para el Distrito Federal y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en lo no previsto por esta Ley, y la aplicación de la misma exclusivamente en el territorio del Distrito Federal.

## CAPÍTULO SEGUNDO

### *De los requisitos del documento de voluntad anticipada*

Partiendo de la definición que la propia Ley hace del Documento de Voluntad Anticipada, considerándolo el instrumento legal por el que una persona manifiesta libre y conscientemente su voluntad de no someterse a medios o tratamientos médicos que propicien la obstinación médica; en este capítulo se establecen los requisitos formales del mismo y nos ofrece dos posibilidades:

#### a) OTROGAMIENTO ANTE NOTARIO:

Cualquier persona con capacidad de ejercicio o enfermo terminal que pueda concurrir ante notario público manifestará de manera personal, libre e inequívoca su voluntad de no someterse a tratamientos, medios o procedimientos extraordinarios que propicien la obstinación médica, al notario, quien redactará por escrito el instrumento que contendrá la voluntad anticipada, así como el nombramiento de un Representante encargado de corroborar la realización del Documento de Voluntad anticipada, quien preferentemente deberá asistir al otorgamiento del instrumento a fin de aceptar su nombramiento, y en su caso, también contendrá, la

manifestación respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados.

El notario una vez que se haya cerciorado de la identidad del otorgante y de que se encuentra en su cabal juicio y libre de coacción dará lectura en voz alta al documento, a fin de que el solicitante estampe su nombre y su firma. Las formalidades previstas por la ley se practicarán en un solo acto, y el notario dará fe de haberse cumplido aquellas. Se prohíbe a los notarios, en el otorgamiento de este instrumento, dejar hojas en blanco y servirse de abreviaturas o cifras, bajo pena de multa (cabe advertir que dichas prohibiciones ya se encuentran previstas en la Ley del Notariado del Distrito Federal).

Finalmente, el notario deberá dar aviso a la Coordinación Especializada para los efectos a que haya lugar.

#### **b) OTORGAMIENTO ANTE PERSONAL DE SALUD CORRESPONDIENTE:**

En caso de que el enfermo en etapa terminal se encuentre imposibilitado para acudir ante el notario, podrá personalmente o por conducto de sus familiares, cuando además se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar su voluntad, suscribir el documento de voluntad anticipada ante el personal de salud correspondiente y

dos testigos en términos del formato emitido por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mismo que deberá ser notificado a la Coordinación Especializada. Igualmente podrán otorgarlo los padres o tutores del enfermo terminal menor de edad o incapaz legalmente declarado.

En cuanto a los “FAMILIARES” la ley establece el siguiente orden subsecuente:

1. Cónyuges.
2. Concubinos o convivientes.
3. Hijos mayores de edad consanguíneos o adoptados.
4. Padres o adoptantes,
5. Nietos mayores de edad.
6. Hermanos mayores de edad o emancipados.

Y respecto a los menores de edad o incapaces legalmente declarados podrán suscribir el documento:

1. Padres o adoptantes.
2. Familiares o personas que ejerzan la patria potestad del menor
3. Los hermanos mayores de edad o emancipados.

El familiar signatario en ambos casos, fungirá a su vez como representante del mis-

mo para los efectos de cumplimiento a que haya lugar.

El cargo de representante es voluntario y gratuito y tiene obligación de desempeñarlo, pero no podrán ser representantes: Los menores de dieciséis años, los que no disfruten de cabal juicio, los que no entienden el idioma o los condenados por delito de falsedad. Así mismo podrán excusarse de ser representantes, los empleados y funcionarios públicos, los militares en servicio activo, los que por su mal estado habitual de salud o por no saber leer o escribir, por caso fortuito o fuerza mayor no puedan realizar el encargo o los que tengan a su cargo otra representación.

Por último, el cargo de representante concluye de manera natural, por muerte, incapacidad legal declarada, excusas o revocación o remoción.

Respecto a los testigos, se prohíbe que lo sean los menores de dieciséis años, los que no disfruten de su cabal juicio, los familiares del enfermo terminal hasta el cuarto grado, los que no entiendan el idioma o los que hayan sido condenados por delito de falsedad.

Finalmente, y una vez que el documento de voluntad anticipada haya sido suscrito

ante notario o personal de salud correspondiente, y haya sido notificado a la Coordinación Especializada, ésta deberá hacerlo del conocimiento del Ministerio Público para los efectos a que haya lugar y del personal de salud correspondiente para integrarlo al expediente clínico del enfermo en etapa terminal.

### CAPÍTULO TERCERO

#### *De la nulidad y revocación de la voluntad anticipada*

En este capítulo, se prevén diversos supuestos de nulidad que en el fondo, no son distintos a los de cualquier acto jurídico, pues será nulo el documento de voluntad anticipada por falta de forma, influencia de amenazas contra el signatario, sus bienes o contra su cónyuge, parientes o concubinario (no especifica hasta qué grado el parentesco), captado por dolo o fraude, vicios del consentimiento o cuando no expresa clara e inequívocamente su voluntad, sino por señales o monosílabos.

El documento de voluntad anticipada podrá ser revocado por el signatario del mismo en cualquier momento y será válido el último documento de voluntad anticipada firmado por el signatario.

## CAPÍTULO CUARTO

### *Del cumplimiento de la voluntad anticipada*

En este capítulo se establece la obligación de la Secretaría de Salud de garantizar y vigilar en las instituciones de salud, la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal de salud, a fin de verificar el cumplimiento de la voluntad anticipada del enfermo en etapa terminal. Es de hacer notar, que la ley expresamente prohíbe al personal de salud, el suministro de medicamentos o tratamientos médicos que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo terminal, es decir LA EUTANASIA; igualmente prohíbe la realización de las disposiciones contenidas en el Documento de voluntad anticipada a enfermos que no se encuentren en etapa terminal.

Por otro lado obliga al personal de salud correspondiente al cumplimiento de las disposiciones contenidas en el documento de voluntad anticipada incluyendo los cuidados paliativos, medidas mínimas ordinarias, sedación controlada y el tratamiento tanatológico determinado.

Por último faculta al personal de salud, cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a las disposicio-

nes contenidas en el documento de voluntad anticipada, a ser objetores de conciencia y por tal razón excusarse de intervenir en su realización.

## CAPÍTULO QUINTO

### *De la coordinación especializada en materia de voluntad anticipada*

Se crea la Coordinación Especializada, como unidad administrativa adscrita a la Secretaría de Salud del Distrito Federal y se le otorgan atribuciones encaminadas a velar por el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley y en los documentos y formatos de voluntad anticipada y así mismo se prevee que las disposiciones en materia de trasplantes y donaciones de órganos se registrarán por la Ley de Salud para el Distrito Federal y la Ley General de Salud, ya que esto último es competencia Federal.

El cuatro de abril de dos mil ocho, se publicó en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, el decreto por el que se expide el Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, el cual se encuentra dividido en cinco capítulos y contiene cuarenta artículos. En resumen este reglamento contiene disposiciones cuyo objeto es regular la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada para

el Distrito Federal en instituciones públicas y privadas de salud, así como los requisitos y procedimientos a que deberán someterse los suscriptores de documentos de voluntad anticipada para su cumplimiento.

Es de resaltar el artículo séptimo que establece que se tendrá por cumplida la obligación del notario de dar aviso a la Coordinación Especializada, mediante la presentación del aviso electrónico que contenga nombre, fecha de nacimiento y nombre de los padres del suscriptor, dentro de los tres días hábiles siguientes del otorgamiento y el artículo octavo, que establece para el personal de salud de la unidad médica hospitalaria de la Secretaría de Salud y de instituciones privadas de salud, la obligación de entregar el formato de voluntad anticipada a la Coordinación Especializada en un plazo no mayor a cuarenta y ocho horas; así mismo el artículo noveno dispone que cuando el enfermo en etapa terminal manifieste que existe la voluntad de donar sus órganos y tejidos, se suscribirá el formato emitido por el centro Nacional o Local de Transplantes.

Por último, junto con el reglamento se publicaron dos formatos a saber:

a) Formato de voluntad anticipada del enfermo en etapa terminal; y

b) Formato de voluntad anticipada para el suscriptor y representante del enfermo en etapa terminal; a fin de ser utilizados en las instituciones de salud pública y privadas del Distrito Federal.

Con la entrada en vigor, tanto de la Ley de Voluntad Anticipada, como de su reglamento, se planteó la problemática de determinar a qué instituciones de salud le son aplicables, ¿a quiénes obliga? No hay duda de que la nueva legislación le es aplicable a las instituciones privadas de salud en el Distrito Federal y a las instituciones públicas pertenecientes a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en términos de la propia Ley de Salud para el Distrito Federal y el Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud Pública para el Distrito Federal.

Esta normatividad, no es aplicable a los servicios públicos de Salud Federales ya que el personal que labora en esta clase de instituciones se rige por la legislación federal en materia de Responsabilidades de los Servidores Públicos y de Trabajadores al Servicio del Estado, además de aplicarse en tales casos las leyes federales en materia de salud.

Con fecha treinta de junio de dos mil ocho, se publicó en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el Convenio de Colaboración en mate-

ria de prestación de Servicios Notariales celebrado por el Distrito Federal representado por el Jefe de Gobierno y el Colegio de Notarios del Distrito Federal, por virtud del cual, el Colegio se obligó a dar la asesoría y atención preferente, para la tramitación y otorgamiento de los Documentos de Voluntad Anticipada de cualquier ciudadano del Distrito Federal, por conducto de sus miembros, es decir los notarios públicos de la entidad.

El cuatro de julio de dos mil ocho se publicó en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, los “LINEAMIENTOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA EN LAS INSTITUCIONES PRIVADAS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL” cuyo objeto es establecer el conjunto de principios que regirán las actividades de las instituciones privadas de salud en el Distrito Federal para el cumplimiento de la Ley de Voluntad Anticipada, resaltando la obligación de proporcionar una atención médica de calidad científica y humana, en la que se empleen los recursos de la ciencia médica y la tecnología en cuidados paliativos.

Finalmente, el diez de julio de dos mil ocho, la Coordinadora Especializada en materia de Voluntad Anticipada de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, envió al colegio de notarios del Distrito Federal el formato del “Aviso de suscripción del Documento de Vo-

luntad Anticipada” con el que los notarios públicos darán cumplimiento a lo establecido en el artículo nueve de ley y séptimo del reglamento.

Con lo anterior he querido presentar un esquema de la normatividad vigente en el Distrito Federal en materia de Voluntad Anticipada, la cual si bien adolece de algunos defectos e imprecisiones, no debemos desconocer que tiene innumerables aciertos, será la práctica la que nos lleve a su perfeccionamiento, será responsabilidad de todos, médicos, abogados, notarios y autoridades vigilar la correcta aplicación de la ley a fin de evitar el enmascarado manejo de la misma con objeto de cobrar jugosas herencias, traficar con órganos o disminuir los recursos destinados a la cura de una enfermedad; no debemos olvidar que “mientras hay vida, hay esperanza” y ¿qué tal si al día siguiente se encuentre la cura contra esa enfermedad?

### III. BIBLIOGRAFÍA

GARCÍA VILLEGAS, Eduardo, *La Ley de Voluntad Anticipada*.

*Revista Mexicana de Derecho*, No. 12, Porrúa y Colegio de Notarios del Distrito Federal, México, 2008.

HURTADO OLIVER, Xavier, *El derecho a la vida ¿y a la muerte?*, Porrúa, México, 2000.

*Documentos de la Iglesia. Declaración sobre la Eutanasia*, Roma, 5 mayo, 1980.