



**ISEA**  
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO  
DE AGUASCALIENTES

HOSPITAL GENERAL  
TERCER MILENIO



UNIVERSIDAD AUTONOMA  
DE AGUASCALIENTES

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES  
CENTRO DE CIENCIAS BIOMEDICAS

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES  
HOSPITAL GENERAL TERCER MILENIO

---

***Conocimiento y actitudes ante la distanasia y ley de  
voluntad anticipada del personal de salud y usuarios  
de los servicios de urgencias adultos y medicina  
interna del Hospital General Tercer Milenio.***

---

Trabajo de Investigación para obtener el Título de Especialista en Medicina  
Integrada

Presenta

**Dra. María del Rocío Josefina Ortiz Arredondo**

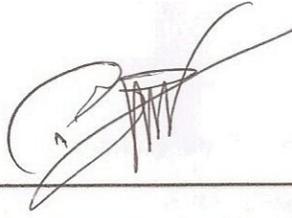
ASESORES:

Dr. Roberto Alejandro Castillo González

Dr. Francisco Javier Serna Vela

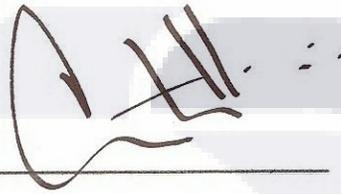
Aguascalientes, Ags. Enero de 2010

ASESORES:



**DRA. CONCEPCION GONZALEZ CRUZ**

**PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTEGRADA**



**DR. ROBERTO ALEJANDRO CASTILLO GONZÁLEZ**

**JEFE DE UTI DEL HGTM**

**TUTOR DE TESIS**



**DR. FRANCISCO JAVIER SERNA VELA**

**ASESOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**DRA. BLANCA DE LA ROSA HERNANDEZ**

**COORDINADORA DE ENSEÑANZA HGTM**

---

## *AGRADECIMIENTOS*

*A Dios por permitir que me diera cuenta de su presencia en esta etapa de mi vida y dejarme ver que siempre está conmigo... No hay imposibles.*

*A mis Padres infinitas gracias por habérmelo dado todo y siempre estar a mi lado, donde quiera que estén los llevo inmersos en mi ser.*

*A Matías por su amor, paciencia y por ser mi compañero en este viaje de la vida... Mi cómplice, el socio de mis sueños...*

*A mi hijo Juan Pablo por ser mi mayor motivación y por dar luz y alegría a mi vida... Te amo mi niño... A ti te debo lo que soy.*

*A mis hermanos Pera, Guille, Javier y Felipe por su fortaleza y unidad, recuerden que ellos viven en nosotros y nunca nos dejarán solos...*

*A mi compadre Nacho por todo el apoyo brindado... Gracias mil.*

*A mis sobrinos Sandra, Andrea, Mimi, José, Chetis, Eunice, Karla, Erandi, Luis Javier y Laura por sus ocurrencias y por darme la confianza de ser parte de su vida... Los quiero mucho changos...*

*A la Dra. Concepción González, Dr. Juan Antonio Vidales, Dr. Felipe Flores Parkman por ser luz en la oscuridad.*

*A Laura y Lorena de inhaloterapia por sus atenciones.*

*A Zaira, Bere, Doña Silvia y Doña Chayo por cuidar tan bien de mi papá y por su compañía.*

*Al Dr. Eduardo Tapia... Usted Sabe por qué... Gracias!*

*A la Dra. Martha Breton, Dr. Eduardo Velasco, Dr. José Luis A. Jiménez y Pérez, Dra. Guadalupe Orona, Dra. Nadia Huitrón, Dr. David Arroyo, Dr. J. Refugio Reyes, Dr. Fernando Castorena, Dr. Mario Alvizo, Dr. Enrique Ávalos, Dra. Gabriela Gaona, Dr. Jorge Fernando Topete por su apoyo y enseñanza.*

---

*Al Dr. Francisco Serna y Dr. Alejandro Castillo por su paciencia y asesoría.... Gracias totales!*

*Al Dr. Oscar Ortiz Landaverde y Dr. Lucio Torales por su gran contribución.*

*A Dra. Mary Ventura por sus grandiosos "tips", consejería y confianza.*

*Al Dr. Jorge Robles por su disponibilidad y calidad humana.*

*A mis compañeros y amigos de residencia Jorge, Marisol, Galileo por su apoyo en los momentos más difíciles y por aguantarnos mutuamente... Los quiero.*

*A Vane, Jorge "el chico", Zuriel y Luis Manuel... Querer es poder... Gracias por todo...*

*A Raquel, Ana e Hilda por su invaluable amistad y por estar conmigo en las buenas y sobre todo en las malas.*

*Al Dr. Juan Manuel Domínguez por su apoyo y amistad... Con admiración y respeto... por ser mi amigo y compartir nuestros ideales...*

*A Yadira y Claudia por su compañía en aquellos años de sierra... Ya vendrá la nuestra.*

*A mi amiga Pilar... Sabes que siempre lo serás...*

*Para tí... Por estar allí...*

*A Armando... Por derecho de antigüedad.*

---

*DEDICATORIA*

*A mis padres...*

*A los que esperan una muerte digna...*



*“Cuanto más confía el alma, tanto más alcanza”*

---

**RESUMEN**

**TITULO**

Conocimiento y actitudes ante la distanasia y ley de voluntad anticipada del personal de salud y usuarios de los servicios de urgencias adultos y medicina interna del Hospital General Tercer Milenio.

**OBJETIVO GENERAL**

Determinar el nivel de conocimiento y actitudes ante la distanasia y ley de voluntad anticipada en personal médico, de enfermería y usuarios de los servicios de urgencias adultos y medicina interna dentro del HGTM.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal, comparativo.

La muestra se determinó aplicando un muestreo no probabilístico, donde en forma sistemática considerando que cada 5 usuarios que ingresaran al hospital se seleccionara e invitara a participar en el estudio en diferentes horarios, diferentes días, tratando de que la muestra sea homogénea y considerando como total el mismo numero de médicos y enfermeras que se fueran a encuestar, dando un total de 42 usuarios.

Para médicos y enfermeras, no se realizó muestreo por considerarlo factible el evaluar al 100% de la muestra. Se aplicaron un total de 95 encuestas, de las cuales 53 correspondieron a personal de salud (médicos, personal de enfermería) y 42 a usuarios de los servicios de urgencias y medicina interna del HGTM.

**RESULTADOS**

Se entrevistó a 30 médicos y 23 enfermeras, así como 42 usuarios de los servicios de urgencias y medicina interna del HGTM. El rango de edad fue de 18 a 64 años. Se obtuvieron las siguientes respuestas que se expresan en porcentajes como sigue:

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

---

En cuanto a la encuesta que valora el grado de conocimiento sobre distanasia y voluntad anticipada, se observó que hubo predominio del sexo masculino (54.7%) sobre el femenino (45.3%), religión católica (86.8%), estado civil casados (52.8%), el nivel licenciatura (45.3%), así mismo, el 58% de los encuestados conocen que se ha aprobado una ley de voluntad anticipada, el 94.3% cree que todos los pacientes deberían ser informados sobre dicho documento, 79% cree que la voluntad anticipada resalta la autonomía del paciente, 52.8% no considera la distanasia como equivalente del encarnizamiento terapéutico, 39.6% reconoce un enfermo terminal y su pronóstico de vida inferior a los 6 meses, 94.3% están de acuerdo en informar de su estado terminal a un paciente mientras esté conciente, 66.0% suspenderían los procedimientos que consideren necesarios en un paciente terminal, 71.7% ordenaría no reanimación, el 96.2% no considera la muerte como un fracaso profesional; el sentimiento que predomina al morir un paciente es el de impotencia en un 41.5% y el 100% desea que su voluntad fuera respetada en caso de padecer una enfermedad terminal. El 75.5% sabe cual es el concepto de muerte digna, 81.1% conoce que son los cuidados paliativos, 60.4% desconoce la existencia de un código de bioética dentro del hospital.

La encuesta que valora los principios bioéticos mostró que 54.7% del personal ha recibido cursos de bioética, y la mayoría del personal reconoce los 3 de los 4 principios con excepción de la beneficencia que sólo obtuvo un 18.9%.

En los usuarios se valoró su opinión sobre la distanasia y su conocimiento sobre la ley de voluntad anticipada, en esta ocasión hubo mayor predominio del sexo femenino con un 73.8%, la religión católica y el estado civil de casado también tuvo un alto porcentaje dentro de los usuarios, el nivel académico estuvo dentro de la educación básica (31% con primaria), en este caso al responder a que si desearían que se aplicaran todos los medios para mantenerlo con vida al tener una enfermedad incurable, el 42.9% contestó afirmativamente, sin embargo la mayoría expresó su deseo de que su voluntad fuera respetada al rechazar algún procedimiento invasivo y de estar en esta situación no querrían que nadie más decidiera por

ellos mismos. Más de la mitad (52.4%) no sabía de la aprobación de la ley de voluntad anticipada, sin embargo, al explicarles en que consistía el 76.2%, consideró que dicha ley debería darse a conocer a la población o por lo menos tener más difusión.

## **DISCUSIÓN**

En la práctica, el médico es llevado a decidir aisladamente y unilateralmente, no compartiendo opiniones debido a la falta de comunicación entre los profesionales. También es percibido que la decisión de interrumpir determinado tratamiento, como innecesario, no siempre es unánime entre los profesionales y apoyada por los diferentes médicos de la misma institución. Es común que, en turnos diferentes, otro médico retome el tratamiento anterior, motivado por sus convicciones, creando un círculo vicioso de difícil solución y que refleja la falta de diálogo entre el propio equipo médico.

## **CONCLUSIÓN**

La distanasia es un fenómeno que surge asociado a la emergencia y desarrollo de la biomedicina. La definición de distanasia es expresión de una lógica determinista y señala al médico como único responsable de los actos distanáxicos. Propone que pacientes bajo tal sistema, son protagonistas olvidados y objetos de exclusión y sugiere que la distanasia podría ser mejor entendida desde una perspectiva compleja y a la reflexión bioética como el método para reavivar las interacciones y reencontrar el sentido de la atención de pacientes al final de su vida. El cuidado paliativo realiza el control del dolor y trae mejoría en la calidad de vida. No pensando en curar una enfermedad o extender la vida al máximo, y si permitiendo que el paciente viva de forma tranquila y confortable el resto de sus días.

La Ley de Voluntad Anticipada, es un estatuto moderno que privilegia a la persona, recupera la función protagónica de los pacientes, protege al médico de imposiciones, sobre todo de familiares, y vincula principios fundamentales de la ética médica con algunos aspectos

legales del ejercicio de la medicina. La difusión y su aplicación sin duda nos permitirá progresar como sociedad.



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. MARCO TEÓRICO .....	8
II a. Antecedentes.....	8
II b. Factores causales.....	13
II c. Factores predisponentes.....	13
II d. Consecuencias .....	14
III.MARCO CONCEPTUAL .....	15
III a. Conceptos relacionados .....	15
IV.MARCO LEGAL O NORMATIVO .....	20
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	24
VI. OBJETIVO .....	26
VI. a Objetivos específicos .....	26
VII. HIPOTESIS .....	27
VIII. MATERIAL, PACIENTES Y METODOS .....	28
IX.OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	30
X. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	33
XI. CONSIDERACIONES ETICAS .....	34
XII. RECURSOS PARA EL ESTUDIO .....	34
XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	35
XIV. ANALISIS DE DATOS .....	35
XV. RESULTADOS.....	36
XVI. DISCUSION.....	58
XVII. CONCLUSION .....	60
XVIII. RECOMENDACIONES .....	61
XIX. BIBLIOGRAFIA.....	63
XX. ANEXOS.....	66
Anexo 1. Encuestas personal de salud y usuarios del HGTM .....	66
Anexo 2. Ley de Voluntad anticipada para el Estado de Aguascalientes .....	73

## I. INTRODUCCIÓN

El avance tecnológico de los medios de sostén vital artificial ha permitido superar situaciones que antes eran irreversibles en corto plazo. Dichos medios, cada vez más sofisticados y eficaces, hicieron más costosa la asistencia. La producción industrial permitió abaratar la fabricación de fármacos y aparatos de sostén vital, sin embargo, pronto se hizo evidente que el determinante del costo se relacionaba con el valor del trabajo humano asistencial, no sustituido por los medios tecnológicos. En los cuidados paliativos, la dedicación de enfermería y fisioterapia, era casi de tiempo completo.

El encarnizamiento terapéutico también tiene una motivación económica, pero es diferente a la que lleva al abandono de los cuidados paliativos, que en ocasiones llegan a ser muy costosos por la demanda de los cuidados de enfermería y de fisioterapia.

Podría suponerse que el empeñamiento para realizar un tratamiento, a sabiendas que resultará inútil, es una acción propia de un loco. Sin embargo, es una situación lamentablemente real, realizada con diversos motivos, que la hace tan agravante como la eutanasia.

Equivocadamente se invocaron motivos filosóficos o religiosos que confunden e ignoran el verdadero fin de este atentado. Resultaría obvio preguntarse: ¿qué religión, o qué filosofía, puede promover semejante práctica absurda e inhumana? <sup>(1,2)</sup>

---

## II. MARCO TEÓRICO

---

### II A. ANTECEDENTES

---

Algunos términos que se emplean como sinónimos de distanasia son encarnizamiento terapéutico, ensañamiento terapéutico u obstinación terapéutica, usados principalmente en países europeos. Y futilidad, futilidad médica, tratamiento fútil o futilidad diagnóstica utilizados principalmente en Norteamérica.

Las múltiples denominaciones pueden indicar la naturaleza borrosa del fenómeno o un enfoque limitado del mismo. Se han hecho algunas consideraciones al uso de estas expresiones.

La primera es que estos términos califican la acción terapéutica e implican una valoración moral injusta. Encarnizamiento terapéutico es una expresión desafortunada que implica una intencionalidad maliciosa de provocar daño que no corresponde a la realidad y que no hace justicia al actuar médico <sup>(4)</sup>. Por otra parte, la palabra ensañamiento alude al deleite en causar el mayor daño y dolor posibles a quien ya no está en condiciones de defenderse. De igual manera, obstinación terapéutica refleja un aspecto conductual del médico que supone una falta de claridad en los objetivos terapéuticos y también una actitud no bien ponderada de su trabajo.

Según M. Kottow, estos términos son abusos lingüísticos que no deben ser ignorados porque “confieren una prestancia moral indebida a quien los usa y le permite cometer, con impunidad, el error lógico de confundir lo que es con lo que debe, o no, ser” y además “permiten sentar un límite arbitrario entre lo permisivo y lo proscrito”.<sup>(5)</sup>

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

---

Segunda, el concepto de futilidad se asocia con el logro de objetivos, un acto es fútil si los objetivos no son alcanzables o el grado de éxito es improbable, lo cual se inscribe dentro de una orientación utilitarista. Una definición cuantitativa, por ejemplo, establece que una intervención es fútil si es efectiva en menos de uno de cada cien casos <sup>(6)</sup>. Sin embargo, este enfoque estadístico no corrobora la utilidad de los otros 99 casos en la práctica. Algunas veces este concepto se ha utilizado como estrategia para reducir costos. Por otra parte, la futilidad es solo uno de los componentes de la distanasia, y puede ser aplicado en escenarios clínicos diferentes a aquellos del final de la vida.

Tercera, en general estas denominaciones expresan visiones parciales del problema. Unas se refieren a métodos diagnósticos y otras a acciones terapéuticas, unas tienen un enfoque estadístico, mientras otras se centran en costos o son valorativas, además su uso es circunscrito a áreas geográficas.

Aunque estos términos pudieran eventualmente acercarse a describir un aspecto del problema de la distanasia, no es apropiado su uso por tres razones: la visión restringida o parcial que ofrecen impide ver el fenómeno de una manera más abierta. Segunda, la valoración o calificación genera el efecto de una discusión cerrada, lo cual dificulta buscar perspectivas más integrales. Finalmente, estas denominaciones tienen en común que eluden el eje en torno al cual gira el problema que es la persona en proceso de muerte y sus circunstancias.

Por estas razones, y aún cuando también pueda ser discutible, es preferible el término distanasia. Palabra de origen griego cuya etimología es dis y thánatos: mal y muerte. El propósito aquí se reduce a destacar algunas implicaciones de la terminología utilizada, ya que

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

---

el fenómeno tiene una configuración que supera cualquier denominación que se le pueda asignar.

Las ideas que elaboran las sociedades en torno a la muerte son muy variadas y responden por sus actitudes en torno a ella. El temor a la muerte que caracteriza a algunas comunidades la convierte en un tema prohibido, con ello aunque se protege a los individuos de exponerse a sus discusiones y vivencias; los hace inhábiles para afrontarla.

La sociedad occidental, con el paso del tiempo, ha asumido la muerte de diferentes maneras. P. Aries ha estudiado el tema extensamente y ha caracterizado varios períodos. Durante la edad media, la muerte era un acontecimiento público, era reconocida, anunciada y aceptada resignadamente por la persona, constituye lo que él denominó el período de la muerte domada. En la modernidad, la persona moribunda y sus allegados evitan reconocer la muerte, la retocan y procuran pasarla por alto, en esa época la persona muere ignorando la muerte, es la llamada muerte excluida.<sup>(8)</sup>

Otro período es el de la muerte invertida, durante el cual la muerte es medicalizada. Se permite que el proceso de morir sea administrado por las instituciones médicas. Sin embargo, esa delegación en las instituciones favorece una frágil apropiación de la experiencia de la muerte.

Durante este último período adquieren importancia los debates sobre la distanasia, lo cual coincide con la consolidación de la idea de la muerte como un enemigo que debe ser combatido, estimulada por los adelantos de la medicina. Sin embargo, en muchos casos, los manejos determinados por esos avances se hacen crónicos y los esfuerzos inútiles. Hacia las décadas de los 70s y 80s del siglo pasado, los pacientes empiezan a solicitar ante los

tribunales el derecho a no ser sujetos a manejos de soporte vital, o a no ser reanimados. Entonces entra en escena el estamento jurídico para proteger el derecho de los pacientes a la autonomía, para limitar el uso de tecnología moderna en caso de enfermedades terminales y garantizar, paradójicamente, el derecho a morir. Esto constituye un signo incipiente de desacoplamiento entre lo que la medicina ofrece y aquello a lo que la sociedad aspira. Posteriormente, hacia 1990, en respuesta a la eficiente aplicación de políticas de no reanimación, de contención de costos y delimitación del esfuerzo terapéutico, se genera un movimiento en sentido contrario, en el que familiares y pacientes solicitan tratamientos aún cuando pudieran resultar inútiles <sup>(9)</sup>.

Sin embargo, el contexto para la aparición de la distanasia se fue configurando durante los dos siglos anteriores. La medicina, la cultura y la religión antes de los siglos XVI y XVII se acercaban a la muerte para buscarle significado, darle valor dentro de la experiencia humana y procurar hacer serena su llegada. La idea de tratar a la muerte como un enemigo empieza a aflorar después de esa época, posterior a los escritos de Francis Bacon y René Descartes <sup>(10)</sup>. Ellos desarrollaron la idea que la experiencia es la base de todo conocimiento y sentaron las bases del método científico, inspirados en la idea de aspirar al poder sobre la naturaleza y trascender por este mecanismo el estado material del ser humano <sup>(11)</sup>. Posteriormente, Claude Bernard, a finales del siglo XIX, advierte la necesidad de introducir el método científico en la enseñanza y práctica de la medicina, de impulsar la medicina experimental como reacción a la llamada medicina empírica que se basaba en la observación no sistemática <sup>(12)</sup>. Esto llevaba consigo el cambio de una actitud contemplativa por una actitud más intervencionista en el proceder médico. No es suficiente con contemplar la realidad, ni aún con entenderla, se hace necesario intervenirla, manejarla y controlarla. La tecnología ofrece las herramientas que garantizan esa nueva actitud.

---

La tecnología constituye el contexto cada vez más imperioso en el que se configura la vida humana. Se ha llegado a pensar que si alguien respeta el valor de la vida y la tecnología tiene el poder de extenderla, entonces una omisión en utilizar la tecnología, constituye una falta de respeto por la vida <sup>(14)</sup>.

Actualmente, la tecnología deja de ser un recurso al cual se acude ocasionalmente, para convertirse en pilar estructural de la actividad médica. Pero la tecnología médica es una espada de dos filos: beneficia y daña. De los beneficios se tiene una noción clara, los daños que produce son menos reconocidos. No es aplicable la lógica lineal que supone que el beneficio que ofrece la tecnología se incrementa proporcionalmente al aumentar su uso.

Todo avance tiene un costo inherente, y su utilización es óptima dentro de un rango, por fuera del cual los beneficios se hacen menores o se generan riesgos inaceptables.

Esto es aplicable a los desarrollos tecnológicos que se usan en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), que evitan la muerte pero también prolongan la agonía.

---

## II B. FACTORES CAUSALES

---

Básicamente, los factores causales de la conducta distanásica u obstinación terapéutica son:

1. Convencimiento acrítico de algunos médicos de que la vida biológica es un bien por el que se debe luchar, al margen de consideraciones sobre la calidad de esa vida y que, a tal fin, deben utilizarse todas las posibilidades que la tecnología ofrece.
2. Adopción de medidas terapéuticas que contemplan más los aspectos científicos de la enfermedad que al enfermo, afectado de un proceso irreversible.
3. Ignorancia o desprecio del derecho del paciente -o de sus representantes legales o familiares en su nombre- a rechazar el inicio o continuación de tratamientos médicos que prolonguen el sufrimiento del enfermo crítico o la agonía del paciente terminal.
4. Angustia del médico ante el fracaso terapéutico y resistencia a aceptar la muerte del paciente. La dificultad del pronóstico, la experiencia del médico, las circunstancias del paciente (edad, prestigio, responsabilidad familiar, social o política, etc.), pueden alimentar por tiempo excesivo la ilusión de que la evolución del proceso que lleva a la muerte se detendrá o cambiará de sentido, mejorando el pronóstico.

---

## II C. FACTORES PREDISPONENTES

---

Son factores predisponentes de actitudes y conductas distanásicas, la exigencia de los familiares de que se haga todo lo humanamente posible, o incluso imposible, para salvar la vida del paciente; la falta de comunicación entre el equipo asistencial y la familia, en relación con los deseos del paciente, expresados antes de encontrarse en estado inconciente;

la juventud del paciente y circunstancias que hacen particularmente difícil el pronóstico respecto a las posibilidades de supervivencia y calidad de vida.

La práctica muy extendida, e incluso en algunos casos beneficiosa sin duda, de aplicar protocolos terapéuticos, introducidos con el consenso de grupos plurihospitalarios, y que contemplan tratamientos para personas con segundas y terceras recidivas de enfermedades neoplásicas irreversibles, comportan un grado de toxicidad nada despreciable y la necesidad de múltiples controles, sometiendo a menudo a los pacientes a sufrimientos incluso equiparables a los de la propia enfermedad. En casos extremos, podemos hablar de auténtica “medicalización del proceso de morir”. La presión que se efectúa para la introducción de nuevos fármacos, de eficacia altamente discutible como prioridad, contribuye en gran medida a facilitar que se produzcan estas situaciones.

## II D. CONSECUENCIAS

---

Las consecuencias de las conductas distanásicas son: 1) Causar dolor y sufrimiento innecesario a pacientes y familiares; 2) Reflexión de los ciudadanos y pacientes sobre la necesidad de contar con apoyo legal para protegerse de lo que se considera un poder incontrolado de los médicos en el tratamiento de los enfermos; 3) Creación de un clima favorable a la despenalización de la eutanasia activa al valorar que es mejor la muerte que el sufrimiento inútil; 4) Disminución de la confianza en los médicos y en la asistencia hospitalaria. <sup>(3)</sup>

Muchas personas identifican erróneamente el rechazo al ensañamiento terapéutico con la eutanasia y el rechazo a la eutanasia con la justificación del ensañamiento terapéutico o la

insensibilidad hacia el sufrimiento del paciente. De este modo llegan a la desviada conclusión de estar a favor de la eutanasia. La eutanasia etimológicamente es antónimo de distanasia. En la práctica son conceptos contrarios en cuanto que la distanasia vulnera la dignidad, mientras la eutanasia se solicita argumentando la defensa de la dignidad.

Para aclarar estas confusiones hay que ver qué opciones existen a la hora de atender (o desatender) un enfermo terminal y qué valoración ética merece cada una de ellas. <sup>(3,4)</sup>

---

### III.MARCO CONCEPTUAL

---

#### III A. CONCEPTOS RELACIONADOS

---

**EUTANASIA** (o eutanasia occisiva): acción (eutanasia activa) u omisión (eutanasia pasiva) encaminada a dar la muerte de una manera indolora a los enfermos incurables con la intención de poner fin a su sufrimiento.

La eutanasia es inaceptable desde todos los puntos de vista (ya que vulnera el imperativo universal de "no matar") pero es especialmente perverso que se pretenda encargar su práctica a los médicos, ya que el principio fundamental de su código deontológico es no dañar (y, por supuesto, no matar) a los pacientes.

**DISTANASIA** ("ensañamiento terapéutico" u "obstinación terapéutica"): adopción de medidas desproporcionadas para mantener las funciones vitales de un paciente moribundo.

Esta actitud terca y visceral es rechazada por el sentido común y también por el código deontológico médico: se considera una mala praxis (ya que alarga la agonía del paciente pero no permite ni salvarle la vida ni mitigar su sufrimiento). La alternativa a la distanasia no es la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

---

eutanasia sino, sencillamente, la no adopción de estas medidas extraordinarias y fútiles.

**ADISTANASIA:** omisión o retirada de medios extraordinarios o desproporcionados para prolongar artificialmente la vida a un enfermo terminal. Consiste en dejar morir en paz (y como consecuencia de su enfermedad) al paciente que no tiene esperanzas de sobrevivir de un modo natural. Se contrapone a la distanasia (es decir: es el no tomar esas medidas desproporcionadas que alargan sin sentido la vida del moribundo).

**EUTANASIA LENITIVA:** es la situación en que la muerte del paciente sobreviene o se adelanta como consecuencia de las medidas adoptadas para mitigar sus sufrimientos y dolores.

**ORTOTANASIA:** es la muerte a su tiempo (sin acortar la vida ni alargarla artificialmente mediante medios extraordinarios o desproporcionados).

De estas cinco opciones, las dos primeras resultan inaceptables. La actitud médica debe tender a la ortotanasia y proporcionar en todo momento los cuidados paliativos pertinentes (muy especialmente el tratamiento del dolor) aunque éstos últimos puedan comprometer razonablemente la vida y la conciencia del enfermo terminal (eutanasia lenitiva).

Hoy por hoy, es posible (y obligado) tratar el dolor y evitar el ensañamiento terapéutico sin recurrir a la eutanasia, de modo que, la alternativa a la distanasia sea la adistanasia (pero NO la eutanasia); y la alternativa a no tratar adecuadamente el sufrimiento del enfermo terminal, son los cuidados paliativos (pero NO la eutanasia). <sup>(4,5,6)</sup>.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

---

Diagnosticar un paciente como terminal constituye para el médico una gran responsabilidad profesional y ética. Por una parte, induce un cambio radical en su actitud y acciones terapéuticas, ya que el tratamiento curativo da paso al paliativo y al cuidado básico del enfermo. Por la otra, implica la obligación de quien tenga, efectivamente y en la práctica, el rol de médico tratante, de asumir en plenitud el cuidado del paciente hasta su muerte.

Todo lo anterior señala la importancia de definir, con la mayor precisión posible, lo que se entiende por enfermo terminal o condición terminal de una afección, así como describir los deberes del médico en el cuidado de estos pacientes. <sup>(7)</sup>

Enfermo terminal, es aquella persona que sufre una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a los 6 meses.

Sobre la extensión del plazo en que se produce la muerte hay diversas opiniones, desde menos de un mes, hasta seis meses. Este último es el criterio utilizado por Medicare, en los Estados Unidos de Norteamérica, por razones administrativas. Tratar de establecer un plazo exacto parece arbitrario pero, en la mayoría de los casos se trata de plazos breves (horas, días, semanas o -a lo sumo- unos pocos meses). <sup>(7,9)</sup>

El diagnóstico de estado terminal requiere ser validado por tres médicos, entre los que se encuentre preferentemente el médico familiar, que conoce desde siempre al paciente, un médico internista que integre la falla orgánica múltiple y un especialista en aquellas patologías que precipitaron el proceso de muerte. Esto permitirá disminuir el margen de error. <sup>(10)</sup>

## BIOETICA

El término “*bioética*” (del griego *bios*, vida y *ethos*, ética) es un nombre, utilizado por vez primera por el oncólogo estadounidense Van Rensselaer Potter, quien propone la siguiente definición de su neologismo: “Puede definirse como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de valores y principios morales”. <sup>(11)</sup>

Tomás Garrido, en su manual de bioética hace la siguiente definición: “Bioética es la ética de la vida humana sometida a técnicas biomédicas avanzadas, en todas sus etapas existenciales respetando su dignidad y promoviendo su calidad”. En bioética se pueden formular cuatro principios:

- Principio de no maleficencia (No hacer daño), o “*Primum non nocere*”.
- Beneficiencia (hacer para nuestros semejantes lo que haríamos para nosotros mismos).
- Autonomía (Respetar el derecho inalienable de todo ser humano para decidir por sí, para sí y sobre sí mismo),
- Justicia (todos somos iguales ante la ley asumiendo que nuestros derechos terminan donde comienzan los del semejante). <sup>(13,14)</sup>

## ETICA MEDICA

La ética médica es la rama de la ética que aborda los temas morales de la práctica médica. La ética médica está relacionada estrechamente con la bioética (ética biomédica), pero no es idéntica. Puesto que la ética médica trata fundamentalmente problemas planteados por la práctica de la medicina, la bioética es un tema muy amplio que aborda los problemas morales derivados de los avances en las ciencias biológicas de manera más general. <sup>(15)</sup>

La bioética también se diferencia de la ética médica en cuanto a que no necesita la aceptación de ciertos valores tradicionales que son fundamentales para la ética médica.

### **MUERTE DIGNA**

Se define como muerte digna al derecho a finalizar voluntariamente sin sufrimiento y evitando el de los demás, cuando la ciencia ya nada puede aportar. <sup>(16,17)</sup>

Procurar una buena muerte es utilizar todas las alternativas a nuestro alcance para conservar la dignidad de la persona sin excesos que produzcan daño y sin desplazar o desechar los valores del individuo, de modo que éste pueda mantenerse en el ejercicio de su voluntad y pueda, finalmente, morir tranquilo y en paz. Eso es morir dignamente. <sup>(18)</sup>

### **CUIDADOS PALIATIVOS.**

Según la OMS, cuidados paliativos se define como el cuidado activo y total de los pacientes aliviándoles el dolor y otros síntomas y dando solución a sus problemas sociales, emocionales y espirituales. <sup>(17,18)</sup>

Los cuidados paliativos reafirman la vida y consideran el proceso de morir como algo natural; no aceleran ni posponen la muerte y sí ofrecen un sistema de apoyo para que el paciente pueda vivir lo más activamente posible hasta su muerte y ayudan a la familia para que pueda aceptar la enfermedad de su ser querido y superar su duelo. <sup>(19)</sup>

---

#### IV. MARCO LEGAL O NORMATIVO

---

La atención de los pacientes en etapa terminal ha generado mucho interés en la sociedad contemporánea. En ciertos países se han establecido reglamentos y leyes que pretenden regularla, incluso en algunos, como Holanda, la práctica de la eutanasia es legal. <sup>(8)</sup>

En el plano del derecho sanitario, el anteproyecto del Reglamento General de Atención Médica de los Estados Unidos Mexicanos, se refiere al ensañamiento terapéutico.

*Artículo 26.* Para los fines de este Reglamento se entenderá por:

II. Ensañamiento terapéutico: cualquier acto u omisión que entrañe riesgo o lesiones innecesarios a un paciente, especialmente cuando no exista sustento diagnóstico, terapéutico o paliativo. Quedan incluidas en este rubro las medidas extraordinarias, especialmente las que tengan como fin prolongar artificialmente las funciones vegetativas una vez confirmada la muerte cerebral.

*Artículo 32.* El personal de salud deberá evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza cuando supongan molestias o sufrimientos innecesarios para el paciente. Respetará profundamente el derecho que tiene el paciente a una muerte digna, acorde con su condición humana.

*Artículo 33.* La decisión de poner término a la supervivencia artificial ante la muerte cerebral, únicamente deberá tomarse en función de los más rigurosos conocimientos científicos, atendiendo a las reglas establecidas en la ley.

*Artículo 36.* El personal médico encargado de la atención de un paciente con pronóstico fatal podrá, en uso de su libertad prescriptiva, determinar si en primer término es necesario informar a la familia y, en su caso, a la representación legal del paciente, a efecto de ponderar el tiempo, el modo y las circunstancias en que deba proporcionarse la noticia al paciente y si amerita apoyo emocional. En caso de menores e incapaces el facultativo en unión de la familia y, en su caso, del representante legal, podrán optar por no informar al paciente su condición. <sup>(22)</sup>

En diciembre de 2007 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó la Ley de Voluntad Anticipada, cuyo objetivo es respetar la decisión del paciente que se encuentre en etapa terminal de una enfermedad incurable, para no someterse a medios, tratamientos o procedimientos que pretendan prolongar su vida u ocasionar sufrimiento de manera innecesaria.

La Ley de Voluntad Anticipada se publicó el 7 de enero de 2008 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y el 11 de marzo del 2009 entró en vigor en el estado de Aguascalientes y refuerza uno de los principios fundamentales de la bioética: la autonomía.

La promulgación de la Ley de Voluntad Anticipada ha creado confusión entre el personal médico y la propia sociedad, por lo que se pretende informar y analizar sus alcances y limitaciones.

El Artículo 1 señala:

La presente Ley es de orden público e interés social, y tiene por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o

procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones fortuitas o de fuerza mayor sea imposible mantener su vida de manera natural. <sup>(8,9)</sup>

Junto con la promulgación de dicha Ley, fue necesario también modificar el Código Penal y la Ley General de salud, ambos para el Distrito Federal. Se adicionó un párrafo segundo y tercero al artículo 127, el artículo 143 bis y el artículo 158 bis al Código Penal para el Distrito Federal, para quedar como siguen:

Artículo 127. ...

Los supuestos previstos en el párrafo anterior no integran los elementos del cuerpo del delito de homicidio, así como tampoco las conductas realizadas por el personal de salud correspondiente, para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previsto en el párrafo primero del presente artículo, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar.

Artículo 143 Bis. En los supuestos previstos en los dos artículos anteriores no integran los elementos del cuerpo del delito de ayuda o inducción al suicidio, las conductas realizadas por el personal de salud correspondiente para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

---

Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previstos en el párrafo anterior, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar. <sup>(10)</sup>

Artículo 158 Bis.

En los supuestos previstos en el artículo 156 y primer párrafo del artículo 158, no integran los elementos del cuerpo del delito de omisión de auxilio o de cuidado, las conductas realizadas por el personal de salud para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previstos en el párrafo anterior, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar.

Al artículo 16 Bis 3 de la Ley general de salud para el Distrito Federal se adicionó la fracción III para quedar como sigue:

Artículo 16 bis:

La obligación, por parte del Gobierno del Distrito Federal, del cumplimiento de lo dispuesto en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, siempre y cuando se hayan cumplido con los requisitos establecidos en la misma. Es necesario considerar que la citada disposición legal es aplicable en el ámbito local, es decir, su ámbito de aplicación es

exclusivamente para las dependencias médicas regidas por las disposiciones en materia local emitidas para la jurisdicción del Distrito Federal.<sup>(22)</sup>

No obstante, resulta importante destacar que se ha dado un gran paso con relación a este complejo tema, toda vez que su emisión puede ser el parteaguas que regularice el ejercicio de esta práctica en el futuro.

## V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro del hospital general tercer milenio se atienden pacientes con diferentes patologías, de las cuales algunas tienen un mal pronóstico, sin embargo, a pesar de saberlo se continúan prescribiendo tratamientos agresivos e inútiles provocando con esto alargar los días de estancia intrahospitalaria y por consiguiente prolongar la agonía de los pacientes en fase Terminal.

El hospital General Tercer Milenio, es un hospital de segundo nivel de atención, en donde se ofrecen especialidades básicas: medicina interna, pediatría, cirugía general, psiquiatría y servicio de urgencias.

Cuenta con una plantilla de personal de 400 trabajadores (rama médica y a fin), 35 Paramédicos, 30 Pasantes de Enfermería, 20 Servicio Social, 25 Suplentes y 8 residentes de la especialidad de medicina integrada.

La falta de información sobre la distanasia, la arrogancia y la incomunicación entre personal de salud y familiares, así como el desinterés en conocer los derechos del paciente en fase

terminal, lleve a una mal utilización de los sistemas de salud trayendo como consecuencia principal repercusiones dentro del ámbito económico familiar, hospitalario y para el mismo paciente.

Sería conveniente apoyarse ante decisiones difíciles con diversidad de criterios pero bajo un objetivo común: el respeto a la persona y a su dignidad.

Este estudio surge con el propósito de conocer el grado de información ante la distanasia y la ley de voluntad anticipada del personal de salud y usuarios de los servicios de urgencias adultos y medicina interna y lograr la consolidación del comité de bioética en el hospital tercer milenio.

Un trabajo de Rivera hecho en el 2001 en un hospital de los Ángeles California, mostró que el 62% de los manejos que se valoraron como inútiles en la UCI fueron propiciados por familiares en contraste con el 37% atribuido a los médicos.

Las razones principales que indujeron estos manejos fueron: una esperanza no razonable de mejoría en 58% de los casos, temor a consecuencias legales en 14%, razones religiosas en 9%, culpa en 7%, inconformidad de los familiares en 7% y deseo del paciente solo en 5%<sup>39</sup>.<sup>(24)</sup>

En otro estudio referente al testamento vital realizado entre médicos de la provincia de Valladolid España, Bachiller Baeza en 2004, describe que Un 70,3% de la muestra afirma conocer el testamento vital, aunque sólo el 10,8% indica que con detalle. El 83,4% está de acuerdo en la aplicación del testamento vital, de los que el 51,9% afirma que lo aplicaría sólo si está reflejado en un documento autorizado legalmente.<sup>(25)</sup>

---

La reforma a la Ley General de Salud destaca que la suspensión voluntaria del tratamiento curativo implica cancelar todo procedimiento que pretenda prolongar la vida del enfermo y que se conoce como ensañamiento, obstinación y/o encarnizamiento terapéutico (distanasia)<sup>(26)</sup>; ahora bien: ¿Hasta cuando prolongar la vida cuando ya no hay nada que hacer?

¿Cuál es el conocimiento y actitudes ante la distanasia y ley de voluntad anticipada del personal de salud y usuarios de los servicios de urgencias adultos y medicina interna dentro del Hospital General Tercer Milenio?

## VI. OBJETIVO

---

Determinar el nivel de conocimiento y actitudes ante la distanasia y ley de voluntad anticipada en personal médico, de enfermería y usuarios de los servicios de urgencias adultos y medicina interna dentro del HGTM.

### VI. A OBJETIVOS ESPECÍFICOS

---

Identificar nivel de conocimientos del personal médico, de enfermería y usuarios de los servicios de urgencias adultos y medicina interna con relación a la muerte digna.

Identificar nivel de conocimientos del personal médico, de enfermería y usuarios de los servicios de urgencias adultos y medicina interna con relación a cuidados paliativos.

Analizar por servicio y área de trabajo, las diferencias entre el conocimiento y actitud ante la distanasia y ley de voluntad anticipada en personal médico, de enfermería y usuarios de los servicios de urgencias adultos y medicina interna dentro del HGTM.

## VII. HIPOTESIS

**VII a. Ha.** En el personal de salud y usuarios de los servicios de urgencias adultos y medicina interna del Hospital General Tercer milenio hay desconocimiento ético y legal de la distanasia y ley de voluntad anticipada.

**VII b. Ho.** En el personal de salud y usuarios de los servicios de urgencias adultos y medicina interna del Hospital General Tercer milenio no hay desconocimiento ético y legal de la distanasia y ley de voluntad anticipada.

---

## VIII. MATERIAL, PACIENTES Y METODOS

---

Tipo y diseño de estudio.

Observacional, descriptivo, transversal, comparativo.

Universo de estudio.

La población de este trabajo de investigación fueron el personal de salud y usuarios de los servicios de urgencias y medicina interna del Hospital General Tercer Milenio.

Unidad de análisis y de observación:

Médico, enfermera y usuarios de los servicios de urgencias adultos y medicina interna del hospital General Tercer Milenio.

Tipo y tamaño de la muestra:

Usuarios:

La muestra se determinó aplicando un muestreo no probabilístico, donde en forma sistemática considerando que cada 5 usuarios que ingresaran al hospital se seleccionara e invitara a participar en el estudio en diferentes horarios, diferentes días, tratando de que la muestra sea homogénea y considerando como total el mismo numero de médicos y enfermeras que se fueran a encuestar, dando un total de 42 usuarios.

Para médicos y enfermeras, no se realizó muestreo por considerarlo factible el evaluar al 100% de la muestra

CRITERIOS DE SELECCION

- **Criterios de inclusión**

Todo personal de salud (médicos, enfermeras, pasantes de enfermería, residentes)

Que laboren en el hospital

Sin discriminación de edad y sexo

Usuarios que acuden a los servicios de urgencias adultos y medicina interna

- **Criterios de exclusión**

Pediatras y resto de personal que labore en esta área

Personal del servicio de nutrición

Personal del servicio de podología

Usuarios de estos servicios

- **Criterios de eliminación**

Personal de salud y usuarios que no desean participar y que no completaran encuestas en menos del 80%.

IX. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	CATEGORÍA	DEFINICIÓN	ESCALA	ÍTEM O PREGUNTA
Edad	Cuantitativa	Discontinua	Cantidad de años, meses y días cumplidos a la fecha de aplicación del estudio	Años	Edad
Sexo	Cualitativa	Nominal	Características biológicas (anatómicas y fisiológicas) que distinguen a los seres humanos en dos grupos: femenino y masculino	Masculino Femenino	Género
Religión	Cualitativa	Nominal	Conjunto de creencias o dogmas a cerca de la divinidad	Católica Cristiana Testigos de Jehová	Religión
Escolaridad	Cuantitativa	Nominal	Tiempo durante el que una persona asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado	Escolaridad

Estado civil	Cualitativa	Nominal	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Casado Soltero Unión libre Divorciado Viudo	Estado civil
Profesión	Cualitativa	Nominal	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento, llámese sustento económico o sustento vital	Diferentes Profesiones	Profesión
ACTITUDES	Cuantitativa	Nominal	Emociones  Disposición de un ánimo que se manifiesta de algún modo	Ansiedad Culpa Impotencia Angustia Miedo Otro (s)	Sentimientos

	Cuantitativa	Nominal	Conductas	Ansiedad Culpa Impotencia Angustia Miedo Otro (s)	Reacción
CONOCIMIENTOS	Cuantitativa	Nominal	Definiciones	Enfermo Terminal Muerte digna Cuidados paliativos Distanasia	Cognitivo

---

## X. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

---

### a) Instrumentos

Encuesta de conocimiento sobre muerte digna, cuidados paliativos, enfermo terminal, distanasia y ley de voluntad anticipada, para la utilización en personal de salud y población usuaria de los servicios de urgencias adultos y medicina interna del hospital general tercer milenio. Cada encuesta consta de 2 secciones.

En la primera sección se anotan los datos generales, la segunda sección consta de 15 preguntas para personal de salud que evalúan el grado de conocimiento sobre muerte digna, cuidados paliativos, enfermo terminal, distanasia y la ley de voluntad anticipada.

En una segunda encuesta para personal de salud se evalúan los conocimientos en bioética y si han recibido o no cursos sobre el tema, ésta consta de 9 reactivos basados en los 4 principios de la bioética.

La encuesta para usuarios se integra de 9 reactivos que evalúan el conocimiento de la ley de voluntad anticipada y la opinión sobre padecer una enfermedad en fase terminal y la aceptación o rechazo a la distanasia.

### b) Logística

Aplicación de encuestas durante el mes de diciembre a personal de salud y usuarios de los servicios de urgencias adultos y medicina interna, con autorización de las autoridades correspondientes y solicitud de participación voluntaria de los encuestados.

Se aplicaron un total de 95 encuestas, de las cuales 53 correspondieron a personal de salud (médicos, personal de enfermería) y 42 a usuarios de los servicios de urgencias y medicina interna del HGTM.

c) Proceso de información

Se utilizó para captura el programa de excel office 2007, y para análisis el programa SPSS, versión 15.0 para Windows.

---

## XI. CONSIDERACIONES ETICAS

---

De acuerdo al reglamento de la ley General de salud en Materia para la investigación para la Salud, ésta es una investigación sin riesgo alguno para las personas sometidas a este estudio, ya que la información que se obtendrá de las encuestas, no atenta de ninguna manera contra la integridad física ni moral de ellas.

---

## XII. RECURSOS PARA EL ESTUDIO

---

### **Humanos**

Médico residente de medicina integrada responsable del proyecto de investigación.

### **Materiales**

Encuestas para aplicación, una computadora, una impresora, tinta para impresión, hojas blancas de papel bond tamaño carta.

### **Financieros**

Recursos propios del responsable del proyecto de investigación.

XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	AÑO 2009													10
	MES													
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E
DISEÑO DE ESTUDIO	P													
	R													
APLICACION DE ENCUESTAS	P													
	R													
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	P													
	R													
DISCUSION Y CONCLUSIONES DE RESULTADOS	P													
	R													
TERMINACION DE ESTUDIO	P													
	R													

P. PROGRAMADO R. REALIZADO

XIV. ANALISIS DE DATOS

Posterior a la captura de datos, se procedió a la evaluación de normalidad de los mismos, con la prueba de Kolmogorov Smirnov. Utilizando para la estadística descriptiva medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes para variables cualitativas.

En cuanto estadística inferencial (analítica) mediante tablas de contingencia, se procedió al análisis con chi cuadrada de Pearson.

### XV. RESULTADOS

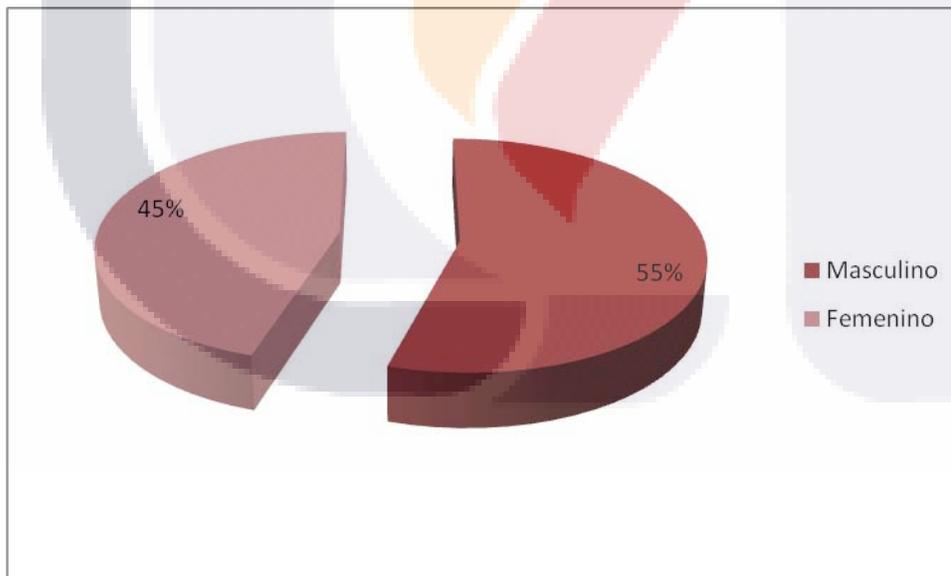
Se entrevistó a 30 médicos y 23 enfermeras, así como 42 usuarios de los servicios de urgencias y medicina interna del HGTM. El rango de edad fue de 18 a 64 años. Se obtuvieron las siguientes respuestas que se expresan en porcentajes en las siguientes tablas.

**Distanasia**

TABLA DE FRECUENCIA

**SEXO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	29	54.7	54.7	54.7
	Femenino	24	45.3	45.3	100.0
	Total	53	100.0	100.0	



En esta gráfica se observa el predominio del sexo masculino sobre el femenino con un 54.7%

**RELIGION**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Católica	46	86.8	86.8	86.8
	Cristiana	2	3.8	3.8	90.6
	Testigo de jehová	2	3.8	3.8	94.3
	Otros	2	3.8	3.8	98.1
	Ninguna	1	1.9	1.9	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

En cuanto a religión, hubo predominio de la católica correspondiéndole un 86.8%

**ESTADO CIVIL**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	23	43.4	43.4	43.4
	Casado	28	52.8	52.8	96.2
	Union libre	2	3.8	3.8	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

El estado civil de los encuestados, en donde se observa que la mayor parte la ocupaban los solteros con un 43.4%

**ESCOLARIDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Carrera técnica	16	30.2	30.2	30.2
	Licenciatura	24	45.3	45.3	75.5
	Especialidad	10	18.9	18.9	94.3
	Maestría	2	3.8	3.8	98.1
	Doctorado	1	1.9	1.9	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Dentro de la escolaridad se observa que hay un predominio a nivel licenciatura en un 45.3%

**PROFESION**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Médico	30	56.6	56.6	56.6
	Enfermera (o)	23	43.4	43.4	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

En el personal encuestado hubo mayor porcentaje (56.6%) de personal médico, sobre personal de enfermería.

**Conocimiento sobre la aprobación de la ley de voluntad anticipada**

**PREG 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	31	58.5	58.5	58.5
	No	20	37.7	37.7	96.2
	No sé	2	3.8	3.8	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

El 58.5% de los encuestados conocen que se ha aprobado una ley sobre voluntad anticipada.

**Información a los pacientes de la existencia de dicha ley**

**PREG 2**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	50	94.3	94.3	94.3
	No	3	5.7	5.7	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

El 94.3% cree que todos los pacientes deben ser informados de la existencia de dicho documento.

**La ley de voluntad anticipada resalta la autonomía del paciente**

**PREG 3**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	42	79.2	79.2	79.2
	No	6	11.3	11.3	90.6
	No sé	5	9.4	9.4	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

El 79.2% cree que la voluntad anticipada resalta la autonomía del paciente

**Conocimiento de distanacia como encarnizamiento terapéutico**

**PREG 4**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	8	15.1	15.1	15.1
	no	28	52.8	52.8	67.9
	No sé	16	30.2	30.2	98.1
	No contestó	1	1.9	1.9	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

En cuanto al conocimiento de la distanacia como equivalente a encarnizamiento terapéutico sólo el 15.1% estuvo de acuerdo.

**Concepto de enfermo terminal**

**PREG 5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2 meses	23	43.4	43.4	43.4
	6 meses	21	39.6	39.6	83.0
	No sé	9	17.0	17.0	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

El 43.4% considera que un enfermo terminal tiene un pronóstico de vida inferior a los 2 meses, cuando Medicare utiliza el criterio de 6 meses en los Estados Unidos de Norteamérica, por razones administrativas y éste es usado universalmente.

**Información sobre su estado a un paciente terminal**

**PREG 6**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	50	94.3	94.3	94.3
	No	1	1.9	1.9	96.2
	No sé	2	3.8	3.8	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

El 94.3% estuvo de acuerdo en informar de su estado a un paciente terminal.

**Momento de dar a conocer el diagnóstico**

**PREG 7**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mientras esté conciente el paciente	50	94.3	94.3	94.3
	No sé	3	5.7	5.7	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Coincidiendo el mismo porcentaje (94.3%) en comunicar al paciente su diagnóstico mientras esté conciente.

**Procedimientos innecesarios**

**PREG 8**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	35	66.0	66.0	66.0
	No	13	24.5	24.5	90.6
	No sé	4	7.5	7.5	98.1
	No contestó	1	1.9	1.9	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

El 66.0% está de acuerdo en suspender los procedimientos que consideren innecesarios en un paciente en estado terminal.

**No reanimación a pacientes en estado terminal**

**PREG 9**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	38	71.7	71.7	71.7
	no	9	17.0	17.0	88.7
	No sé	6	11.3	11.3	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Al ordenar no reanimación a un paciente en estado terminal, el 71.7% está de acuerdo en no hacerlo.

**La muerte como fracaso profesional**

**PREG 10**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	51	96.2	96.2	96.2
	No sé	2	3.8	3.8	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

El 96.2% de los encuestados no consideran la muerte como un fracaso de su ejercicio profesional.

**Sentimiento al morir un paciente**

**PREG 11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ansiedad	2	3.8	3.8	3.8
	Impotencia	22	41.5	41.5	45.3
	Angustia	7	13.2	13.2	58.5
	Otros	18	34.0	34.0	92.5
	No contestó	4	7.5	7.5	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

El 41.5% coincide en sentir impotencia al morir un paciente, seguido por un 34% cuyos sentimientos fueron desde tristeza, tranquilidad o simplemente indiferencia.

**Respeto a la propia voluntad**

**PREG 12**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	53	100.0	100.0	100.0

El 100% consideró que su voluntad fuera respetada en caso de padecer una enfermedad terminal.

**Muerte digna**

**PREG 13**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Derecho a finalizar voluntariamente sin sufrimiento y evitando el de los demás	40	75.5	75.5	75.5
El hecho de morir en casa	5	9.4	9.4	84.9
Morir con atención hospitalaria con todos los adelantos tecnológicos	6	11.3	11.3	96.2
No contestó	2	3.8	3.8	100.0
Total	53	100.0	100.0	

El 75.5% coincidió en que muerte digna se refiere al derecho a finalizar voluntariamente sin sufrimiento y evitando el de los demás.

**Cuidados paliativos**

**PREG 14**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos El cuidado activo y total de los pacientes aliviándoles el dolor y otros síntomas y dando solución a sus problemas soc.	43	81.1	81.1	81.1
Sistema de apoyo a los familiares de pacientes terminales	2	3.8	3.8	84.9
Dar medicamento para el dolor	7	13.2	13.2	98.1
No contestó	1	1.9	1.9	100.0
Total	53	100.0	100.0	

En cuanto al concepto de cuidados paliativos que especifica la OMS, el 81.1% acertó, contra un 13.2% que sigue manejando una definición errónea.

**Código de bioética**

**PREG 15**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	9	17.0	17.0	17.0
	No	11	20.8	20.8	37.7
	No sé	32	60.4	60.4	98.1
	No contestó	1	1.9	1.9	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

El 60.4% no sabe que existe un código de bioética dentro del HGTM

**TABLA DE FRECUENCIA**

**Bioética**

**CURSOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	29	54.7	54.7	54.7
	No	23	43.4	43.4	98.1
	No contestó	1	1.9	1.9	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

El 54.7% refiere haber recibido cursos de bioética.

**Principio ético del respeto a las personas**

**PREG 1**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Atender de forma solícita y benévola a toda persona que recibe nuestros servicios	9	17.0	17.0	17.0
Mantener para con nosotros mismos y los demás una actitud crítica y autocrítica	2	3.8	3.8	20.8
Respetar el decoro, dignidad y pudor del paciente	19	35.8	35.8	56.6
Conservar el secreto profesional teniendo en cuenta los intereses del paciente, siempre que no ocasione perjuicio social	16	30.2	30.2	86.8
No contestó	7	13.2	13.2	100.0
Total	53	100.0	100.0	

El 35.8% consideró que el principio ético del respeto a las personas es el de respetar el decoro, dignidad y pudor del paciente.

**Obligatoriedad de hacer el bien y no el mal**

**PREG 2**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Respeto a las personas	16	30.2	30.2	30.2
Dignidad	1	1.9	1.9	32.1
Justicia	10	18.9	18.9	50.9
Competencia	2	3.8	3.8	54.7
Honestidad	10	18.9	18.9	73.6
Beneficiencia	10	18.9	18.9	92.5
No contestó	4	7.5	7.5	100.0
Total	53	100.0	100.0	

Sólo el 18.9% distinguió que la obligatoriedad de hacer el bien y no el mal corresponde al principio de beneficiencia.

**Principio Más antiguo de la ética**

**PREG 3**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Veracidad	7	13.2	13.2	13.2
	No defraudarás	3	5.7	5.7	18.9
	No dañarás	27	50.9	50.9	69.8
	Responsabilidad	15	28.3	28.3	98.1
	No contestó	1	1.9	1.9	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

El 50.9% si distinguió cual es el principio más antiguo de la ética.

**Capacidad de determinar y elegir uno mismo**

**PREG 4**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Justicia	5	9.4	9.4	9.4
	Beneficiencia	3	5.7	5.7	15.1
	Temeridad	1	1.9	1.9	17.0
	Autonomía	44	83.0	83.0	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

En cuanto al principio de autonomía, el 83% acertó en responder que es la capacidad de determinar y elegir uno mismo con pleno conocimiento de consecuencia.

**Compromisos a cumplir con el paciente**

**PREG 5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Dignidad	6	11.3	11.3	11.3
	Honestidad	28	52.8	52.8	64.2
	Justicia	10	18.9	18.9	83.0
	Idoneidad	6	11.3	11.3	94.3
	No contestó	3	5.7	5.7	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

El 52% estuvo de acuerdo en que los compromisos contraídos con el paciente nos están obligados a cumplir por honestidad.

**Aspectos relacionados con la vida íntima del paciente**

**PREG 6**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	La dignidad	3	5.7	5.7	5.7
	Honestidad	1	1.9	1.9	7.5
	Secreto profesional	49	92.5	92.5	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

El 92.5% contestó correctamente que el secreto profesional es el divulgar aspectos de la enfermedad que pueden estar relacionados con la vida íntima del paciente.

**Brindar a cada quien lo necesario, lo propio, lo suyo**

**PREG 7**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Idoneidad	5	9.4	9.4	9.4
	Justicia	21	39.6	39.6	49.1
	Uniformidad	15	28.3	28.3	77.4
	Equilibrio	10	18.9	18.9	96.2
	No contestó	2	3.8	3.8	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

La justicia es el brindar a cada quién lo necesario, lo propio, lo suyo, en esto el 39.6% estuvo de acuerdo.

**Iatrogenia**

**PREG 8**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Maltrato	2	3.8	3.8	3.8
	Poco conocimiento	12	22.6	22.6	26.4
	Inexperiencia	3	5.7	5.7	32.1
	Error profesional	32	60.4	60.4	92.5
	No contestó	4	7.5	7.5	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

El 60.4% conoce el concepto de iatrogenia.

**Autorización para realizar exámenes que impliquen riesgo para el paciente**

**PREG 9**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Del paciente	6	11.3	11.3	11.3
Del paciente o sus familiares en caso de éste no poder decidir	44	83.0	83.0	94.3
No contestó	3	5.7	5.7	100.0
Total	53	100.0	100.0	

Para la realización de exámenes que impliquen riesgo para el paciente el 83.0% estuvo de acuerdo en pedir autorización al paciente o a sus familiares en caso de éste no poder decidir.

	Preg 1			Preg 2			Preg 3			Preg 4			Preg 5		
	#	%	P	#	%	P	#	%	P	#	%	P	#	%	P
<b>Médico</b>	12	40%	*.133	6	20%	*.792	20	66.6%	*.028	26	86.6%	*.552	16	53.3%	*.287
<b>Enfermería</b>	7	30.4%		4	17.3%		7	30.4%		18	78.2%		12	52.1%	

	Preg 6			Preg 7			Preg 8			Preg 9		
	#	%	P	#	%	P	#	%	P	#	%	P
<b>Médico</b>	28	93.3%	*.488	18	60%	*.009	18	60%	*068	25	83.3%	*.891
<b>Enfermería</b>	21	91.3%		3	13%		14	60.8%		19	82.6%	

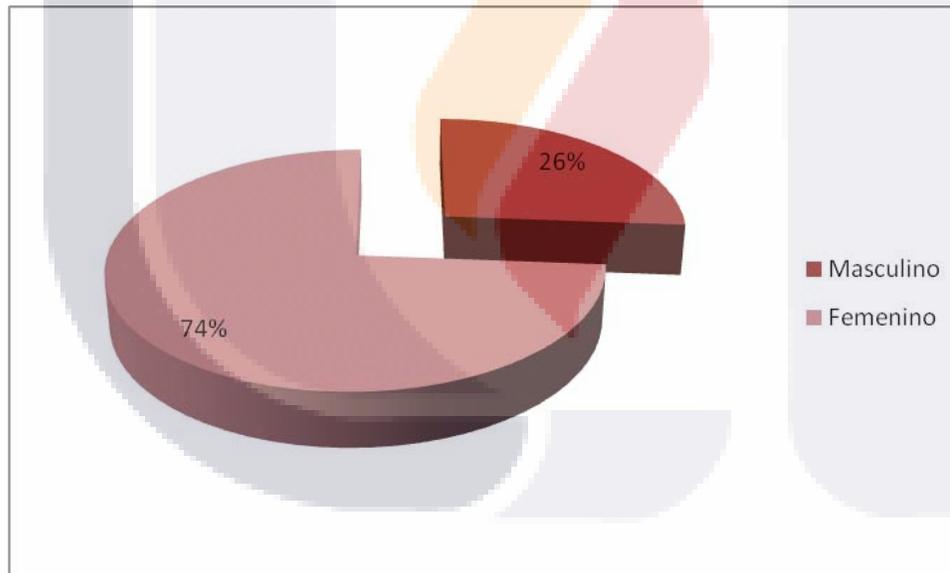
En esta tabla se aprecia el porcentaje de respuestas correctas, en las que el personal médico sobrepasa considerablemente al personal de enfermería.

TABLA DE FRECUENCIA

Usuarios

SEXO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	11	26.2	26.2	26.2
	Femenino	31	73.8	73.8	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO



En cuanto a los usuarios encuestados, hubo predominio del sexo femenino en un 73.8% contra un 26.2% del sexo masculino.

**RELIGION**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Católico	37	88.1	88.1	88.1
	Testigo de Jehová	1	2.4	2.4	90.5
	Otros	1	2.4	2.4	92.9
	Ninguna	3	7.1	7.1	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

En esta ocasión, también hubo mayor número de personas de la religión católica en un 88.1%

**ESTADO CIVIL**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	17	40.5	40.5	40.5
	Casado	20	47.6	47.6	88.1
	Viudo	1	2.4	2.4	90.5
	Divorciado	1	2.4	2.4	92.9
	Unión libre	3	7.1	7.1	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

El estado civil que tuvo mayor predominio fue el de los casados con un 47.6%.

**ESCOLARIDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria	13	31.0	31.0	31.0
	Secundaria	12	28.6	28.6	59.5
	Preparatoria	7	16.7	16.7	76.2
	Carrera técnica	6	14.3	14.3	90.5
	Licenciatura	3	7.1	7.1	97.6
	Maestría	1	2.4	2.4	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Entre los usuarios encuestados se encontró un bajo nivel académico, con el 31.0% que sólo cursaron primaria.

**PROFESION**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Médico	1	2.4	2.4	2.4
	Estudiante	14	33.3	33.3	35.7
	Hogar	4	9.5	9.5	45.2
	Otros	19	45.2	45.2	90.5
	Desempleado	4	9.5	9.5	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Respecto a la profesión, el 45.2% se dedica al comercio, obreros, campesinos entre otros.

**Deseo de hacer lo imposible por mantener con vida a pesar de enfermedad terminal**

**PREG 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	18	42.9	42.9	42.9
	No	16	38.1	38.1	81.0
	No sé	8	19.0	19.0	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

El 42.9% en caso de tener una enfermedad terminal desea que se apliquen todos los medios posibles para mantenerlo con vida.

**Decisión de usar un respirador artificial**

**PREG 2**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	10	23.8	23.8	23.8
	No	28	66.7	66.7	90.5
	No sé	4	9.5	9.5	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Sin embargo, el 66.7% no desea usar un respirador artificial en caso de que haya poca esperanza de recuperación.

**Deseo de suspender procedimientos innecesarios**

**PREG 3**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	20	47.6	47.6	47.6
	No	12	28.6	28.6	76.2
	No sé	10	23.8	23.8	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Y el 47.6% en caso de estar conectado quisiera que se suspendiera el procedimiento.

**Alimentación parenteral**

**PREG 4**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	17	40.5	40.5	40.5
	No	21	50.0	50.0	90.5
	No sé	4	9.5	9.5	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Al igual que el 50.0%, quienes no desean ser alimentados a través de una sonda.

**Respeto de voluntad propia**

**PREG 5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	39	92.9	92.9	92.9
	No	1	2.4	2.4	95.2
	No sé	2	4.8	4.8	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

El 92.9% quisiera que su voluntad fuera respetada al no desear que se le practiquen procedimientos invasivos (intubación, reanimación, etc.)

**Decisión por alguien más**

**PREG 6**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	13	31.0	31.0	31.0
	No	27	64.3	64.3	95.2
	No sé	2	4.8	4.8	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Al estar en alguna situación que implique procedimientos invasivos al 64.3% no le gustaría que alguien más decidiera por él.

**Opinión sobre distanasia**

**PREG 7**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	9	21.4	21.4	21.4
	No	27	64.3	64.3	85.7
	No sé	6	14.3	14.3	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

El 64.3% no está a favor de que se mantenga vivo a un paciente con enfermedad incurable a costa de lo que sea, aún sabiendo que va a fallecer.

**Conocimiento de la ley de voluntad anticipada**

**PREG 8**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si, la conozco con detalle	3	7.1	7.1	7.1
	Si, pero no la conozco con detalle	15	35.7	35.7	42.9
	No	22	52.4	52.4	95.2
	No sé	2	4.8	4.8	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

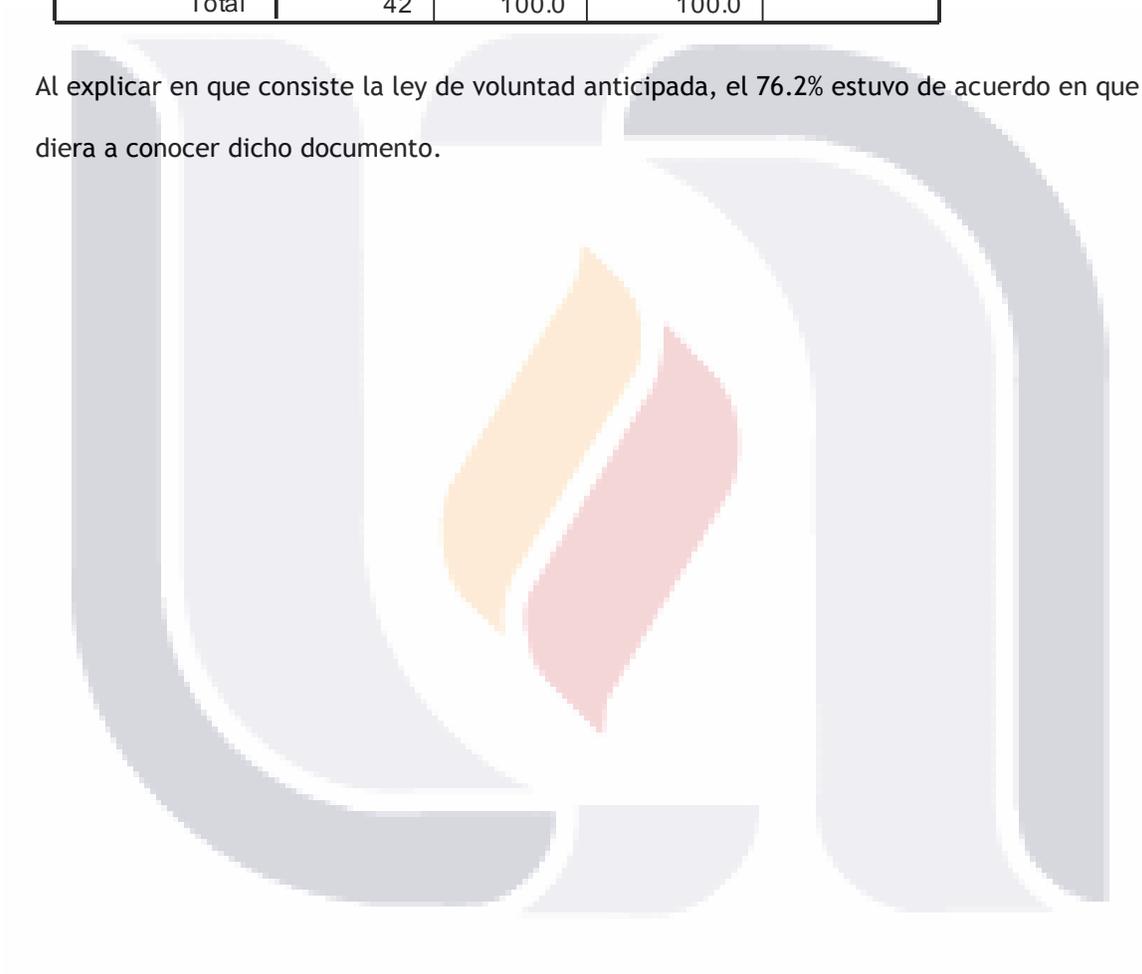
En cuanto al conocimiento de la aprobación de la ley de voluntad anticipada, el 52.4% no sabía de su existencia.

A favor de que se dé a conocer a la población

**PREG 9**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	32	76.2	76.2	76.2
	No	1	2.4	2.4	78.6
	No sé	9	21.4	21.4	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Al explicar en que consiste la ley de voluntad anticipada, el 76.2% estuvo de acuerdo en que se diera a conocer dicho documento.



---

## XVI. DISCUSION

---

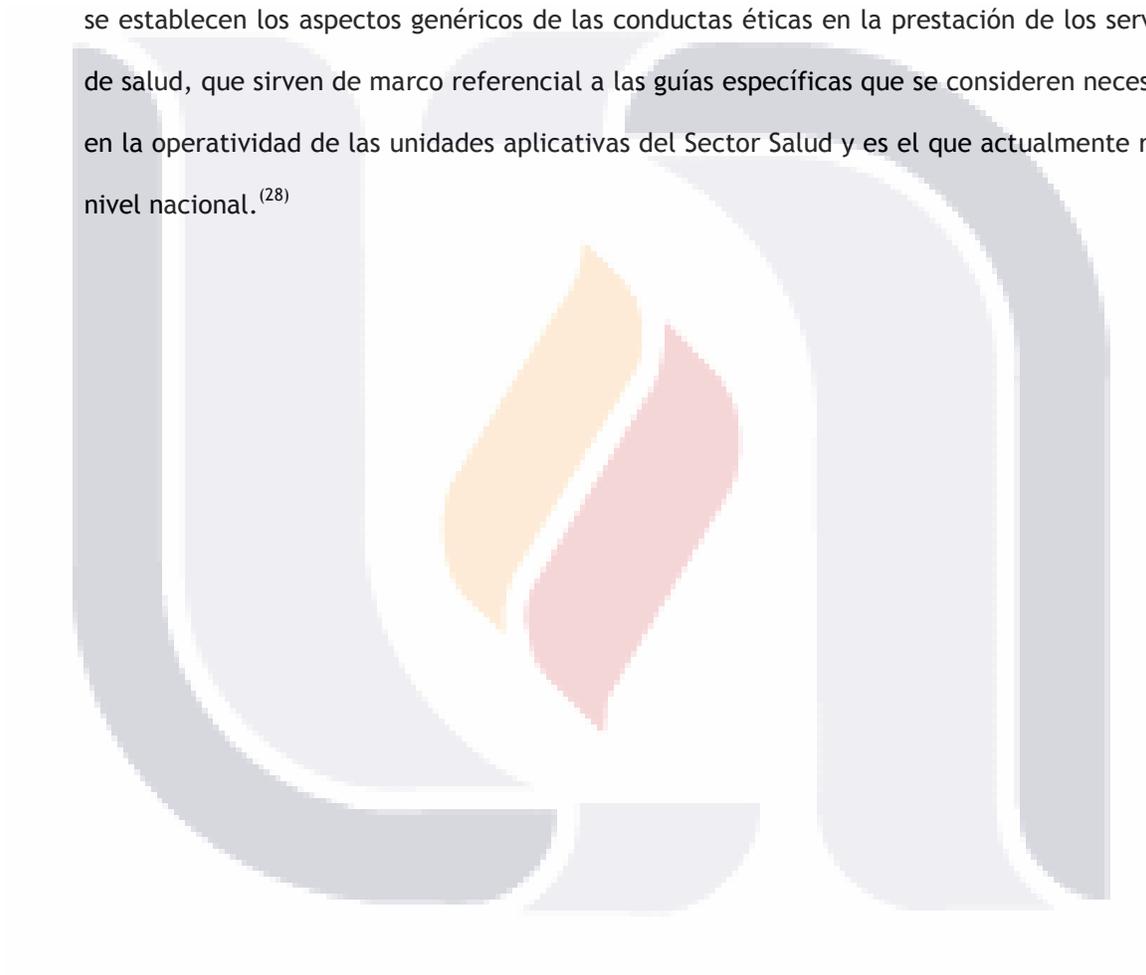
El proceso de morir del paciente en el ámbito hospitalario es un evento cada vez más frecuente. En Estados Unidos de Norteamérica, hasta un 80% de muertes hospitalarias corresponden a pacientes con enfermedades crónicas terminales <sup>(7)</sup>, y resulta preocupante para muchos, que al haber vidas más prolongadas, haya más sufrimiento que antes en un contexto, de atención médica deshumanizada, en el cual ni médicos ni enfermeras disponen de tiempo para escuchar y tampoco poseen espacios de soporte emocional para analizar las reacciones que como seres humanos que somos nos provoca la muerte de nuestros pacientes. Al concepto de calidad de vida como objetivo de nuestro actuar médico se añade el concepto de calidad de muerte, muerte digna, ortotanasia. <sup>(8-10)</sup>. Alcanzar esta meta como parte del quehacer médico humanizado implica familiarizarnos con la muerte, como diagnóstico, hecho final, luego del cual tocamos los límites de nuestro conocimiento natural. El empleo de términos como autonomía, medios proporcionados, alivio de dolor y posibilidad de no RCP se hace necesario en el afrontamiento de la calidad de muerte en un paciente terminal.

La tecnología disponible está siendo usada de modo inapropiado y con exageración, usada en larga escala, principalmente en el tratamiento de enfermos terminales. El cuidado paliativo realiza el control del dolor y trae mejoría en la calidad de vida. No pensando en curar una enfermedad o extender la vida al máximo, y si permitiendo que el paciente viva de forma tranquila y confortable.

En la práctica, el médico es llevado a decidir aisladamente y unilateralmente, no compartiendo opiniones debido a la falta de comunicación entre los profesionales. También es percibido que la decisión de interrumpir determinado tratamiento, como innecesario, no siempre es unánime entre los profesionales y apoyada por los diferentes médicos de la misma institución. Es común que, en turnos diferentes, otro médico retome el tratamiento anterior,

motivado por sus convicciones, creando un círculo vicioso de difícil solución y que refleja la falta de diálogo entre el propio equipo médico.

El 60.4% de los encuestados no sabe que existe un código de bioética dentro del HGTM; según la comisión nacional de bioética, en Marzo del 2002, establecido por el gobierno federal y por el programa de salud 2001-2006, se determinó la conformación del código de bioética donde se establecen los aspectos genéricos de las conductas éticas en la prestación de los servicios de salud, que sirven de marco referencial a las guías específicas que se consideren necesarias en la operatividad de las unidades aplicativas del Sector Salud y es el que actualmente rige a nivel nacional.<sup>(28)</sup>



---

## XVII. CONCLUSION

---

La mayoría de los encuestados no consideran la distanasia como un equivalente al encarnizamiento terapéutico, sin embargo, un alto porcentaje está de acuerdo en que se suspendan los procedimientos que se consideran innecesarios en un paciente en estado terminal. Muchos son los gastos en situaciones consideradas “sin solución”, mientras escasea la inversión en programas y situaciones para quienes “hay solución”, esto es, situaciones en que la salud es posible a un costo mucho más bajo y que podrían beneficiar a mucha más gente.

La conclusión fundamental obtenida a partir de los resultados del estudio es que aunque haya conocimiento de que se ha aprobado de la ley de voluntad anticipada, no se conoce con detalle. Sin embargo, existe un convencimiento por parte de los facultativos de que es una herramienta útil que permite actuar respetando la voluntad del paciente incapaz de expresarse en las fases finales de su vida y, por lo tanto, respetar la autonomía del mismo.

Los médicos de la muestra mostraron un gran interés por el tema. Sería aconsejable proporcionar más información al personal de salud para asegurar que se dé una información fidedigna del documento a los pacientes. La mayoría estaría de acuerdo en su aplicación, pero siempre y cuando estuviera respaldado legalmente.

---

## XVIII. RECOMENDACIONES

---

En congruencia con las necesidades de la población usuaria y la búsqueda de mejores opciones para los pacientes en estado terminal, debe adoptarse un nuevo enfoque integral en el HGTM. Éste debe disminuir las penurias físicas, emocionales y espirituales que enfrentan los enfermos.<sup>(29,30)</sup>

La difusión y expansión de la medicina paliativa, como disciplina y práctica médica, es reciente en México. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida del paciente y su familia, mediante el control de los síntomas físicos molestos, proporcionar ciertas técnicas de rehabilitación para que el enfermo crónico y en fase terminal pueda vivir lo más plenamente posible y con la mayor calidad de vida que su enfermedad le permita. Dichos cuidados son la parte medular de lo que se ha denominado atención permanente y que atiende a las necesidades psíquicas, emocionales, espirituales y sociales, proporcionando apoyo para el enfermo y sus familiares.<sup>(31)</sup>

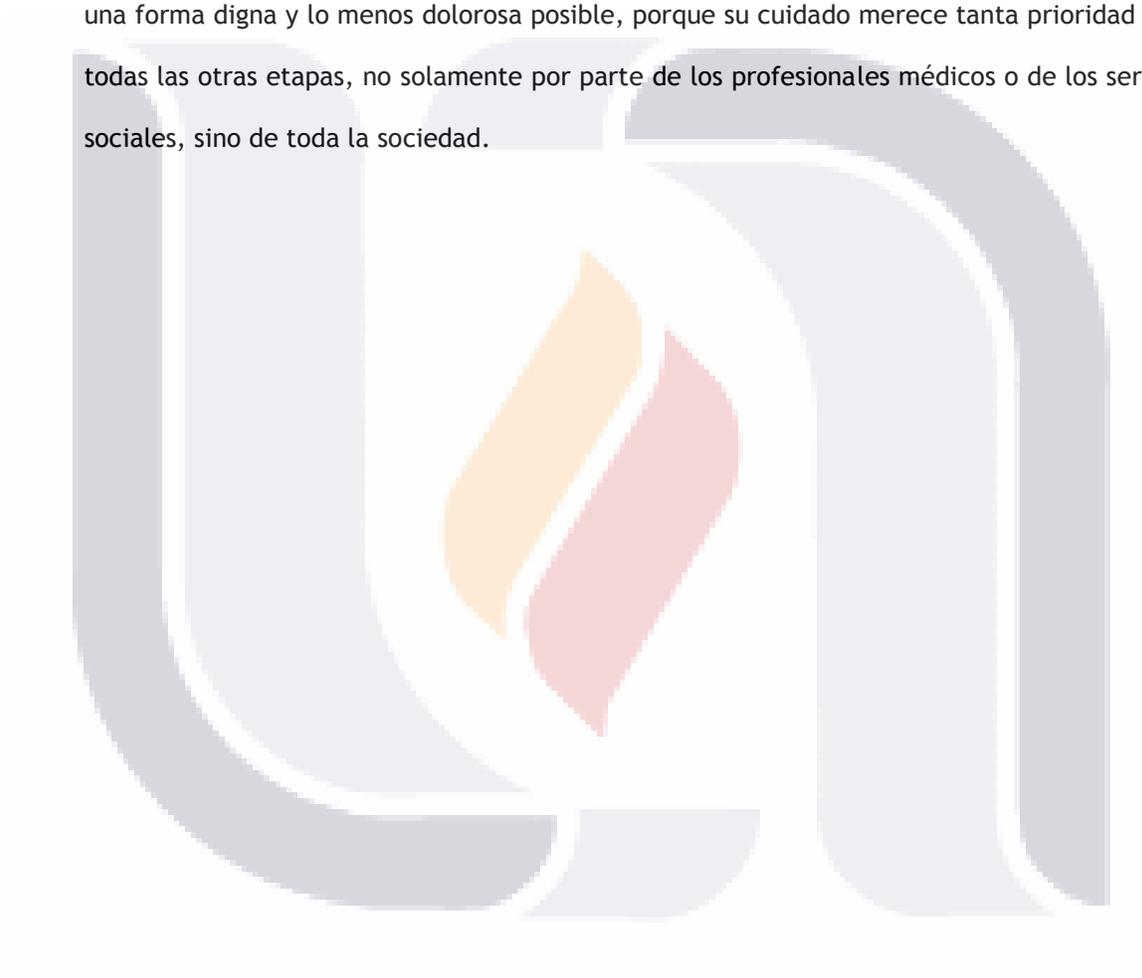
Es bien sabido, que en cualquier institución hospitalaria se cuenta con un comité de bioética, al cual se le son presentados los casos que pudieran estar incurriendo en prácticas distanásicas, llama la atención que en el HGTM, no se cuenta con un comité conformado, quedando la decisión de suspender o no los tratamientos que se consideran innecesarios al médico tratante.

El comité hospitalario de bioética es responsable del análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto de los problemas o dilemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica, la atención médica, o en la docencia que se imparte en el área de salud, así como la elaboración de lineamientos y guías éticas institucionales para la atención y la docencia

---

médica. Asimismo, promueve la educación bioética permanente de sus miembros y del personal del establecimiento.<sup>(28)</sup> Por lo que es necesario y urgente que se forme este comité para evitar el encarnizamiento terapéutico y así mismo el desperdicio de insumos que repercuten económicamente a la institución.

Inevitablemente, cada vida humana llega a su final. Es necesario garantizar que transcurra de una forma digna y lo menos dolorosa posible, porque su cuidado merece tanta prioridad como todas las otras etapas, no solamente por parte de los profesionales médicos o de los servicios sociales, sino de toda la sociedad.



## XIX. BIBLIOGRAFIA.

1. Casanova e., "El criterio asistencial en la práctica médica." Tesis de doctorado en bioética, roma 2004.
2. Guillermo j. Ruiz Argüelles., "Ensañamiento, furor u obstinación terapéutica". Medicina universitaria 2007;9(36):156
3. Sans Sj, Abel Ff."Obstinación terapéutica". Documento de la real academia de medicina de Cataluña, aprobado por unanimidad en sesión plenaria de 28 de junio de 2005.
4. Maria Valent., eutanasia: "El suicidio asistido de occidente". Colegio de bioética de nuevo león, México 2008.
5. Kottow, M. Futilidad. Medwave. 2002. Disponible en: [http://www.medwave.cl/perspectivas/bioeticas\\_noviembre2002/2.ac](http://www.medwave.cl/perspectivas/bioeticas_noviembre2002/2.ac)
6. Pavlovic d, Lehmann c, Wendt m. "For an indeterministic ethics. The emptiness of the rule in dubio provita and life cessation decisions". Philosophy, ethics, and humanities in medicine 2009, 4:6
7. Georg Bosshard, Tore Nilstun, Johan Bilsen, Michael Norup, Guido Miccinesi, Johannes J. M. Van Delden, Karin Faisst, Agnes Van Der Heide., "Forgoing treatment at the end of life in 6 european countries". Arch Intern Med, feb 2005; 165: 401 - 407
8. Grupo de estudios de ética clínica, de la sociedad medica de santiago. El enfermo terminal. Rev. Méd. Chile [online]. 2000, vol.128, n.5
9. Ariza Ar, Garza Om, Guzmán DC, Escamilla CM y col. "La voluntad anticipada. Un dilema ético sustentado en una ley vigente". Med Int Mex 2008;24(5):353-6
10. Dip. Francisco Javier Guel Sosa presidente., Dip. Nora Ruvalcaba Gámez, Dip. Arturo colmenero herrera, primera secretaria segundo secretario., "ley de voluntad anticipada para el estado de Aguascalientes". 11 de marzo del año 2009.

11. Carvalho KK, Lunardi VL.” La obstinación terapéutica como una cuestión ética”. Rev latino-am enfermagem 2009 mayo-junio.
12. Fibla, Carla. DEBATE SOBRE LA EUTANASIA, ed. Planeta, madrid, 2000.
13. Stuart Mill, John. SOBRE LA LIBERTAD. Ed. Salvat. Madrid, 2000.
14. Tomás Garrido, Gloria Ma.”Concepto de bioética e historia”, manual de bioética. Ed. Ariel. Barcelona, 2001.
15. John R. Williams. Manual de ética médica. 2a edición 2009.
16. Rebolledo Mota, Federico, “Aprender a morir”. Fundamentos de tanatología, distribuidora y editora mexicana, 2003
17. Gómez Sancho, Marcos, medicina paliativa, editorial arán, Madrid, España, 2002.
18. Jordi M. Brotons, “El derecho a una muerte digna”. Revista iberoamericana de sostenibilidad. Año 2, núm 17, noviembre 2006.
19. Soberón Guillermo-Feinholz Dafna, ”Muerte digna”, una oportunidad real. Comisión nacional de bioética. Primera edición, 2008.
20. Gracia, D. Ética de los confines de la vida. Bogotá: El Buho. 1998. p. 249
21. Pessini, L. “Bioética y cuestiones éticas esenciales al final de la vida”.2004
22. Código Penal Federal. Última reforma 20-08-2009.
23. Lolas F. Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS. Unidad de Bioética OPS/OMS. Serie publicaciones, 2004.
24. Ariès, P. El hombre ante la muerte. Madrid: Taurus.1999.
25. Callahan, D. Death and the research imperative. The New England Journal Medicine: 342; 2000. 654-656.
26. Rivera, S., Kim, D., Garona, S., et al. “Motivating factors in futile clinical interventions”. Chest: 119; 2001. pp. 1944-1947.
27. Bachiller a et al. Testamento vital: la opinión médica en la provincia de Valladolid. Ética y sociedad. Metas de Enferm may 2004; 7(4) 24-27.

- 
28. Comisión Nacional de Bioética. Código de bioética para el Personal de Salud 2007.
  29. Emmanuel LL. Palliative care I: providing care. Clin Geriatr Med 2004;20:11-13.
  30. Goldberg L. Psychologic issues in palliative care: depression, anxiety, agitation, and delirium. Clin Fam Pract 2004;6:441-70.
  31. Programa Nacional de Salud 2007-2011. Secretaría de Salud. México.



XX. ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTAS PERSONAL DE SALUD Y USUARIOS DEL HGTM



**ISEA**  
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO  
DE AGUASCALIENTES

**HOSPITAL GENERAL  
TERCER MILENIO**

El objetivo de esta encuesta es, determinar el conocimiento y actitudes ante la distanasia y ley de voluntad anticipada del personal de salud y usuarios de los servicios de urgencias adultos y medicina interna del Hospital General Tercer Milenio, es sencilla de responder y no significa ningún compromiso para Usted. Gracias.

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_  
Escolaridad \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Lea cuidadosamente y marque las respuestas que usted crea conveniente

1. ¿Conoce que se ha aprobado una ley sobre voluntad anticipada?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sé
2. ¿Cree que todos los pacientes deben ser informados de la existencia de dicho documento?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sé
3. ¿Cree que dicha voluntad anticipada resalta la autonomía del paciente?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sé
4. ¿Considera que la distanasia es un equivalente al encarnizamiento terapéutico?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sé
5. Enfermo terminal, es aquélla persona que sufre una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a los:

- a. 2 meses
  - b. 6 meses
  - c. No sé
6. ¿Cree que es conveniente informar de su estado a un paciente en estado terminal?
- a. Si
  - b. No
  - c. No sé
7. De hacerlo, ¿En qué momento comunicaría al paciente su diagnóstico?
- a. Mientras esté conciente el paciente
  - b. Cuando el caso llega a extrema gravedad
  - c. No sé
8. ¿Suspendiría los procedimientos que considera innecesarios en un paciente en estado terminal?
- a. Sí
  - b. No
  - c. No sé
9. ¿Ordenaría no reanimación a un paciente en estado terminal?
- a. Si
  - b. No
  - c. No sé
10. Considera la muerte como un fracaso de su ejercicio profesional?
- a. Si
  - b. No
  - c. No sé
11. Cual es su sentimiento al morir un paciente?
- a. Ansiedad
  - b. Culpa
  - c. Impotencia
  - d. Angustia
  - e. Miedo

Otro (s) \_\_\_\_\_

12. Si usted tuviera una enfermedad terminal, le gustaría que su voluntad fuera respetada?

- a. Si
- b. No
- c. No sé

13. Muerte digna se refiere a:

- a. Derecho a finalizar voluntariamente sin sufrimiento y evitando el de los demás
- b. El hecho de morir en casa
- c. Morir con atención intrahospitalaria con todos los adelantos tecnológicos

14. Según la OMS, cuidados paliativos son:

- a. El cuidado activo y total de los pacientes aliviándoles el dolor y otros síntomas y dando solución a sus problemas sociales, emocionales y espirituales.
- b. Sistema de Apoyo a los familiares de pacientes terminales
- d. Dar medicamentos para el dolor

15. Existe un código de bioética en el hospital donde labora?

- a. Si
- b. No
- c. No sé



**ISEA**  
 INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO  
 DE AGUASCALIENTES

**HOSPITAL GENERAL  
 TERCER MILENIO**

El objetivo de esta encuesta es, determinar el conocimiento y actitudes ante la distansia y ley de voluntad anticipada del personal de salud y usuarios de los servicios de urgencias adultos y medicina interna del Hospital General Tercer Milenio, es sencilla de responder y no significa ningún compromiso para Usted. Gracias.

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_  
 Escolaridad \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Lea cuidadosamente y marque la respuesta que usted crea conveniente:

Ha recibido cursos de ética y bioética? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

1. Principio ético del respeto a las personas.

- Atender de forma solícita y benévola a toda persona que recabe de nuestros servicios.
- Mantener para con nosotros mismos y los demás una actitud crítica y autocrítica.
- Respetar el decoro, dignidad y pudor del paciente.
- Conservar el secreto profesional teniendo en cuenta los interés del paciente, siempre que no ocasione perjuicio social.

2. La obligatoriedad de hacer el bien y no el mal corresponde a:

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Respeto a las personas | <input type="checkbox"/> Competencia  |
| <input type="checkbox"/> Dignidad               | <input type="checkbox"/> Honestidad   |
| <input type="checkbox"/> Justicia               | <input type="checkbox"/> Beneficencia |

3. El principio más antiguo de la ética es:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Veracidad      | <input type="checkbox"/> No dañarás      |
| <input type="checkbox"/> No defraudarás | <input type="checkbox"/> Responsabilidad |

4. La capacidad de determinar y elegir uno mismo lo que se le va a realizar con pleno conocimiento de consecuencias se corresponde con:

- |                                       |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Justicia     | <input type="checkbox"/> Temeridad |
| <input type="checkbox"/> Beneficencia | <input type="checkbox"/> Autonomía |

5. Los compromisos contraídos con el paciente nos están obligados a cumplir por:

- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dignidad   | <input type="checkbox"/> Justicia  |
| <input type="checkbox"/> Honestidad | <input type="checkbox"/> Idoneidad |

6. Al divulgar aspectos de la enfermedad que pueden estar relacionados con la vida íntima del paciente rompemos:

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> La dignidad | <input type="checkbox"/> Secreto profesional |
| <input type="checkbox"/> Honestidad  | <input type="checkbox"/> La autonomía        |

7. Brindar a cada quién lo necesario, lo propio, lo suyo es:

Idoneidad  
 Justicia

Uniformidad  
 Equilibrio

8. La latrogenia es el daño físico o psíquico causado por:

Maltrato  
 Poco conocimiento

Inexperiencia  
 Error profesional

9. Para realizar exámenes que impliquen riesgo para el paciente se debe pedir autorización:

Del paciente.  Del paciente o sus familiares en caso de éste no poder decidir.  
 No es necesario pedir autorización.





El objetivo de esta encuesta es, determinar el conocimiento y actitudes ante la distanacia y ley de voluntad anticipada del personal de salud y usuarios de los servicios de urgencias adultos y medicina interna del Hospital General Tercer Milenio, es sencilla de responder y no significa ningún compromiso para Usted. Gracias.

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Lea cuidadosamente y marque las respuestas que usted crea conveniente:

1. ¿Si Ud tuviera una enfermedad incurable, desearía que se apliquen todos los medios posibles para mantenerlo con vida?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sé
2. ¿Decide Ud usar un respirador artificial en caso de que haya poca esperanza de recuperación?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sé
3. En caso de estar conectado, ¿Quisiera que se suspenda el procedimiento?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sé
4. Si Ud no pudiese comer o beber, ¿Le gustaría que se le alimentara a través de una sonda?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sé
5. Si Ud quisiera que ya no se le realizara ningún procedimiento (intubación, reanimación, alimentación, etc). Le gustaría que su voluntad fuera respetada?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sé

- 
6. De estar en esa situación, ¿Le gustaría que alguien más decidiera por Usted?
    - a. Si
    - b. No
    - c. No sé
  
  7. ¿Está a favor de que se mantenga vivo a un paciente con enfermedad incurable a costa de lo que sea, aún sabiendo que va a fallecer?
    - a. Si
    - b. No
    - c. No sé
  
  8. ¿Conoce que se ha aprobado una ley sobre voluntad anticipada?
    - a. Si, la conozco con detalle
    - b. Sí, pero no la conozco con detalle
    - c. No
    - d. No sé
  
  9. ¿Cree que se debería dar a conocer dicha ley?
    - a. Si
    - b. No
    - c. No sé

**ANEXO 2. LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL ESTADO DE AGUASCALIENTES**

**LUIS ARMANDO REYNOSO FEMAT, *Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Aguascalientes, a sus habitantes sabed:***

***Que por el H. Congreso del Estado se me ha comunicado lo siguiente:***

Estados Unidos Mexicanos.- H. LX Legislatura del Estado de Aguascalientes, en virtud de su función y facultad constitucional, ha tenido a bien expedir el siguiente

**LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL ESTADO DE AGUASCALIENTES**

**CAPÍTULO I**

**DISPOSICIONES PRELIMINARES**

**ARTÍCULO 1º.-** La presente Ley es de orden público e interés social y su objetivo es instituir y regular las condiciones y formas de la declaración de voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, emitida libremente, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar la agonía del enfermo terminal, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural, en virtud de su derecho a la autodeterminación sobre su persona y su propio cuerpo.

**ARTÍCULO 2º.-** El principio rector de la presente Ley es el respeto a la autonomía de la voluntad y dignidad de la persona como fundamento de orden público y expresa el derecho de las personas a la Voluntad Anticipada, prohibiendo conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida.

**ARTÍCULO 3º.-** Para efectos de esta Ley se entiende por:

I. Código Civil: Código Civil para el Estado de Aguascalientes;

II. Código de Procedimientos: Código de Procedimientos Civiles para el Estado de Aguascalientes;

III. 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;

IV. Documento de Voluntad Anticipada: es el documento público suscrito ante Notario Público, sin generar costo alguno, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio, en pleno uso de sus facultades mentales y que se encuentre en etapa terminal, declara su voluntad, emitida libremente, a rechazar un determinado tratamiento médico, que propicie la Obstinación Terapéutica.

V. Enfermo en Etapa Terminal: es la persona que tiene una enfermedad avanzada, progresiva, degenerativa, incurable, irreversible y mortal en un plazo de 3 a 6 meses, en la que no existe una posibilidad real de recuperación de acuerdo a los estándares médicos establecidos.

VI. Instituto: Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes;

VII. Institución Privada de Salud: Son los servicios de salud que prestan las personas físicas o morales, en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles.

VIII. Legislación Penal: Legislación Penal para el Estado de Aguascalientes;

IX. Ley: Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes;

X. Ley de Salud: Ley de Salud para el Estado de Aguascalientes;

XI. 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;

XII. Notario: Notario Público del Estado de Aguascalientes;

XIII. Obstinación Terapéutica: utilización innecesaria de los medios, instrumentos y métodos médicos, para mantener vivo a un enfermo en etapa terminal;

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

XV. Reanimación: conjunto de acciones que se llevan a cabo para tratar de recuperar las funciones y/o signos vitales

XVI. 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;

XVII. Tanatología: significa tratado o ciencia de la muerte. Consiste en la ayuda médica y psicológica brindada tanto al enfermo en tránsito de muerte, como a los familiares de éste, a fin de comprender la situación y consecuencias de la enfermedad terminal; y

XVIII. Unidad Especializada: Unidad Especializada de Voluntades Anticipadas adscrita al Instituto de Salud en materia de Voluntad Anticipada.

**ARTÍCULO 4°.-** En lo no previsto en la presente Ley, se aplicará de manera supletoria lo dispuesto por el Código Civil y el Código de Procedimientos, cuando fueren aplicables, y no afecte derechos de terceros o contravenga otras disposiciones legales vigentes.

**ARTÍCULO 5°.-** La presente Ley se aplicará única y exclusivamente en el Estado de Aguascalientes con base en los términos y disposiciones establecidas en la misma.

**ARTÍCULO 6°.-** La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente Ley no exime de responsabilidades, sean de naturaleza civil, penal o administrativa, a quienes intervienen en su realización, si no se cumple con los términos de la misma.

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

## CAPÍTULO II

### DE LOS REQUISITOS DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

**ARTÍCULO 7°.-** El Documento de Voluntad Anticipada podrá suscribirlo:

I. Cualquier persona con capacidad de ejercicio;

II. Cualquier enfermo en etapa terminal, siempre que lo haga constar con el documento que le haya sido expedido por la instancia médica legalmente establecida y autorizada;

III. Los familiares y personas señaladas en los términos y supuestos de la presente Ley, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad, en base al dictamen que emita el o los médicos encargados de su atención; y

IV. Los padres o tutores del enfermo en etapa terminal cuando éste sea menor de edad o incapaz legalmente declarado; se procurará de ser posible escuchar la opinión del menor de edad o del incapaz. Para los efectos de las Fracciones III y IV del presente Artículo el signatario deberá acreditar con el acta correspondiente el parentesco a que haya lugar.

**ARTÍCULO 8°.-** El Documento de Voluntad Anticipada deberá contar con las siguientes formalidades y requisitos:

I. Realizarse por escrito de manera personal, libre e inequívoca ante Notario;

II. Suscrito por el solicitante, estampando su nombre y firma en el mismo;

III. El nombramiento de un representante que vigile el cumplimiento del Documento de Voluntad Anticipada en los términos y circunstancias determinadas en él; y

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

**ARTÍCULO 9°.-** El Documento de Voluntad Anticipada suscrito ante Notario, deberá ser notificado por éste a la Unidad Especializada, para los efectos a que haya lugar.

**ARTÍCULO 10.-** En caso de que el enfermo en etapa terminal se encuentre imposibilitado para acudir ante el Notario, podrá suscribir el Documento de Voluntad Anticipada ante el personal de salud de la institución pública o privada autorizada en términos del Reglamento respectivo, y dos testigos que cubran satisfactoriamente los requerimientos del Formato que para los efectos legales y conducentes emita el Instituto, mismo que deberá ser notificado a la Unidad Especializada para los efectos a que haya lugar.

**ARTÍCULO 11.-** Una vez suscrito el Documento o el Formato de Voluntad Anticipada en los términos de los dos Artículos anteriores, la Unidad Especializada dará aviso al Ministerio Público para su conocimiento e informará al personal de salud correspondiente, para integrarlo en su momento, al expediente clínico del enfermo en etapa terminal.

**ARTÍCULO 12.-** No podrán ser testigos:

I. La persona menor de 18 años de edad;

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

III. Los incapaces declarados judicialmente; y

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

**ARTÍCULO 13.-** No podrán ser representantes para la realización del Documento de Voluntad Anticipada:

I. Las personas que no han cumplido 18 años de edad;

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

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

IV. Los que hayan sido condenados por el delito de falsedad.

**ARTÍCULO 14.-** El cargo de representante es voluntario y gratuito; pero el que lo acepte, adquiere el deber jurídico de desempeñarlo.

**ARTÍCULO 15.-** El representante que presente excusas, deberá hacerlo al momento en que tuvo noticia de su nombramiento.

**ARTÍCULO 16.-** Pueden excusarse de ser representantes:

- I. Los empleados y funcionarios públicos;
- II. Los militares en servicio activo;
- III. Los que por el mal estado habitual de salud, o por no saber leer ni escribir, no puedan atender debidamente su representación;
- IV. Cuando por caso fortuito o fuerza mayor no pueda realizar el cargo conferido; y
- V. Los que tengan a su cargo otra representación en los términos de la presente Ley.

**ARTÍCULO 17.-** Son obligaciones del representante:

- I. La verificación del cumplimiento exacto e inequívoco de las disposiciones establecidas en el Documento de Voluntad Anticipada;
- II. La verificación, cuando tenga conocimiento por escrito, de la integración de los cambios y/o modificaciones que realice el signatario al Documento de Voluntad Anticipada;
- III. La defensa del Documento de Voluntad Anticipada, en juicio y fuera de él, así como de las circunstancias del cumplimiento de la voluntad del signatario y de la validez del mismo; y
- IV. Las demás que le imponga la Ley.

**ARTÍCULO 18.-** Los cargos de representante concluyen:

- I. Por muerte del representante;
- II. Por muerte del representado;
- III. Por incapacidad legal, declarada judicialmente;
- IV. Por excusa que el juez califique de legítima, con audiencia de los interesados y del Ministerio Público, cuando se interesen menores o el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Aguascalientes en el ámbito de sus atribuciones; y
- V. Por revocación de sus nombramientos o remoción, hecha por el signatario para su realización.

**ARTÍCULO 19.-** Podrán suscribir el Documento de Voluntad Anticipada en los términos establecidos por la Fracción III del Artículo 7º de la presente Ley, por orden subsecuente y a falta de:

- I. El o la cónyuge;
- II. El concubinario o la concubina; DECRETO 217 (FE DE ERRATAS) 20 DE ABRIL 2009
- III. Los hijos mayores de edad, consanguíneos o adoptados;
- IV. Los padres o adoptantes;
- V. Los nietos mayores de edad;
- VI. Los hermanos mayores de edad o emancipados; y
- VII. El tutor o su representante.

El familiar signatario del Documento o Formato de Voluntad Anticipada en los términos del presente Artículo fungirá a su vez como representante del mismo para los efectos de cumplimiento a que haya lugar.

**ARTÍCULO 20.-** Podrán suscribir el Documento de Voluntad Anticipada en los términos establecidos por la Fracción IV del Artículo 7º de la presente Ley, por orden e importancia de prelación y a falta de ellos y de manera subsecuente:

- I. Los padres o adoptantes;

- II. Los familiares o personas que ejerzan la patria potestad del menor; o
- III. Los hermanos mayores de edad o emancipados. El familiar signatario del Documento o Formato de Voluntad Anticipada en los términos del presente Artículo fungirá a su vez como representante del mismo para los efectos de cumplimiento a que haya lugar.

**ARTÍCULO 21.-** En caso de que existan hijos menores de 18 años y mayores de 16 años podrán igualmente suscribir el Documento de Voluntad Anticipada en los supuestos establecidos en los dos Artículos anteriores, a falta de las demás personas facultadas.

**ARTÍCULO 22.-** Cuando el Documento de Voluntad Anticipada sea suscrito ante Notario, éste dará lectura al mismo en voz alta a efecto de que el signatario asiente que es su voluntad la que propiamente se encuentra manifiesta en dicho documento. Cuando el solicitante del Documento de Voluntad Anticipada ignore el idioma del país, el Notario deberá nombrar a costa del solicitante un intérprete que sea perito traductor, quien concurrirá al acto y explicará totalmente al solicitante los términos y condiciones en que se suscribe el Documento de Voluntad Anticipada.

**Artículo 23.-** El Notario deberá verificar la identidad del solicitante, y de que se halla en su cabal juicio y libre de cualquier coacción.

**ARTÍCULO 24.-** Si la identidad del solicitante no pudiere verificarse, se declarará esta circunstancia por el Notario, solicitando la presencia de dos testigos, que bajo protesta de decir verdad, verifiquen la personalidad de éste y en caso de que no existiera la posibilidad de presencia de los dos testigos, el Notario agregará al Documento de Voluntad Anticipada todas las señas o características físicas y/o personales del solicitante.

**ARTÍCULO 25.-** En caso de que el Documento de Voluntad Anticipada sea suscrito en los términos del Artículo 10 de la presente Ley, igualmente deberá darse lectura en voz alta, a efecto de que el solicitante asiente que es su voluntad la que propiamente se encuentra manifiesta en dicho documento, pero no tendrá validez el Documento de Voluntad Anticipada hasta que no se verifique la identidad de éste por los dos testigos.

**ARTÍCULO 26.-** Se prohíbe a los Notarios y a cualquier otra persona que redacten Documentos de Voluntad Anticipada, dejar hojas en blanco y servirse de abreviaturas o cifras. Se sancionará con una multa por la autoridad competente de trescientos a quinientos días de salario mínimo general vigente, a quien viole esta disposición.

**ARTÍCULO 27.-** El solicitante expresará de modo claro y terminante su voluntad al Notario o a las personas facultadas para los efectos por el Instituto, según sea el caso, quienes redactarán por escrito las cláusulas del Documento de Voluntad Anticipada o cumplirán con los requisitos del Formato correspondiente, sujetándose estrictamente a la voluntad del solicitante y las leerá en voz alta para que éste manifieste si está conforme. Si lo estuviere, lo firmarán el solicitante, el Notario, los testigos y el intérprete, según el caso, asentándose el lugar, año, mes, día y hora en que hubiere sido otorgado. El solicitante preferentemente asistirá al acto acompañado de aquél que haya de nombrar como representante a efecto de asentar en el Documento de Voluntad Anticipada, la aceptación del cargo.

**ARTÍCULO 28.-** En los casos previstos en los Artículos 29, 30, 31, 32 y 33 de la presente Ley, así como cuando el solicitante o el Notario lo requieran, deberán concurrir al otorgamiento del acto, dos testigos y firmar el Documento de Voluntad Anticipada.

**ARTÍCULO 29.-** Cuando el solicitante declare que no sabe o no puede firmar el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato según sea el caso, deberá igualmente suscribirse ante dos testigos, y uno de ellos firmará a ruego del solicitante, quien imprimirá su huella digital.

**ARTÍCULO 30.-** Si el solicitante fuere enteramente sordo o mudo, pero que sepa leer, deberá dar lectura al Documento de Voluntad Anticipada o Formato correspondiente, con la finalidad de que se imponga de su contenido, si no supiere o no pudiere hacerlo, designará una persona que lo haga a su nombre.

**ARTÍCULO 31.-** En caso de que el solicitante fuere sordomudo, y supiera el lenguaje a señas, el Notario estará a lo dispuesto por el Artículo 22, párrafo segundo de la presente Ley.

**ARTÍCULO 32.-** Cuando el solicitante sea ciego o no pueda o no sepa leer, se dará lectura al Documento de Voluntad Anticipada dos veces: una por el Notario, como está prescrito en el Artículo 22, primer párrafo y otra, en igual forma, por uno de los testigos u otra persona que el solicitante designe. Si el solicitante no puede o no sabe leer y escribir, concurrirá al acto una persona que fungirá como intérprete, quien corroborará la voluntad que dicte aquél.

**ARTÍCULO 33.-** Cuando el solicitante ignore el idioma del país, si puede, manifestará su voluntad, que será traducida al español por el intérprete a que se refiere el Artículo 22, párrafo segundo. La traducción se transcribirá como Documento de Voluntad Anticipada y tanto el suscrito en el idioma original como el traducido, serán firmados por el solicitante, el intérprete y el Notario, integrándose como un solo documento. Si el solicitante no puede o no sabe leer, dictará en su idioma su voluntad, al intérprete; traducida ésta, se procederá como dispone el párrafo primero de este Artículo.

**ARTÍCULO 34.-** Las formalidades expresadas en este Capítulo se practicarán en un solo acto que comenzará con la lectura del Documento de Voluntad Anticipada o el Formato correspondiente y el Notario o la persona facultada para los efectos, dará fe de haberse llenado aquéllas.

**ARTÍCULO 35.-** El solicitante o su representante deberán entregar el Documento de Voluntad Anticipada al personal de salud encargado de implementar el tratamiento del enfermo en etapa terminal, para su integración al expediente clínico, y dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el mismo.

### **CAPÍTULO III**

#### **DE LA NULIDAD Y REVOCACIÓN DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA**

**ARTÍCULO 36.-** Es nulo el Documento de Voluntad Anticipada realizado bajo las siguientes circunstancias:

- I. El realizado en documento diverso al notarial o el Formato correspondiente autorizado por el Instituto;
- II. El realizado bajo influencia de amenazas contra el signatario o sus bienes, o contra la persona o bienes de su cónyuge, parientes, concubinario o concubina;
- III. El realizado por fraude;
- IV. Aquel en el que el signatario no exprese clara e inequívocamente su voluntad, sino sólo por señas o monosílabos en respuesta a las preguntas que se le hacen;
- V. Aquél que se otorga en contravención a las formas prescritas por la Ley; y
- VI. Aquel en el que medie alguno de los vicios del consentimiento para su realización.

**ARTÍCULO 37.-** El signatario que se encuentre en algunos de los supuestos establecidos en el Artículo anterior, podrá, luego que cese dicha circunstancia, revalidar su Documento o Formato de Voluntad Anticipada con las mismas solemnidades que si lo signara de nuevo; de lo contrario será nula la revalidación.

**ARTÍCULO 38.-** El Documento o Formato de Voluntad Anticipada únicamente podrá ser revocado por el signatario del mismo en cualquier momento. No podrán por ninguna circunstancia establecerse o pretenderse hacer valer disposiciones testamentarias, legatarias o donatarias de bienes, derechos u obligaciones diversos a los relativos a la Voluntad Anticipada en los documentos o formatos que regula la presente Ley.

**ARTÍCULO 39.-** En caso de que existan dos o más Documentos o Formatos de Voluntad Anticipada será válido el último firmado por el signatario.

#### **CAPÍTULO IV**

##### **DEL CUMPLIMIENTO DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA**

**ARTÍCULO 40.-** Para efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, el signatario o en su caso su representante, deberá solicitar al personal de salud correspondiente se efectúen las disposiciones establecidas en dicho documento. El personal de salud correspondiente deberá realizar dichas disposiciones en los términos solicitados y prescritos en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada y en referencia al derecho establecido para ello en la Ley de Salud.

**ARTÍCULO 41.-** Al momento en que el personal de salud correspondiente dé inicio al cumplimiento de las disposiciones y términos contenidos en el Documento de Voluntad Anticipada deberá asentar en el historial clínico del enfermo en etapa terminal, toda la información que haga constar dicha circunstancia hasta su terminación, en los términos de las disposiciones de salud correspondientes.

Para los efectos del párrafo anterior se incluirán los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias, la Sedación Controlada y el tratamiento Tanatológico que el personal de salud correspondiente determine. Los Cuidados Paliativos deberán ser proporcionados por el Instituto y las Instituciones Privadas de Salud, destinando áreas específicas, contando con los requerimientos médicos y técnicos indispensables, en los términos del Reglamento correspondiente.

**ARTÍCULO 42.-** El personal de salud a cargo de cumplimentar las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada y las disposiciones de la presente Ley, cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tales disposiciones, podrán ser objetores de conciencia y por tal razón excusarse de intervenir en su realización.

Será obligación del Instituto, garantizar y vigilar en las instituciones de salud públicas y privadas, la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal de salud no objetor, a fin de verificar el cumplimiento de la Voluntad Anticipada del enfermo en etapa terminal. El Instituto en el ámbito de sus atribuciones y posibilidades financieras, ofrecerá atención médica domiciliaria a enfermos en etapa terminal, de conformidad con los lineamientos que para tal efecto emita en los términos de la presente Ley. Así mismo, el Instituto emitirá los lineamientos correspondientes para la aplicación de la Ley en las instituciones privadas de Salud.

**ARTÍCULO 43.-** El personal de salud en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá suministrar medicamentos o tratamientos médicos, que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo en etapa terminal.

**ARTÍCULO 44.-** No podrán realizarse las disposiciones contenidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada y en la presente Ley, a enfermo que no se encuentre en etapa terminal.

## **CAPÍTULO V**

### **EL REGISTRO ESTATAL DE VOLUNTADES ANTICIPADAS**

**ARTÍCULO 45.-** La Unidad Especializada de Voluntades Anticipadas, es la unidad administrativa adscrita al Instituto encargada de velar por el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente Ley y en los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada.

**ARTÍCULO 46.-** Son atribuciones de la Unidad Especializada de Voluntades Anticipadas:

- I. Recibir, archivar y resguardar los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada, procedentes de las instituciones públicas y privadas de salud;
- II. Hacer del conocimiento del Ministerio Público los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada; procedentes de las instituciones públicas y privadas de salud;
- III. Supervisar en la esfera de su competencia:
  - a) El cumplimiento de las disposiciones de los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada; y
  - b) Lo relativo en materia de Trasplantes y Donación de Órganos y Tejidos;
- IV. Coadyuvar con el control y registro de donantes y receptores de Órganos y Tejidos en coordinación con el Centro Nacional de Trasplantes y los Centros Estatales de Trasplantes en el ámbito de sus atribuciones;
- V. Fungir como vínculo con los Centros Nacional y Estatales de Trasplantes en el ámbito de su competencia;
- VI. Fomentar, promover y difundir la cultura de donación de órganos y tejidos en el ámbito de su competencia;
- VII. Proponer en el ámbito de su competencia, la celebración de convenios de colaboración con otras instituciones y asociaciones públicas o privadas en las que se promuevan y realicen trasplantes de órganos y tejidos; y
- VIII. Las demás que le otorguen las otras leyes y reglamentos.

**ARTÍCULO 47.-** Las disposiciones derivadas de la Voluntad Anticipada establecidas en el presente Capítulo en materia de trasplantes y donación de órganos se registrarán por lo dispuesto en la Ley de Salud y en la Ley General de Salud, en los términos que las mismas determinen en lo conducente y aplicable en el Estado.

### **TRANSITORIOS**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** El presente Decreto entrará en vigencia al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes.

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

**ARTÍCULO TERCERO.-** El Gobernador del Estado tendrá 90 días naturales para emitir el Reglamento y los Lineamientos conducentes para la aplicación de la presente Ley.

**ARTÍCULO CUARTO.**- El Gobernador del Estado, deberá realizar a más tardar en 90 días naturales las adecuaciones correspondientes al Reglamento Interior del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, para proveer en la esfera administrativa lo relativo a la creación de la Unidad Especializada de Voluntades Anticipadas.

**ARTÍCULO QUINTO.**- El Gobernador del Estado deberá suscribir el convenio de colaboración correspondiente con el Colegio de Notarios a efecto de garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes. Así como la inclusión de la suscripción del mismo en las Jornadas Notariales.

**ARTÍCULO SEXTO.**- Una vez que el Centro Local de Trasplantes inicie sus operaciones, la Unidad Especializada de Voluntades Anticipadas, continuará con la realización y ejecución de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes, en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos, y fungirá como coadyuvante de éste en los términos de dicha Ley y las disposiciones vigentes en materia de salud.

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

Al Ejecutivo para su promulgación y publicación.

Dado en el Salón de Sesiones del Palacio Legislativo, en la Ciudad de Aguascalientes, a los once días del mes de marzo del año 2009.

Lo que tenemos el honor de comunicar a Usted, para los efectos constitucionales conducentes.

Aguascalientes, Ags., a 11 de marzo del año 2009.

**SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN.**

**DIP. FRANCISCO JAVIER GUEL SOSA**

**PRESIDENTE**

**DIP. NORA RUVALCABA GÁMEZ DIP. ARTURO COLMENERO HERRERA**

**PRIMERA SECRETARIA SEGUNDO SECRETARIO**