

# Ética

## de las Directrices Anticipadas y la Representación Médica

Bernardo García Camino  
Robert T. Hall  
Eugenio Miranda



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**Integridad**  
*Científica*



# Ética

## de las Directrices Anticipadas y la Representación Médica

**Bernardo García Camino**  
**Robert T. Hall**  
**Eugenio Miranda**



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**Integridad**  
*Científica*

**Primera Edición, 2023**  
© **Bernardo García Camino**  
© **Robert T. Hall**  
© **Eugenio Miranda**

**Portada:** Todos los derechos reservados conforme a la ley

Fotografía de portada y contraportada  
**Bernardo García Camino**

Revisión de texto  
**Anayántzin Paulina Heredia Antúnez**  
**Raúl Jiménez Piña**

Diseño editorial, portada y contraportada  
**Alfonso Heredia Arriaga**

**D.R. © 2023 De los autores**  
**D.R. © 2023 Comisión Nacional de Bioética**  
Calzada Arenal 134 esq. Xochimaltzin,  
Col. Arenal Tepepan,  
Alcaldía Tlalpan, 14610 Ciudad de México  
Teléfono +52 55 54872760  
<https://www.gob.mx/salud/conbioetica>

**ISBN CONBIOÉTICA: 978-607-460-627-0**  
**ISBN CONBIOÉTICA Digital: 978-607-460-628-7**  
Secretaría de Salud

Hecho en México / Made in Mexico

**Ética de las Directrices Anticipadas y la Representación Médica** Los casos en este libro, aunque basados en asuntos médicos reales, son ficticios y no contienen referencias identificadas o identificables a individuos vivos o muertos; lo anterior, con fundamento en el artículo 2, fracción V de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, vigente.

Las ideas expresadas son responsabilidades de los autores y no representan, necesariamente, la opinión de la Comisión Nacional de Bioética

# Contenido

<b>Prólogo</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo 1</b> Introducción	<b>13</b>
<b>Capítulo 2</b> El contexto legal	<b>25</b>
<b>Capítulo 3</b> El contexto médico	<b>55</b>
<b>Capítulo 4</b> Implementación: El contexto del paciente	<b>83</b>
<b>Capítulo 5</b> Comentarios	<b>99</b>
<b>Apéndices</b>	<b>126</b>
<b>Apéndice 1</b> Nombramiento del Representante Médico	<b>127</b>
<b>Apéndice 2</b> Directrices Anticipadas	<b>131</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>133</b>



## Prólogo

La única seguridad que tenemos al inicio de nuestra vida es que esta va a terminar en algún momento. Lo que sucede en el inter es contingente, tiene que ver con lo que cada quien hace en su día a día y, claro, las circunstancias que enfrenta cotidianamente. Todo siempre en búsqueda de que sea bueno y mientras se puede, porque hay un momento en que la “pila se acaba.”

Sobre la existencia humana se ha escrito mucho incluyendo el deseo de que sea perenne e incluso infinita. Sin embargo, la realidad es otra porque “...es así la vida”, apunta Saramago, “...va dando con una mano hasta que llega el día que quita todo con la otra”. Esa es la gran reflexión hamletiana, ser o no ser, vivir o no vivir, cuando la realidad nos obliga a hacer conciencia del inter, lo que sucede al estar vivos. Decidir sobre esto es importante, abunda sobre la dignidad del ser humano y permite dar sentido al propósito de vivir.

Perogrullo hace notar que la vida existe hasta que se acaba por lo que las decisiones que tomamos incluyen el final y son muy importantes. Tenemos derecho a ellas derivado del respeto a un valor ético principal, la autonomía de la persona. De eso trata este importante libro: cómo ejercer nuestra autonomía aún cuando sobrevenga disminución o pérdida de nuestra voluntariedad. Es importante pensar que podemos caer en ese supuesto, es probable, incluso uno diría que es muy probable.

Hace una centuria apenas, la expectativa de vida de alguien al nacer durante la revolución mexicana, rondaba los 30 años y, según el doctor Javier Garciadiego, miembro del Colegio Nacional, entre los años 1915 y 1916 bajó a 20 años.<sup>1</sup> En los siguientes 100 años ese promedio de vida prácticamente se cuadruplicó en nuestro país y en este momento es de 75 años (la pandemia no pasó en balde).

---

<sup>1</sup> La Revolución Mexicana y su Costo Demográfico. <https://www.eluniversal.com.mx/articulo/ciencia-y-salud/ciencia/2016/10/21/la-revolucion-mexicana-y-su-costo-demografico/> Revisado el 26-05-2023.

Mejoras en alimentación, saneamiento, comunicaciones y acceso a servicios de salud explican el asunto (también el ya no estar en guerra ayudó).

Y las causas de morbimortalidad han ido transformándose en el mundo. Han disminuido las enfermedades transmisibles, las materno-infantiles y las asociadas a déficit nutricional. En cambio, las enfermedades no-transmisibles o enfermedades crónico-degenerativas han ‘florecido’ gracias a la posibilidad de vivir más años y a un mejor control de las transmisibles. A grandes rasgos, el 69% de la carga de enfermedad en nuestro país corresponde a enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles (sobresaliendo la diabetes y daño renal asociado, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer).<sup>2</sup> Vivimos más tiempo, pero con el riesgo de un impacto negativo sobre la calidad de esa vida, de ahí que la cantidad se torna menos importante que la calidad de la existencia.

De lo anterior deriva la importancia del tema escogido por los autores de este libro Bernardo García Camino, Robert T. Hall y Eugenio Miranda, de la Universidad Autónoma de Querétero. Reflexionar sobre cómo proteger la autonomía de las personas en las situaciones esperables de deterioro existencial secundario a enfermedades crónico-degenerativas, o simplemente al efecto propio del envejecimiento, justifica la aparición del presente libro: ***La Ética de Directrices Anticipadas y la Representación Médica.***

El poder ejercer una autonomía plena es algo cuya defensa no tiene cuestionamiento posible en sociedades democráticas o proto-democráticas. El punto importante es cómo empoderar dicha autonomía sobretudo cuando pueden coexistir dificultades para el ejercicio de la voluntariedad (estatus mental, principalmente, pero hay otros). Los autores muestran gran preocupación por esto y proponen estrategias para su reforzamiento, protección y ejercicio en situaciones cuando, en un momento dado, no es posible establecer una comunicación con el paciente. De lo que trata

---

<sup>2</sup> <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>



es de mantener en todo tiempo un criterio de juicio subjetivo sobre lo que quiere la persona (el sujeto es quien decide). Con un estatus mental adecuado, la comunicación es directa al igual que la respuesta. Sin embargo, es frecuente que las y los pacientes no tengan capacidad de entablar comunicación ya que se encuentran sedados e inconscientes por muchas razones (por ejemplo, al estar intubados y conectados a un ventilador mecánico, o por haber sufrido daño encefálico de diverso grado, o por deterioro cognitivo asociado a la edad). Tener algo y alguien que defienda las preferencias de un paciente en estas circunstancias médicas y de final de la vida resulta muy importante.

El asunto es poder mantener ese criterio de juicio subjetivo mediante alternativas reconocidas de voluntad anticipada y establecer un representante para decisiones médicas en los casos en que se dé la circunstancia no muy improbable de no estar en capacidad de realizar un ejercicio de toma de decisión voluntaria válida y no tener que caer en los supuestos de decisiones mediante la aplicación de un criterio sustitutivo. Cuando la o el paciente no tienen capacidad de decidir voluntariamente, no existen directrices anticipadas y no hay un representante médico oficialmente designado (albacea o apoderado que defienda oficialmente los deseos de los pacientes), se debe recurrir a un ejercicio de toma de decisión mediante criterio sustitutivo.

Estas son las decisiones sustitutas o subrogadas que implican un análisis de los deseos del sujeto a través del conocimiento que se tenga de él o ella; participan familiares directos, indirectos, amistades, la otra o el otro significativo que cada quien tenga incluyendo sus médicos, enfermeras, consejeros espirituales y otros. Lo importante no es decidir por el sujeto sino acercarnos lo más posible a lo que este hubiese decidido si pudiera hacerlo en el momento. Responde a la pregunta “¿qué haría el sujeto?”

El hecho de que la o el paciente no puedan directamente decidir, no les elimina el derecho que tienen de que se respete su autonomía. Las decisiones póstumas son res-

petadas en lo que atañe a los bienes materiales poseídos por el sujeto (su casa, su auto, su terreno, sus cuentas de banco, las acciones de empresas que pueda poseer, etc.). Los temas testamentarios con bienes materiales son totalmente aceptados y promovidos en nuestra sociedad. ¿Por qué razón no debería de respetarse lo que quisiera el paciente en cuanto a decisiones póstumas como tipo de ceremonia funeraria, sitio dónde depositar sus restos incluyendo si quiere que sean sus cenizas o su cuerpo como tal? Lo mismo pasa con decisiones importantes durante situaciones médicas y que atañen rechazo a tratamiento, futilidad terapéutica, limitación de esfuerzo terapéutico o sedación paliativa (cosas aceptadas por la *lex artis* médica y la normatividad nacional).

El libro de García-Camino, Hall y Miranda da cuenta de estos problemas y presenta un contexto inicial que permite establecer posteriormente un análisis más que útil sobre los contextos legal y médico. Y no queda en meras consideraciones de elucubración argumentativa sino que hace un discurso sobre la implementación bajo el contexto del paciente y presenta ejemplos de formato para documentar el proceso de establecer directrices anticipadas (voluntades anticipadas como también es conocido) y para establecer el nombramiento de la persona responsable de la toma de decisiones médicas dentro del contexto de velar por el cumplimiento de dichas directrices (toma de decisión bajo criterio de juicio subjetivo en caso de estar establecido documentalente), o realizar una decisión bajo el concepto de criterio sustitutivo de decisión (finalmente, dicha persona nombrada por el sujeto, se encuentra en una posición de conocimiento importante que permite construir una decisión de acuerdo con lo que conoce del sujeto involucrado).

Me gustaría hacer un paréntesis histórico. John Keats (1795-1821) es considerado uno de los poetas mayores del romanticismo británico. Estudió medicina y se encontraba preparando sus exámenes para ser admitido al Royal College of Surgeons cuando una iluminación, arrebató, excitación o inspiración le hicieron tomar la decisión de dedicarse

enteramente a la poesía. Pero eran los inicios del siglo XIX y hace doscientos años la tuberculosis causaba estragos. Su madre y un hermano murieron por la enfermedad y él, habiendo cuidado directamente de su hermano, contrajo el asunto. Su vida se deterioró, pero no su creatividad: *¿Es la vida un sueño, y la muerte solo un dormir, ...y aún pensamos que el mayor dolor es morir?* Escribió en su poema Sobre la Muerte. Viajó a Italia en busca de un clima más propicio a su salud, sin embargo, sus últimas semanas fueron terribles en sufrimiento al grado de plasmar la pregunta en una carta, *“¿Qué tanto continuará esta existencia póstuma mía?”* Y aún así sus amigos y sus médicos no fueron capaces de darle el vial de opio que llevaba con el propósito de mitigar su dolor; en cambio lo escondieron malentendiendo las necesidades del amigo-paciente con la justificación de evitar un posible suicidio. Y así, sufriendo, terminó sus días.

En la actualidad debemos contemplar como “Objetivos de la Medicina” lo que dice el documento del Centro Hastings (The Goals of Medicine, Hastings Center Report; 1996): aliviar el dolor y el sufrimiento; que a veces no es suficiente, por lo que se incluye propiciar una muerte en paz.

El paciente tiene el derecho moral (y legal, como enseña este libro) de participar mediante el ejercicio de su autonomía en las decisiones sobre aceptar, rechazar o descontinuar las modalidades terapéuticas que se implementan en su cuidado; bajo su propia decisión (consentimiento informado), o de manera anticipada mediante directrices previamente establecidas por ella o él; o bien mediante las decisiones tomadas por un representante designado por el o la paciente. Esto es lo que nos enseña este importante libro.

Con toda razón los autores apuntan sobre el deseo de homogeneizar el otorgamiento de los cuidados paliativos en el país; facilitar el establecimiento de directrices anticipadas mediante formatos disponibles que ayuden a tal efecto; visualizar la planeación adelantada con acceso a consejo médico orientador y poder incluirlo dentro de la documentación que conforma el expediente clínico de todo paciente.

Como bien mencionan en el texto, existe normatividad en la Ley General de Salud, en Reglamentos específicos, en Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica en el tema de cuidados paliativos. Nada es improvisado, pero es importante que se conozcan más a fondo estos documentos y se reconozca el valor que tienen. Este libro aporta para estos fines. Enhorabuena.

**Patricio Santillan-Doherty**  
**Comisión Nacional de Bioética**

# Capítulo 1

## Introducción

Este libro es en realidad una precuela. Posterior a la publicación de “La ética del cuidado paliativo”<sup>1</sup> seguimos discutiendo acerca de los cuidados paliativos en México, y su implementación en la práctica clínica. De esas pláticas surgió la idea de que existían problemas previos, conceptuales y prácticos que requerían soluciones o alternativas de acción.

Hay dos conceptos que requieren atención y que son de los que trata esta obra, **las directrices anticipadas y la representación legal para la toma de decisiones médicas**. Al proporcionar un plan modelo para Cuidados Paliativos, habíamos pensado que la implementación del resto de la ley se entendería claramente y habíamos asumido erróneamente que sería aplicada de manera efectiva. Pero la reforma legal es sólo una parte de lo que se requirió. Necesitamos llevar el proyecto más lejos en el contexto de la **planificación anticipada proponiendo aquí alternativas**.

Consideramos que nos encontramos en un punto que ya habíamos analizado previamente<sup>2</sup>, las leyes por sí mismas no cambian la realidad, son sólo una parte de lo que se requiere.

Rita Laura Segato,<sup>3</sup> al hablar de la violencia de género, hace una descripción de una secuencia que es necesaria y que va más allá de la expedición de las normas:

Los sistemas de monitoreo son, en efecto, cada vez más eficientes en controlar si los compromisos asumidos

---

<sup>1</sup> García-Camino B, Hall RT, Miranda E. La Ética del Cuidado Paliativo [Internet]. Comisión Nacional de Bioética. 2021 [Consultado 13 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/646016/libro\\_etica\\_de\\_cuidado\\_paliativo\\_baja.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/646016/libro_etica_de_cuidado_paliativo_baja.pdf)

<sup>2</sup> García-Camino B, Hall RT. Vista de bioethics and the law in Mexico [Internet]. Revistes.ub.edu. 2020 [Consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/28625/31370>.

<sup>3</sup> Segato RL. Las estructuras elementales de la violencia: contrato y status de la etiología de la violencia [Internet]. Ujed.mx. 2003 [Consultado 13 de agosto de 2023]. Disponible en: [http://ovsyg.ujed.mx/docs/biblioteca-virtual/Las\\_estructuras\\_elementales\\_de\\_la\\_violencia.pdf](http://ovsyg.ujed.mx/docs/biblioteca-virtual/Las_estructuras_elementales_de_la_violencia.pdf)

por el país se traducen en leyes; si, a su vez, éstas se traducen en políticas públicas; si se encuentran previstas en el presupuesto para la nación votado por el Congreso Nacional; si gozan del reconocimiento efectivo por parte de los integrantes del poder judicial; si llegan al conocimiento y modifican las prácticas de los ciudadanos; y, finalmente, si impactan los índices captados por las estadísticas.

Y por ello, más que buscar reformas a las leyes, estamos proponiendo la implementación de las que tenemos actualmente.

Nos enfrentamos a muchos elementos circunstanciales, solo por mencionar algunos:

Culturalmente en México, la muerte y las enfermedades terminales son un tema tabú en la mayoría de las personas.

Tenemos un sistema de salud fragmentado. A pesar de que desde la ley se considera un sistema, las partes funcionan aisladas, carentes de comunicación o interacción. Aún en una sola institución algo tan básico como el expediente médico, éste no sigue o acompaña al paciente, y se queda en cada instalación.

Persiste aún el paternalismo médico y los instrumentos como el consentimiento informado siguen sin ser utilizados o son mal aprovechados.

La justicia ha sido señalada también: suele ser lenta, compleja y costosa, lo que provoca que la mayoría de los mexicanos no puedan acceder a ella con facilidad.<sup>4</sup>

Existe un claro distanciamiento entre la práctica médica y el derecho, se recurre mucho al término (y en la práctica) de la “medicina defensiva”, arraigándose ésta en el desconocimiento del personal de salud de los ordenamien-

---

<sup>4</sup> Ayllón SL, Bonifaz L, Jose A, Caballero Juárez A, Calero N, Ana S, et al. Informe de resultados de los Foros de Justicia Cotidiana [Internet]. Org.mx. [citado 14 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/04/Documento\\_JusticiaCotidiana.pdf](https://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/04/Documento_JusticiaCotidiana.pdf)

tos legales, y a la complejidad del sistema de justicia implicando riesgos generando y enraizando usos y costumbres contrarios a las necesidades de los usuarios de los servicios de salud, provocando también la incapacidad del personal para proveer lo que los beneficiarios solicitan o les corresponde.

La propuesta que presentamos aquí busca que sea de la forma más sencilla, práctica, efectiva y menos costosa para todas las partes involucradas en los cuidados paliativos. En ella buscamos aclarar y desmitificar algunas cuestiones específicas queriendo que sean de utilidad para el personal de salud y proponer pequeñas modificaciones en la forma de ejecutar la planeación y los cuidados paliativos para que se logren grandes cambios.

Al considerar que la muerte y las enfermedades terminales son temas tabúes, los pacientes y sus familias evitan la planeación para decisiones que servirán a futuro para orientar en caso necesario, lo que en consecuencia podría provocar desacuerdos o conflictos. La claridad y la objetividad al hablar del tema incluso permitiría que la familia tome decisiones aún sin necesidad de expedir documentos legales que lo confirmen. El silencio en la discusión pública sobre este rubro es enorme. No hay diálogo en la medicina o en el derecho, y menos una reflexión sobre la práctica clínica que haya sido desencadenada de alguna resolución judicial que marque pautas de comportamiento o guíen la labor cotidiana en los hospitales o centros de salud que involucra al personal que trabaja en dichas instituciones.

Las Directrices Anticipadas, como están previstas en la ley, son, de fondo, pasos trascendentes en la expresión de la libertad y de la decisión de cada persona en determinadas circunstancias al final de su vida. La renuncia o la aceptación de tratamientos médicos son parte de la vida cotidiana y se incrementan en la situación en que la terminalidad acarree una mayor vulnerabilidad a las personas, no limitándose al enfermo, sino que serán extensivas a su familia. Una persona que anticipa las circunstancias y exprese su voluntad respecto de su padecimiento releva a otros de la toma de decisiones ante situaciones difíciles.

Tenemos presentes los casos de Karen Ann Quinlan (1975) y de Nancy Cruzan (1990) que llevaron a otro nivel de discusión el proceso de muerte, pero también destacamos que los autores norteamericanos consideran que no han tenido muchos casos que se decidan en sede judicial, pues en el periodo de 15 años entre ambos casos “fueron menos de 100”<sup>5</sup>, pero los casos resueltos brindaron orientaciones legales específicas. En nuestro país no hemos tenido experiencia similar llevada a los tribunales, tampoco ha habido discusiones públicas y mediáticas como la de Ramón Sampederro en España o de Vincent Lambert en Francia, esto implica que es algo necesario y nos señala que está aún pendiente de análisis, discusión y consenso en nuestra sociedad.

Somos conscientes del movimiento político a favor de la creación de leyes estatales de “Voluntades Anticipadas”, tal situación no ha terminado de incrementar y atraer la atención de los pacientes sobre el cuidado que han de llevar, porque este tipo de planificación generalmente es una declaración notariada de los deseos de los pacientes sin contar con el consejo del médico, ¿quién mejor podría entender los temores del paciente y resolverlos? No nos oponemos a estas leyes, pero creemos y demostramos en el texto de esta obra, que con la aplicación de la Ley General de Salud y su Reglamento —que cuentan con menos formalismos y requisitos— se obtienen los mismos resultados.

También existe la ventaja de que, al estar conformado México como una federación, la aplicación de una Ley de carácter federal, como lo es la Ley General de Salud, aplica para todas las instituciones e instalaciones del Sistema Nacional de Salud con un criterio uniforme, mientras que las leyes estatales cambian de condiciones y requisitos en cada entidad federativa que las ha expedido y tampoco las leyes estatales pueden, por jerarquía, forzar a las instituciones públicas de carácter federal (IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX) a cumplirlas, siendo las estatales de observancia solo para los sistemas locales de atención a la salud.

---

<sup>5</sup> Meisel A. Legal Issues on Death and Dying, en *The Oxford Handbook of ethics at the end of life*. Oxford England: Stuart Youngner and Robert Arnold, editors, Oxford University Press; 2016.



Además, encontramos un estudio que midió el conocimiento del público sobre los documentos de voluntad anticipada y, para los efectos de nuestra investigación destacamos que, a pesar de que la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México fue expedida el 3 de mayo de 2013, se reporta que el 95.3% de los participantes desconoce qué es voluntad anticipada, 98.8% desconoce sobre la legislación correspondiente, ninguno ha tramitado un documento de voluntad anticipada y el 67.0% estaría dispuesto a realizarlo.<sup>6</sup>

No existe en México interés cívico por el conocimiento de las leyes y su aplicación, a pesar de considerar a la salud como un derecho, no se refleja en las exigencias para su cumplimiento o implementación por parte de la ciudadanía, tampoco existe una cultura de la prevención que motive a las personas para dictarlas o el reconocimiento de las ventajas para el personal de salud al tenerlas y así motivar su expedición.

El Consejo de Salubridad General en la Guía de Manejo Integral de Cuidados Paliativos,<sup>7</sup> considera a las directrices o voluntades anticipadas como un derecho del paciente que incluye la observancia de estas y la recomendación de que en la atención de Segundo y Tercer nivel sean recabadas, estas referencias nos aseguran el reconocimiento de las autoridades sanitarias del país de ambos documentos.

Vamos a mostrar que la expresión de la autonomía de las personas a través de las directrices anticipadas se convierte en la manifestación palpable de la misma y, de esta manera también, como un avance de la práctica de la medicina que abandona el modelo del paternalismo médico. La expresión personal de la decisión sobre el tratamiento releva al médico de la toma de decisiones que posteriormente le podrían ser cuestionadas y también sirve al acomodo y flujo de acciones en el entorno del paciente termi-

---

<sup>6</sup> Carmona-González M, Mendoza-Márquez O, Veytia-López M, Herreros-Ruiz-Valdepeñas B. Conocimiento Sobre Voluntad Anticipada en Pacientes de Instituciones Públicas de Salud de México [Internet]. Core.ac.uk. 2017 [Consultado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/154796563.pdf>

<sup>7</sup> Consejo de Salubridad General, Guía de Manejo integral de cuidados paliativos, disponible en [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia\\_cuidados\\_paliativos\\_completo.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo.pdf)

nal evitando discusiones en las alternativas o los reproches sobre lo que haya sido realizado.

Aunado a lo anterior, se ha señalado que los servicios de salud pública cada día son más precarios y los sistemas de salud pública de la mayoría de los países se encuentran también en crisis.<sup>8</sup> Como las necesidades aumentan y los presupuestos disminuyen, el cuidado a los pacientes terminales, incluso a domicilio, encuentran una forma de mejorar su atención ya que tendrían efectos positivos, al evitar el encarnizamiento, los tratamientos extraordinarios, la angustia y las ocupaciones hospitalarias onerosas.

La relación entre este estudio y nuestra obra previa está basada en el hecho que, en la toma de decisiones de los pacientes (planeación anticipada), encontramos dos momentos o etapas con características distintas y efectos diferentes.

El primer tipo se considera preventivo, personal, voluntario y genérico. En esta etapa puede ser expedido a través de las directrices o de la voluntad anticipada. Es preventivo porque es independiente al estado de salud de la persona que lo expide, aún no hay un diagnóstico ni la determinación de que se encuentra en una situación terminal; es personal por requerir ser expedido por la persona directamente, no cabe la posibilidad de ser expedido por un representante; es voluntario por no existir obligatoriedad para su expedición ni de los médicos para recabarlo, y es genérico porque las órdenes o contenido que incluye solo puede referirse a cuestiones hipotéticas de carácter general, desde la renuncia a cualquier tratamiento que se considere fútil hasta peticiones como no RCP, no intubación, etc.

Esta manifestación podría no utilizarse pues cabe la posibilidad de quien la expide no llegue a considerarse enfermo terminal. Por otro lado, no es un consentimiento in-

---

<sup>8</sup> CEPAL-OPS. La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social [Internet]. Informe COVID-19. 2021 [consultado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47301-la-prolongacion-la-crisis-sanitaria-su-impacto-la-salud-la-economia-desarrollo>

formado ya que carece del proceso de discusión de la condición médica, es unilateralmente el deseo del paciente. El documento llegará en algunos casos a registros o deberá ser exhibido por quien lo expidió o sus familiares en el caso de necesitarse. En caso de que se utilice, las condiciones que se establecieron se vuelven obligatorias para el personal de salud.

Un segundo tipo es de tratamiento, obligatorio y específico, se expresa en formatos de consentimiento informado y órdenes médicas, en el Plan de Cuidados Paliativos. Es de tratamiento porque ya hay un diagnóstico de la condición terminal del paciente e implica decisiones alternativas a futuro conforme la evolución natural de la enfermedad; este documento es obligatorio y debe recabarse por el personal de salud en la manifestación de consentimiento informado, pudiendo ser con el paciente o, ante su imposibilidad o incapacidad, a través de su representante; y es específico pues se refiere a cuestiones del padecimiento conforme al pronóstico. El documento debe incluirse en el expediente médico del paciente y ahí accederá el personal de salud a sus estipulaciones.

Por lo tanto, aquí nos fijamos en dos aspectos de la primera etapa de planeación anticipada: la expresión de Directrices Anticipadas y el nombramiento de representantes legales para tomar decisiones de atención médica para personas que no pueden expresar sus propios deseos. Y proponemos que esta dimensión de la planeación, que denominamos aspectos “éticos” porque involucran decisiones y acciones, que están plenamente respaldadas por la legislación federal vigente en México (discutimos el contexto legal en el Capítulo Dos) y por las normas éticas vigentes de práctica médica (que discutimos en el Capítulo Tres). Acompañamos esto, con una discusión de la implementación práctica de estos aspectos en el Capítulo 4 y una discusión final en el Capítulo 5 de algunos de los asuntos prácticos involucrados.

Claro que pueden existir decisiones muy difíciles respecto al uso, o no, de tratamientos médicos y procedimien-

tos. Tanto los médicos como los pacientes a menudo se guían todavía o se equivocan por creencias comunes arraigadas como estereotipos. Y como se solía decir, cuando la decisión era difícil siempre debíamos “errar del lado de la vida” y se nos olvida que pensar esto puede seguir siendo un error.

La expresión de la voluntad de los pacientes de forma anticipada en la que se estipula lo que se está o no dispuesto a aceptar como tratamiento logra también, de muchas maneras, evitar el encarnizamiento terapéutico y la futilidad a la cual podría sentirse obligado (por ignorancia) un familiar tratando de “hacer todo lo posible” aunque sea inútil.

Al tocar el tema de la representación lo hacemos pensando en las vicisitudes y condiciones características de la vida moderna. Cuando hay claridad sobre lo que se dispone y/o no hay divergencia de opinión entre todos los involucrados (paciente, representantes, cuidadores, etc.) no habrá conflicto. Sin embargo, pensamos en un respaldo para el personal de salud y justificar adecuadamente su actuar, pues está basado en la decisión del paciente y/o sus representantes.

Al surgir la representación civil se hacía énfasis en las cosas y los bienes y no se distinguían decisiones de índole personalísima<sup>9</sup>; no se reconocían derechos de esta naturaleza ya que los derechos humanos, como los conocemos en la actualidad, no existían. Hoy en día, consideramos la voluntad del paciente como un derecho humano, siendo un mandato obligatorio y por ello se requiere también la figura de su representante quien también se convierte en vigilante de su ejecución.

---

<sup>9</sup> “Los derechos personalísimos -también denominados derechos de la personalidad- son aquellos derechos subjetivos esenciales que, por ser inherentes a la naturaleza humana, corresponden a todo ser humano en cuanto tal, desde su nacimiento hasta su muerte, y que le permiten desenvolverse en la vida social, de acuerdo con su dignidad. En doctrina se identifican como tales al derecho a la vida, a la integridad corporal, a la libertad, al honor, a la intimidad, a la imagen y a la identidad.” Bibiana Nieto, María. (2020). Derechos personalísimos y autonomía progresiva del menor de edad en Argentina: sus derechos a la intimidad, al honor y a la imagen. *Revista de Derecho (Universidad Católica Dámaso A. Larrañaga, Facultad de Derecho)*, (21), 91-117. Epub 01 de junio de 2020. <https://doi.org/10.22235/rd.vi21.2003>

Solía recaer siempre —y el otorgamiento de carácter de representante “automático” que hace que la ley civil siga en este sentido— a favor de familiares, pero la ley reconoce la posibilidad de nombrar a una persona “de confianza,” en lugar de familiares, en consciencia de que un vínculo de esta índole puede ser más fuerte que lo filial.

Las situaciones sociales y contingencias médicas frecuentemente son complicadas. ¿Qué pasa si el paciente no tiene parientes vivos? ¿Qué pasa si los miembros de la familia no están de acuerdo? ¿Cómo puede una persona, designar a una amiga como su representante en vez de un familiar? ¿Qué sucede, por ejemplo, si el familiar más cercano es incapaz para tomar decisiones o simplemente se niega hacerlo? Y estas preguntas nos conducen a otros asuntos más teóricos o legales, ¿Una persona incapaz para tomar decisiones por sí mismo tiene el derecho para designar a un representante? ¿O qué debe suceder si el representante tiene un conflicto de intereses con respecto a su cumplimiento de las responsabilidades del cargo de representación? ¿Existe un proceso para remover a un representante inapropiado? y precisamente, ¿Cuáles son los poderes de los representantes?

Por otro lado, la gran mayoría de mexicanos no tiene médico privado y se internarían en los sistemas públicos de salud en los cuales la práctica frecuente es pedir el “consentimiento” como formalidad oficial después de que los médicos ya han tomado la decisión médica. Con suerte, los médicos tratantes o supervisores tomarían la decisión que el paciente hubiera querido; sin embargo, en la actualidad, probablemente nadie preguntaría al paciente quién querría que tomara las decisiones por él, como su representante. El derecho de la persona para dar su consentimiento informado para el tratamiento médico está establecido en principio, pero este derecho puede perderse fácilmente en el sistema de salud pública cuando un paciente no es capaz para expresar su propia voluntad. Es verdad que algunos médicos en México ahora tienen cuidado de identificar quien debe de tomar decisiones como representante de sus pacientes e informarlos completamente.

Actualmente, nuestro enfoque está cambiando; ahora más que nunca estamos comprometidos con los derechos de los pacientes, pero con congoja observamos que la expresión de estos derechos en las leyes de “Voluntades Anticipadas” no son lo suficientemente efectivos.

Cuando comenzamos a estudiar las aristas de los cuidados paliativos encontramos para nuestra sorpresa, que la ley federal en México era bastante fuerte en cuanto a la defensa del pleno desarrollo de los derechos humanos, no sólo de que las personas tienen derecho a expresar sus deseos de atención médica, sino que los médicos están de hecho, legalmente obligados a respetar esos deseos. Empezamos a vislumbrar, por lo tanto, un cambio en nuestro interés, desde el desarrollo más fuerte de la ley hasta la implementación de la ley que actualmente existe.

El problema de la representación para decisiones médicas, además, es un asunto de cambio social. En el pasado quizá era suficiente decir “deja que la familia decida” dado que la gran mayoría de la gente tenían parientes. No obstante, hoy en día, es imposible decir cuántas personas en México podrían necesitar o desear un representante para las decisiones médicas. Sin embargo, el porcentaje de adultos mayores viviendo solos está creciendo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018, en México residen 15.4 millones de personas de 60 años o más, de las cuales, 1.7 millones viven solas.<sup>10</sup> En la opinión del Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática:

“Las personas de 60 años o más que viven solas en México (son vulnerables), debido a que no cuentan con una red familiar que las apoye en algún momento de su vida donde su salud o sus condiciones económicas puedan ser precarias”.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS DE EDAD (1o DE OCTUBRE) DATOS NACIONALES [Internet]. INEGI. 2019 [citado 13 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019\\_nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_nal.pdf)

<sup>11</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad: datos nacionales. 2019. Comunicado de prensa núm. 475/19 30 de septiembre de 2019

Además de las personas mayores que viven solas, hay otros grupos de personas que podrían estar interesadas en designar a un representante legal para decisiones médicas<sup>12</sup>; estos pueden incluir a personas homosexuales que viven juntas, pero no están casadas. Aunque el censo de 2020 indicó que en el año 2019 hubo 3592 matrimonios legales de parejas del mismo sexo, seguramente no todas las personas con parejas del mismo sexo están casadas. Y de las personas de 15 años y más, un 20 por ciento viven en unión libre. Debemos acotar que entre los años 2000 y 2019 los divorcios legales casi se quintuplicaron, al pasar de 7 a 32 divorcios por cada 100 matrimonios.

En los próximos años, a medida que cambie la naturaleza de la población, es probable que más pacientes se encuentren en la necesidad de designar representantes legales para decisiones médicas y sus médicos seguramente querrán saber quiénes pueden autorizar el tratamiento médico para estos pacientes. Una sociedad moderna debe defender los derechos de todas las personas al menos para ofrecer una manera legal para que aquellos en distintas circunstancias sociales pueda designar a otra persona, sin tener en consideración su parentesco como representante legal para tomar decisiones médicas.

Podríamos recomendar sugerencias de la ley para personas en situaciones distintas y la clarificación de la diferencia entre representación para decisiones médicas y otras formas de representación; sin embargo, es nuestra intención abordar este problema aquí, al menos en primera instancia, como una cuestión de implementación de la ley existente.

El objeto del presente estudio es insistir (1) en el derecho del paciente para expresar por adelantado sus deseos para el cuidado al final de la vida y (2) en el derecho del paciente a designar un representante legal para que lleve a cabo su voluntad cuando no pueda expresarla por sí mismo.

---

<sup>12</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. 2020 [citado 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>

Vamos a demostrar que estos derechos son esenciales para los pacientes y derivan de su garantía de decidir libremente sobre sus cuidados de salud ya protegidos por la constitución y la ley mexicana, que son reconocidos y que no están limitados a aquellos pacientes que se encuentran en condición de terminalidad<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Proponemos el uso de la palabra terminalidad como una cualidad de terminal, con base en la siguiente definición de la Real Academia de la Lengua española. dad. Sufijo de origen latino que en español forma, a partir de adjetivos, sustantivos abstractos de cualidad: artificialidad ('cualidad de artificial'), vistosidad ('cualidad de vistoso'). La forma -dad aparece solamente detrás de las consonantes n, l o r en sustantivos que proceden directamente del latín, como cristiandad, crueldad, igualdad, maldad, ve-cinidad, verdad, etc., o en creaciones tempranas en castellano, como hermandad, liviandad y ruindad; pero no se emplea en la actualidad en la creación de sustantivos abstractos a partir de adjetivos. Hoy, este sufijo, dependiendo del adjetivo al que se une, adopta las variantes -idad, -edad o -eidad. Si bien su comportamiento no es siempre predecible, pueden darse las siguientes reglas generales orientativas: <https://www.rae.es/dpd/-dad>



## Capítulo 2

### *El contexto legal*

Este libro se ubica en el contexto de la ética de la práctica médica, distinto a los preceptos de la ética de la investigación. Si bien, para algunos, las dos tienen como antecedente común los escándalos de la experimentación en los campos de concentración nazi o la barbarie racial de Tuskegee, nos enfocamos más a una evolución específica de la ética clínica en el tránsito entre el paternalismo médico a la decisión del paciente.

Nuestro interés en la capacidad de las personas para dar directrices anticipadas y de nombrar a representantes legales había tenido su origen en un estudio de cuidados paliativos. Los cuidados paliativos tienen estos dos aspectos: planeación anticipada, antes de un diagnóstico de condición terminal, y el plan de cuidado escrito por el médico al momento de este diagnóstico de terminalidad.

Tanto para los sujetos de investigación como para los pacientes hospitalizados, la bioética fue un movimiento por los derechos de los pacientes. El contexto histórico de nuestra discusión sobre el derecho legal de las personas de decidir sobre su propio tratamiento médico se inició en la ley en México en 2003<sup>14</sup> y se extendió a la complejidad de los cuidados paliativos para pacientes terminales en 2009.<sup>15</sup> En nuestra opinión, la elaboración completa de los derechos de los pacientes para nombrar representantes legales y para escribir directrices anticipadas es un paso más en el desarrollo de las implicaciones del concepto de derechos de los pacientes en general.

Sin embargo, también hacemos notar que las reformas a la Ley General de Salud se han hecho introduciendo nuevos temas, en capítulos separados, y que pareciera que

---

<sup>14</sup> Ley General de Salud, Artículo 77 Bis 37.

<sup>15</sup> Ley General de Salud, Artículo 166 Bis.

lo que se prevé en ese capítulo sólo operará para los supuestos contenidos en el mismo. Diferimos de ese criterio y máxime cuando se incorporan derechos que se estipulan permanentemente y no solo en los supuestos concretos, es decir, apoyamos una lectura e interpretación integral de la normativa, que implica la expansión y progresión de los derechos y no una de carácter restrictivo.

## **I. Los derechos humanos en perspectiva jurisprudencial internacional**

La ley se desarrolla normalmente dentro del contexto de distintas culturas. Es una cuestión de reglas o pautas morales basadas en las perspectivas éticas de la sociedad en cuestión. Sea esta una política autocrática (el derecho divino de los reyes), un sistema de partido único, o democrática, la estructura legal y los requisitos específicos de jurisdicción nacional (al menos idealmente en tiempos normales) reflejan el desarrollo de las perspectivas éticas de la cultura social. Como Oliver Wendel Holmes mencionó: “La ley es el testimonio y depósito externo de nuestra vida moral. Su historia es la historia del desarrollo moral de la raza”<sup>16</sup>. México forma parte de la cultura occidental en términos generales, por lo que nuestra cultura tiene esta herencia histórica primera autocrática y luego democrática. Es necesaria dar cuenta de nuestro punto de partida para entender los detalles del sistema legal mexicano.

Una de las formas de ver a las leyes, como construcciones sociales reguladoras de la conducta son a partir del objeto que se pretende con ellas, pudiendo ser prohibir, prevenir o fomentar determinados actos. Normalmente, cuando la ley restringe conductas, son aquellas que la sociedad pretende erradicar del grupo, y surgen de la experiencia sentida de la colectividad. Si vemos lo acontecido en los campos de concentración, refiriéndonos a la experimentación con seres humanos, es fácil entender lo que

---

<sup>16</sup> Holmes OW. The Path of Law. Harvard University, editor. Revista de Derecho. 1897

se prevé en el Código de Núremberg<sup>17</sup> (creación del concepto de crímenes de lesa humanidad), la Declaración de Helsinki<sup>18</sup> (que establece el consentimiento informado de los sujetos en investigación), o la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO<sup>19</sup> (que vincula la bioética con temas de derechos humanos).

Precisamente la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005, a la cual México emitió su voto aprobatorio, debe ser vista como parte del sistema, junto con otras disposiciones normativas que reafirman los principios protectores de la dignidad, autonomía y consentimiento como derechos humanos<sup>20</sup>:

### **Artículo 3 – Dignidad humana y derechos humanos**

1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

### **Artículo 5 – Autonomía y responsabilidad individual**

Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

---

<sup>17</sup> Nuremberg, Tribunal Internacional de. Código de Núremberg [Internet]. 1946. Disponible en: <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/el-codigo-de-nuremberg#gsc.tab=0>

<sup>18</sup> Asociación Médica Mundial. Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Brasil 64a. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Asociación Médica Mundial. 2013 [Consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicinas-en-seres-humanos/>

<sup>19</sup> UNESCO, 33a Sesión de la Conferencia General. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [Internet]. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 2005 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa)

<sup>20</sup> Usamos este documento por incluir principios aplicables a la ética de la investigación o de la parte clínica, a diferencia de la Declaración de Helsinki que se enfoca solamente a la parte de la investigación

## **Artículo 6 – Consentimiento**

1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

## **Artículo 7 – Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento**

De conformidad con la legislación nacional, se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento:

a) la autorización para proceder a investigaciones y prácticas médicas debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación;

El derecho de la gente de decidir libremente sobre su tratamiento médico (autonomía del paciente) forma parte de su libertad, entendiéndose esta como la capacidad de decidir o elegir y se refleja fielmente en la práctica médica. De forma que, uno de los elementos del consentimiento informado es el conocimiento y comprensión de las alternativas de tratamiento y la elección de la que mejor responda a los intereses del paciente.

Como segundo elemento, posterior a la autonomía como libertad, es la determinación relativa a los casos en que las personas no son capaces (temporal o definitivamente) para decidir; es a través de la representación, la forma en la que un tercero decide por el paciente, esto siendo la manera de hacer efectivo el derecho primario de libertad. Por ello, negar la posibilidad de representación implicaría negar el derecho a elegir.

Entonces, al hablar de derechos humanos, proponemos el siguiente orden secuencial:

- La autonomía del paciente, como capacidad de elegir entre opciones de tratamiento médico, es decir, como expresión de libertad.
- El consentimiento informado, como forma de recabar este consentimiento por parte del personal médico y el paciente.
- La representación, como la forma de hacer efectiva la libertad a través de un tercero cuando el paciente es incapaz de decidir por el mismo (temporal o permanentemente).

La autonomía y la posibilidad de nombrar representantes legales para decisiones médicas es una práctica común internacionalmente.

## II. Autonomía del Paciente según la ley mexicana

En México, el derecho a la salud está reconocido en la Constitución<sup>21</sup> como un derecho humano y se desarrolla su contenido a través de la Ley General de Salud<sup>22</sup> (LGS) y sus reglamentos, para nuestro tema aplica el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica<sup>23</sup> (Reg).

### La ley General de Salud establece:

**Artículo 51 Bis 1.** Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

---

<sup>21</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4o [Internet]. Gobierno de México. [consultado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/articulos/4.pdf>

<sup>22</sup> México, Gobierno de. Ley General de Salud [Internet]. Orden Jurídico Nacional. 2018 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/html/wo1037.html>

<sup>23</sup> México, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica [consultado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/html/wo88536.html>

Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua.

**Artículo 51 Bis 2.** Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico.

Como se puede observar, la capacidad de elegir tratamiento con base a la información que se proporciona y que estén disponibles no contiene ninguna condicionante, por lo que opera para todos los usuarios, en todo momento y, en consecuencia, no se limita a pacientes en determinada situación.

### **III. Atención médica como contratos y acuerdos para servicios de salud**

Al analizar un caso, la Suprema Corte de Justicia de la Nación mexicana, estableció lo siguiente:

La responsabilidad médico-sanitaria puede tener un origen contractual expreso o tácito, el cual consiste en la prestación de servicios del médico, o bien, puede derivar de la prestación del Estado de un derecho social, como son los servicios de salud públicos. En el primer supuesto, las actividades comprendidas en la responsabilidad médica contractual, son aquellas que se suscribieron en específico entre el médico y el paciente. En contraposición, en la prestación de los servicios de seguridad social no existe un contrato entre particulares, sino que se origina una responsabilidad

de índole administrativo, al ser el Estado responsable de los daños causados por el “actuar irregular” de sus agentes, médicos e instituciones del sector público. No obstante, la responsabilidad de los profesionales médico-sanitarios va más allá de los deberes contenidos o derivados de la relación contractual, ya que están obligados a actuar de acuerdo con los estándares de su profesión, los cuales pueden derivar tanto de disposiciones reglamentarias, como de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.<sup>24</sup>

Si bien el criterio anterior no constituye jurisprudencia, se convierte en un criterio que para este estudio nos clarifica distintos elementos.

Distinguir entre la prestación de contrato en el caso de la atención privada y de la prestación del Estado de un derecho social en la atención pública no exime que en ambos casos se tengan que respetar la voluntad del paciente (autonomía) y por ello, recabar el consentimiento informado.

Respecto del consentimiento informado y sus excepciones, también el Poder Judicial Federal ha establecido:

Conforme a los artículos 51 Bis 1 y 51 Bis 2 de la Ley General de Salud y 29, 80 y 82 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el consentimiento informado o autorización terapéutica quirúrgica es un proceso de comunicación entre el médico y el paciente, continuo y gradual, de información completa, íntegra, clara y suficiente sobre la naturaleza de la enfermedad, el procedimiento de diagnóstico o terapéutico a utilizar, los riesgos y beneficios, así como las posibles alternativas, a efecto de que el paciente pueda decidir en forma autónoma y digna sobre sí mismo. En casos de urgencia, incapacidad transito-

---

<sup>24</sup> **Registro digital:** 2001472, **Instancia:** Primera Sala, **Décima Época,** **Materia(s):** Constitucional, Civil, Administrativa, **Tesis:** 1a. CXLI/2012 (10a.), **Fuente:** Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta., Libro XI, agosto de 2012, Tomo 1, página 495, **Tipo:** Aislada, **Rubro:** **RESPONSABILIDAD MÉDICO-SANITARIA. REBASA LA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL.**

ria o permanente, la autorización se otorga a través de terceros, es decir, familiares o representante que acompañen al paciente y, de no ser posible, el médico tratante, con acuerdo de por lo menos dos médicos, dejará constancia para ejecutar el tratamiento quirúrgico que preserve la vida y la salud del paciente. Por otro lado, el contrato de prestación de servicios hospitalarios es consensual, bilateral, oneroso y remite a obligaciones económicas y condiciones de servicio entre un ente hospitalario y el sujeto contratante; de ahí que este contrato y el consentimiento informado son actos distintos e independientes, pues el último cumple un derecho fundamental que deriva de una obligación de orden público entre médico y paciente para cada tratamiento quirúrgico concreto, mientras que el contrato se rige por el derecho privado y versa sobre aspectos permanentes del servicio y pago. Así, el consentimiento informado habilita al médico tratante, no al ente hospitalario. Por tanto, el contrato de prestación de servicios hospitalarios firmado por terceros no participa de la naturaleza del consentimiento informado del paciente.<sup>25</sup>

La anterior nos servirá para múltiples efectos:

- Definir, desde criterios judiciales, el consentimiento informado, sus condiciones y requisitos.
- Encontrar en los casos de urgencia médica, o ausencia de representantes, una excepción lógica al consentimiento informado, pero acompañada, en el segundo caso, de condicionantes especiales a los médicos.
- Para establecer que, en el caso de la práctica privada hay, además, un contrato con el ente hospitalario para el pago de servicios, con lo que se trata de establecer una diferencia entre las responsabilidades que implica el consentimiento informado con el médico y el contrato con el hospital.

---

<sup>25</sup> **Registro digital:** 2022987, **Instancia:** Tribunales Colegiados de Circuito, **Décima Época, Materia(s):** Civil, **Tesis:** (V Región) 20.13 C (10a.), **Fuente:** Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 85, abril de 2021, Tomo III, página 2219, **Tipo:** Aislada **CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS FIRMADO POR TERCEROS, NO PARTICIPA DE LA NATURALEZA DE AQUÉL, AL SER ACTOS DISTINTOS E INDEPENDIENTES.**



Lo anterior no obsta para que, al igual que en la situación contractual, debamos entender que cualquier forma de consentimiento informado refiere a un proceso (acuerdo) en el que, con base a las opciones que el médico presenta, el paciente expresa su voluntad, aceptando o negándose y con base a ello se actúa a futuro.

Reconocemos que los médicos frecuentemente dicen que el cuidado de salud no es un contrato, sino una relación médico-paciente y no es nuestra intención negar la importancia de la relación médico-paciente; sin embargo, para nuestros propósitos, tenemos que enfatizar que esta relación implica la toma de decisiones compartidas, en donde el consentimiento informado es la regla genérica.

De nueva cuenta atendiendo a criterios judiciales, se transcribe la siguiente tesis en donde se considera un derecho fundamental:

“El consentimiento informado es consecuencia necesaria o explicitación de derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia, el cual consiste en el derecho del paciente de otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la realización de tratamientos o procedimientos médicos. En tal sentido, para que se pueda intervenir al paciente, es necesario que se le den a conocer las características del procedimiento médico, así como los riesgos que implica tal intervención. A través de éste el paciente asume los riesgos y consecuencias inherentes o asociados a la intervención autorizada; pero no excluye la responsabilidad médica cuando exista una actuación negligente de los médicos o instituciones de salud involucrados”.<sup>26</sup>

Podemos entender que los médicos señalarán que hay muchos procedimientos sencillos (o de riesgo mínimo)

---

<sup>26</sup> **Registro digital:** 2001271, **Instancia:** Primera Sala, **Décima Época** **Materia(s):** Constitucional, **Tesis:** 1a. XLIII/2012 (10a.) **Fuente:** Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XI, agosto de 2012, Tomo 1, página 478, **Tipo:** Aislada, Rubro: **CONSENTIMIENTO INFORMADO. DERECHO FUNDAMENTAL DE LOS PACIENTES.**

para los cuales no es práctico recabar consentimientos informados en los términos de ley, entendiendo que en esos casos hay un consentimiento implícito precisamente porque la ausencia de complejidad no requiere mayores cuestiones. Lo anterior no debe usarse como un criterio general, los médicos en su experiencia no deben desdeñar riesgos por mucha práctica o conocimiento que tengan pues hay que considerar que la medicina no es una ciencia exacta o carente de riesgos y en caso de negligencia de responsabilidades inherentes.

### **La obligación mínima de los médicos es la siguiente:**

“De la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se infiere que **el profesional médico tiene una obligación de aportar al paciente todos los elementos necesarios para que éste tome una decisión libre e informada sobre su tratamiento o ausencia del mismo.** En ese sentido, ante la insuficiencia de regulación normativa sobre este supuesto, esta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación entiende que **el otorgamiento de información para cumplir con el deber de informar consiste, como mínimo y dependiendo de cada caso concreto, en el estado de salud del paciente, el diagnóstico de su padecimiento, el tratamiento o intervenciones necesarias para tratar el mismo y sus alternativas, así como los riesgos inherentes y los efectos que puedan tener tales tratamientos o intervenciones; de ahí que el contenido que debe satisfacer este derecho no es inmutable, sino que se actualiza supuesto a supuesto.** Por su parte, el sujeto de tal deber es, por regla general, el médico responsable del paciente y, en particular, aquellos profesionistas médicos que ejecuten un acto médico concreto (proceso asistencial, técnica o procedimiento invasivo, interconsulta, etcétera) que pueda incidir en la esfera de derechos del paciente. El destinatario de esta información debe ser el propio paciente o las personas unidas al mismo por vínculos familiares, de hecho, o legales que jurídicamente puedan tomar una decisión

sobre su atención médica. Adicionalmente, debe destacarse que el deber de informar no se agota en una etapa en específico ni su cumplimiento se actualiza siguiendo ciertos pasos previamente identificados. Dependerá de cada caso concreto y de su contexto fáctico, teniendo como premisa fundamental que la información deberá ser continuada, verdadera, comprensible, explícita, proporcionada al momento en que el médico lo considere viable, previo a cualquier tratamiento o intervención y su otorgamiento podrá ser oral o escrito. El grado y temporalidad del otorgamiento de la información dependerán de la capacidad del paciente, los deseos de información del mismo (no se le puede obligar a recibir la información si no es su voluntad; es decir, si rechazó su conocimiento de manera expresa), el nivel de riesgo y la concurrencia de un estado de urgencia. Asimismo, tal como sucede con el consentimiento informado, un supuesto de excepción de este derecho a ser informado tiene lugar cuando los sucesos fácticos no permiten una demora ante la posibilidad de que se origine un daño grave o irreversible al paciente”.<sup>27</sup>

Para una mejor ilustración, presentamos la evolución del consentimiento informado en México:

Antes de la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) la práctica de la medicina en México fue generalmente muy paternalista: los médicos decidían y los pacientes fueron ‘pacientes’ y obedientes. En 1996, se creó por decreto presidencial, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico para “tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar, la calidad en la prestación de los servicios médicos.”<sup>28</sup> Y en el año 2001, CONAMED publicó la “Carta de los Derechos Generales de los Pacientes” con 10 requisitos para su protección.

---

<sup>27</sup> **Registro digital:** 2012509, **Instancia:** Primera Sala, **Décima Época, Materia(s):** Constitucional, **Te-sis:** 1a. CCXXV/2016 (10a.), **Fuente:** Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 34, septiembre de 2016, Tomo I, página 507 **Tipo:** Aislada **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉ-DICA. CONTENIDO DEL DEBER DE INFORMAR AL PACIENTE EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA.**

<sup>28</sup> Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Información sobre la CONAMED para los profesionales de la salud [Internet]. Gobierno de México. 2016 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/funciones.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/funciones.pdf)

Aunque buena parte de su contenido fueron incorporados mediante reformas legales después de su publicación, la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, en sí misma, no forma parte de la Ley General de Salud, así que no tiene estatus obligatorio. Sin embargo, esta Carta fue adoptada por más de mil instituciones mexicanas y hoy en día aparece frecuentemente en los muros de hospitales y clínicas avisando a los pacientes de sus derechos. En esta Carta, la CONAMED ha proporcionado notas sobre su declaración indicando “en cada uno de sus artículos, el fundamento legal contemplado en los diferentes ordenamientos jurídicos relacionados con la materia.”

Entre los derechos de los pacientes, la Carta menciona, junto con su autorización legal, el derecho para decidir sobre su tratamiento y dar consentimiento informado de la siguiente forma:

#### **IV. Decidir libremente sobre su atención**

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

(Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 80. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1 Anteproyecto del Código — Guía Bioética de Conducta Profesional de la SSA, Artículo 4, fracción 4.3 “Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente” del 9 de enero de 1995, apartado C del punto número 10.)

#### **V. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado**

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho

a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

(Ley General de Salud. Artículos 100 Fracc. IV, 320 y 321. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos. Artículos 80 y 81. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1.)

Es interesante que los fundamentos legales citados en este quinto derecho no fueron tomados de la parte en la ley por derechos individuales, sino por derechos de grupos específicos.

Para su comprensión transcribimos el contenido de los Artículos citados:

Artículo 100 de la Ley General de Salud mexicana aplica a investigación biomédica y menciona que:

La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

IV.- Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

**Artículo 321** de la Ley General de Salud aplica al/sobre el consentimiento en torno a la donación de órganos:

La donación en materia de órganos, tejidos, células y cadáveres consiste en el consentimiento tácito o expreso de la persona para que, en vida o después de su muerte, su cuerpo o cualquiera de sus componentes se utilicen para trasplantes.

Nos parece entonces un error en la cita de los preceptos, encontrando mejor aplicación el Artículo 51 Bis 2 que transcribimos previamente.

Las reformas o adiciones posteriores a la Carta de los Derechos de los Pacientes que se han efectuado a la Ley General de Salud van incorporado la necesidad de expresar la decisión libre y el consentimiento informado del paciente. Como ejemplo, fueron promulgados en 2004 (Trasplantes), 2009 (Información y Farmacodependencia), 2013 (Atención médica), 2015 (Servicios obstétricos), 2019 (Personas sin seguridad social).

Aunque el derecho de “otorgar o no su consentimiento válidamente informado” está mencionado más de 30 veces en la Ley General de Salud, no se usa el término “consentimiento informado.” La Ley da un derecho general a “decidir libremente” sobre la aplicación de tratamientos médicos. No obstante, esto implica que la necesidad de recabar la expresión del paciente acerca de que otorga o no su consentimiento válidamente informado es un derecho de carácter universal para el tratamiento médico y no sólo a cuestiones específicas.

### **El Reglamento de la Ley General de Salud referente al consentimiento informado**

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica fue publicado por primera vez en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986 y fue modificado varias veces después.

Este Reglamento establece los siguientes procedimientos para autorización y documentación respecto a consentimiento informado del paciente:

**Artículo 80.** En todo hospital y siempre que el estado del usuario lo permita, deberá recabarse a su ingreso su autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios para llegar a un diagnóstico o para atender el padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma.

Una vez que el usuario cuente con un diagnóstico, se expresará de manera clara y precisa el tipo de padecimiento de que se trate y sus posibles tratamientos, riesgos y secuelas.

Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.

**Artículo 81.** En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el Artículo anterior será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

## Consentimientos “inicial” al instituto y “de riesgo alto” al médico

Mencionamos aquí un punto importante al cual vamos a volver en seguida. Como parte de la prestación de servicios de atención médica, el consentimiento informado es la forma en la que se autoriza al personal de salud a realizar los procedimientos de atención necesarios, y puesto que es el médico o cirujano que necesita esta autorización, en la práctica de medicina es el médico o cirujano que requiere saber, siempre de acuerdo con la ley, quién y de qué forma, se puede autorizar el tratamiento o procedimiento en cuestión, ya sea el paciente directamente o a través de otra persona.

De la tesis denominada “CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS FIRMADO POR TERCEROS, NO PARTICIPA DE LA NATURALEZA DE AQUÉL, AL SER ACTOS DISTINTOS E INDEPENDIENTES” que transcribimos al inicio de este capítulo, podemos extraer, de igual manera, un criterio que se obtiene también de la interpretación del Artículo 80 del Reglamento, antes citado. La parte correspondiente de la tesis señala:

“... el consentimiento informado habilita al médico tratante, no al ente hospitalario. Por tanto, el contrato de prestación de servicios hospitalarios firmado por terceros no participa de la naturaleza del consentimiento informado del paciente”.<sup>29</sup>

Esto implica que el ingreso a un hospital, y la correspondiente firma de un contrato (lo cual implica que se trata de la práctica privada) no implica en ello un consentimiento informado. Al ingreso, de conformidad al Artículo 80 del Reglamento se deberá autorizar a los médicos (mediante la firma del paciente o sus representantes) a que se lleven a cabo los procedimientos para el diagnóstico.

---

<sup>29</sup> Registro digital: 2001472, op. Cit.



Del mismo precepto se desprende que, una vez que se cuenta con el diagnóstico, los posteriores tratamientos deberán contar con las posteriores autorizaciones para llevarlos a cabo, con lo que podemos distinguir que hay un consentimiento inicial (diagnóstico) y consentimientos específicos para cada tratamiento posterior, en los casos de riesgo.

## **Los requisitos del consentimiento informado, el derecho a la información**

Para ser totalmente claro, mencionamos que un consentimiento informado, por definición, no puede ser válido sin información. Desde su inicio en el año 1986, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica fue muy explícito respecto al derecho a información:

**Artículo 29.** Todo profesional de la salud, estará obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes.

**Artículo 30.** El responsable del establecimiento estará obligado a proporcionar al usuario, familiar, tutor o representante legal, cuando lo soliciten, el resumen clínico sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento que ameritó el internamiento.

El derecho a la información también fue afirmado en la Carta de Derechos del Paciente de la (CONAMED). La Carta dice:

“El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad”.

Años posteriores al anuncio de los derechos del paciente por CONAMED, la ley puso aún más énfasis en el derecho a la información en distintas disposiciones que se fueron incorporando. El Reglamento Artículo 51 Bis 1 (2009) dice que:

“Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.”

No basta que se brinde información, esta deberá cumplir los términos que se señalan en la tesis “PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. CONTENIDO DEL DEBER DE INFORMAR AL PACIENTE EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA” previamente citada:

“el deber de informar no se agota en una etapa en específico ni su cumplimiento se actualiza siguiendo ciertos pasos previamente identificados. Dependerá de cada caso concreto y de su contexto fáctico, teniendo como premisa fundamental que la información deberá ser continuada, verdadera, comprensible, explícita, proporcionada al momento en que el médico lo considere viable, previo a cualquier tratamiento o intervención y su otorgamiento podrá ser oral o escrito. El grado y temporalidad del otorgamiento de la información dependerán de la capacidad del paciente, los deseos de información del mismo (no se le puede obligar a recibir la información si no es su voluntad; es decir, si rechazó su conocimiento de manera expresa), el nivel de riesgo y la concurrencia de un estado de urgencia. Asimismo, tal como sucede con el consentimiento informado, un supuesto de excepción de este derecho a ser informado tiene lugar cuando los sucesos fácticos no permiten una demora ante la posibilidad de que se origine un daño grave o irreversible al paciente”.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Registro digital: 2012509, op cit.

La Comisión Nacional de Bioética de México recoge la siguiente definición del consentimiento informado como **“la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud.”**<sup>31</sup>

En la Guía de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, el Consejo de Salubridad General agrega:

“En el proceso del consentimiento informado, la información que reciba el paciente sobre un procedimiento diagnóstico, terapéutico, rehabilitatorio, paliativo o de investigación, así como de los riesgos y beneficios inherentes a éste, deberá ser acorde con su edad, instrucción escolar, idioma y contexto cultural, de tal forma que se asegure la comprensión de la información que le permita al paciente rechazar o aceptar un tratamiento de acuerdo con sus condiciones y preferencias.”

Con independencia de que las citas se obtengan de un documento relacionado a los cuidados paliativos, no obsta para que se considere un derecho que aplica a todos los supuestos de forma general y no que sea, de manera específica para los pacientes en situación terminal.

Hasta el momento hemos planteado dos premisas, la idea de la libertad de los pacientes para elegir su tratamiento y al consentimiento informado como forma de recabar ese consentimiento. Para explicarlas, en algunos casos, recurrimos al uso de la lógica. A efecto de continuar, nos resulta útil cuestionar explícitamente: ¿Qué sucede en los casos en que las personas no puedan tomar decisiones?

## **El derecho a ser representado**

La representación se entiende bajo el concepto en el cual, un tercero toma decisiones en nombre de otra per-

---

<sup>31</sup> Comisión Nacional de Bioética. Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética [Internet]. Secretaría de Salud. 2010 [consultado el 18 de agosto de 2023]. Disponible en: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento\\_informado.html](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html)

sona, que por distintas razones no puede tomarlas. Tomar decisiones, reflejado en el derecho, es el ejercicio de la libertad. Diferentes leyes prevén distintas causas, razones y formas para la representación, entre ellas, la Ley General de Salud que dispone, en distintos artículos, la representación legal, sin embargo, al hacerlo, refiere que las decisiones las tomará la persona o su representante legal, sin establecer, de manera clara o uniforme, cómo se nombrará. Ante la falta de especificación directa, pareciera entonces que la Ley General de Salud deja este tipo de provisiones a lo dispuesto por el Código Civil, pero sin establecer cuál, en la aclaración que al ser México un sistema federal, existe un código civil federal y 32 más correspondientes a cada una de las entidades federativas.

Un segundo problema es que la mayoría de los códigos civiles establecen las disposiciones relacionadas a la representación, de forma prioritaria con relación a los bienes materiales y no respecto a decisiones que, por ley, se consideran personalísimas. Lo anterior encuentra explicación en el modelo de código civil que sigue México y que es el sistema francés, bajo el denominado código napoleónico. Aunque resulte obvio de explicar, hace más de 200 años la representación sólo se refería a bienes, no se habían diferenciado decisiones relacionadas a cuestiones personales o tampoco el que las tomaba era cuestionado.

Sin embargo, en la actualidad, bajo una óptica de derechos humanos, hay circunstancias diferentes a las de hace más de doscientos años que requieren sistemas distintos para que las decisiones sean tomadas. Debemos admitir, en este momento, que nuestra preocupación se refiere a los casos no claros o a aquellos en los que pueda haber algún tipo de objeción u oposición y que provoque la falta de certeza al personal médico del tipo de atención que debe brindar ante órdenes contradictorias.

Respecto a esto, en la previsión de los códigos civiles se establecen dos tipos de representación. La primera, que podemos considerar “estatutaria” o “automática”, es cuando la ley establece que, en caso de necesidad de represen-

tación, la toma de decisiones recae en una persona que tiene vínculo familiar con el representado, de esta forma el cónyuge representa al otro, los padres a los hijos, los hijos a los padres, los hermanos entre sí, etcétera. Esto funciona adecuadamente salvo en casos de discrepancia o por particularidades específicas las cuales son más comunes en la sociedad moderna que en sociedades tradicionales, lo cual reflejaremos mediante ejemplos.<sup>32</sup>

- **Preferencia por una persona de confianza no relacionada.** José ha estado separado de su esposa durante 20 años, pero nunca se divorciaron legalmente porque el divorcio no es permitido por su iglesia. José no ha tenido contacto con su aún esposa legal en 10 años y no tiene otros parientes. Vivió 15 años con Raquel. Ahora necesita una operación de derivación coronaria para tratar una condición potencialmente peligrosa. El cirujano le ha solicitado que firme un formulario de consentimiento informado y el formulario le exige que indique a sus “familiares más cercanos”. José quiere designar a Raquel como su representante para decisiones médicas, pero ella no es familiar y le preocupa que su esposa legal aparezca e imponga el vínculo para rechazar las decisiones de Raquel.
- **Ausencia de parientes.** Tanto María como su esposo tienen más de 80 años. Su marido tiene demencia y ya no puede tomar decisiones razonablemente informadas. No tienen otros parientes. A María le gustaría nombrar a su amiga Margarita, una persona en la cual María tiene plena confianza, para que tome decisiones por ambos en caso de cualquier emergencia médica.
- **Desacuerdo familiar.** David tiene dos hijos adultos. Hace 10 años David se convirtió en Testigo de Jehová; sus hijos no practican la misma religión y se oponen específicamente a la prohibición de los

---

<sup>32</sup> Algunos de los ejemplos fueron publicados previamente en García-Camino B, Hall RT, Miranda-García E. Cuando El Consentimiento Informado no existe. Revista Cathedra. Número 5, marzo 2021;17-22.

Testigos de Jehová sobre el uso médico de sangre. Consistente con las enseñanzas de su religión, a David le gustaría nombrar al pastor de su iglesia para que sea su representante para decisiones médicas, en caso de que pierda la capacidad para tomarlas.

- **Representante legal del representante.** Benjamín tiene 39 años, sus padres ya murieron, está divorciado y tiene 3 hijos menores de edad los cuales son sus familiares más cercanos. Si no tiene opción de designar a un representante para decisiones médicas, la ley determinará que quien las tomará en su lugar debe ser su ex-esposa, como representante legal de sus hijos que son sus representantes.
- **Ancianos.** Paola es divorciada, tiene 75 años de edad y sus dos hijos viven en otros países, no tiene familiares en la ciudad, pero tiene un círculo de amigos que la acompañan y en los cuales confía, ya que su relación es más cercana con ellos que con sus hijos, dado que estos se niegan a oír que su madre les hable de enfermedades o miedos por lo que no conocen sus deseos, ni tienen la oportunidad de dar respuesta inmediata a una posible necesidad médica, por lo que Paola quiere nombrar directamente a un amigo (a), antes de que sea incapaz o se presente alguna urgencia.
- **Discrepancia en el mismo nivel.** Cynthia tiene dos hijos, Raúl vive en su ciudad, es el que la cuida, son muy cercanos y conocen su forma de pensar y sus deseos, Javier vive en otra ciudad, le llama por teléfono ocasionalmente y se hace cargo de su manutención económica. De manera súbita Cynthia tiene un derrame cerebral y cae en inconsciencia, Raúl sabe que ella no quiere estar conectada a una máquina para un soporte artificial de su vida, por lo tanto, no lo ordena al médico. Javier al enterarse de la situación de su mamá viaja a verla, al llegar, se da cuenta que Raúl no dio la orden, lo recrimina y además da la indicación al personal que la conecten de inmediato y que hagan todo lo posible por mantener a su ma-

dre con vida. Los médicos no saben a quién deben hacer caso ante órdenes contradictorias.

En consecuencia, el segundo tipo de representación que prevén los códigos ya no es automático, es mediante el otorgamiento de un documento especial a favor de la persona que se pretende sea la representante, a ese mandato se le denomina poder. La mayoría de los códigos civiles hacen referencia a los poderes fijándose más, a las cuestiones patrimoniales. Se podría considerar que, dependiendo de la razón para la cual se otorga el poder, los códigos establecen distintos requisitos o formalidades, algunos pueden ser de forma simple (escrito firmado ante dos testigos) mientras otros requieren ser otorgados ante un notario.

Regresando a las condiciones de los Códigos Civiles y de la teoría napoleónica de la representación, algunos notarios tienen el criterio —porque también así lo dicen los códigos— que una de las causas por la cual los poderes se extinguen es por la incapacidad del otorgante, cuando hablamos de las decisiones médicas requerimos de un poder que sirva específicamente ante la incapacidad del otorgante.

Regresando al planteamiento de la representación en la Ley General de Salud, sus características, alcances y la forma en que debe de otorgarse, se puede resolver atendiendo a las reglas generales del derecho.

Cualquier persona podría necesitar a un representante legal en varias circunstancias contingentes y por ello reconocemos inicialmente las siguientes:

- A) Caso de urgencia.** Según la Ley General de Salud, en el Artículo 51 bis 2 Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el presta-

dor de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico.

**B) Caso no urgente, con incapacidad del paciente** (inconsciencia). Orden y prelación de conformidad a lo establecido en el código civil. Lo complicado en este supuesto, es que haya varios en la misma posición que le corresponde en el orden, por ejemplo, si los hijos representan a los padres y hay varios hijos ¿a cuál de ellos hay que hacerle caso? Y siempre es posible que la persona no tenga parientes disponibles como se ejemplificó previamente.

**C) Caso no urgente, el paciente adulto y capaz, quiere nombrar a una persona, familiar o de confianza.** Lo mejor es pedirle que lo nombre, ya que toda persona tiene el derecho a designar un representante, al que pueda localizarse fácilmente. Posteriormente hablaremos de la forma de hacer este nombramiento.

Debemos insistir en que la representación opera para todos los supuestos y no se limita a los casos de pacientes terminales o de cuidados paliativos.

Por lo tanto, concluimos que es derecho humano de cualquier persona designar a una persona como representante legal.

## **Representación legal y Directrices anticipadas en la Ley General De Salud**

Si bien en la Ley General de Salud se puede identificar un énfasis para el otorgamiento de representantes en el capítulo relativo a los enfermos terminales, no debe leerse de una forma limitada o restrictiva y que sólo aplique para este tipo de casos ya que hay muchas variables, basta decir que siempre que hay incapacidad se requiere representación, porque al existir una condición biológica que puede afectar la vida de la persona y haya una incapacidad para tomar



decisiones se tiene que salir del supuesto arbitrario de los 6 meses establecidos para determinar la terminalidad pero que en un momento del futuro a corto, mediano o largo plazo del incapacitado se llegará a dicha condición.

De hecho, las Directrices Anticipadas, que incluye la designación de un representante legal, están incluidas en el Capítulo de pacientes terminales, pero la posibilidad de otorgar este tipo de disposiciones se hace para toda persona y no se limita a aquellos que se encuentren en las circunstancias de terminalidad.

### **El Artículo 166 Bis 4 dice:**

**“Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento”.**

Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables.

Impedir la posibilidad de que una persona ejerza sus derechos a través del otorgamiento de autoridad y poder a un representante legal, que sirva y funcione cuando la persona carezca de capacidad para ejercer este derecho por sí mismo, implicaría la negación total de sus derechos. El propósito principal de designar a un representante legal es la autorización del consentimiento informado para el tratamiento médico precisamente cuando la persona se vuelve incapaz de expresar su propio consentimiento. Cada vez que la ley menciona autorización de tratamiento médico por un representante implica que una persona tiene el derecho para designarlo, aunque insistimos, podría hacerlo en cualquier momento, con independencia a su situación de

salud y tomará ese representante las decisiones del paciente en el caso de incapacidad.

Esto nos da pauta para asumir que la intención normativa de la representación no se limita a personas en condición terminal, sino a varias condiciones en que es necesario nombrar a un representante legal para decisiones médicas, de la misma forma en que los nombramientos serían necesarios para cualquier otro propósito legal – que quiere decir “dar poder” al representante de manera normal determinada por el Código Civil Federal. Así que concluimos que, puesto que la Ley General de Salud dice que un “representante legal” puede autorizar tratamiento médico para otra persona (LGS Art 50-51 y Reg. Art 80-81) queda implícito que la persona tiene poder para nombrar a un representante.

### **Directrices Anticipadas en la Ley General de Salud y los Cuidados Paliativos**

Como se mencionó, la Ley General de Salud menciona en distintos supuestos la necesidad de otorgamiento de poderes, lo cual se refleja, a su vez, en el Reglamento. También debemos señalar que ante ausencia de requisitos formales específicos en la normatividad la regla aplicable será un poder simple.

El Código Civil Federal del Artículo 2551 fracción III dice: “El mandato escrito puede otorgarse ... en carta poder sin ratificación de firmas.” Así se establece en las directrices anticipadas, en el Artículo 166 Bis 4 de la Ley en relación con los Artículos 138 Bis 23 y Bis 24 del Reglamento. Resaltamos esta diferencia respecto a lo que se establece en varias de las leyes estatales respecto de voluntad anticipada, en donde se requiere acudir y otorgarlo ante notario, en escritura pública.

Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables.

Además del Artículo 166 Bis 4 de la Ley General de Salud, el Reglamento establece que:

**Artículo 138 Bis 23.** Las directrices anticipadas podrán ser suscritas por cualquier persona mayor de edad en pleno uso de sus facultades mentales, independientemente del momento en que se diagnostique como enfermo en situación terminal.

**Artículo 138 Bis 24.** El documento de directrices anticipadas deberá contar con las siguientes formalidades y requisitos:

I. Realizarse por escrito, con el nombre, firma o huella digital del suscriptor y de dos testigos;

II. Constar que la voluntad se ha manifestado de manera personal, libre e inequívoca;

III. La manifestación, expresa o no, respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados;

IV. La indicación de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de padecer una enfermedad en situación terminal y,

V. En su caso, el nombramiento de uno o varios representantes para corroborar la ejecución de la voluntad del enfermo en situación terminal.

La aceptación de la representación a que se refiere el párrafo anterior deberá realizarse en el mismo acto en que se suscriban las directrices anticipadas y deberá constar en el mismo documento.

Lo anterior abre la oportunidad para que de forma sencilla se evite cualquier problema relacionado a la representación de los pacientes, basta que se solicite en el ingreso a cualquier instalación del sistema nacional de salud el nombramiento de su representante y su aceptación ante testigos y se incorpore en el expediente médico para que funcione.

Esto, por supuesto no implica que no sea posible designar a un representante para decisiones médicas mediante la comparecencia y acta ante un Notario Público, pero no es un requisito indispensable y simplificarlo, como proponemos, pudiera provocar una mejor práctica médica.

## **Quién puede ser nombrado representante**

Probablemente al haber considerado casos como los que señalamos al ejemplificar que la ley permitió expresamente que las personas tengan el derecho para designar como representante legal a cualquier persona que él o ella elija y no se limita a aquellos con los cuales haya parentesco. ¿Cuál podría ser el significado de pedir el consentimiento informado de “una persona de su confianza,” como dice el Reglamento, en los Artículos 138 Bis 6 y Bis 7, ¿si el paciente no tiene voz sobre quién es esa persona de su confianza? Creemos que la ley abre esa opción ante la posibilidad de que no haya familiares cerca o quien los nombre no tiene la confianza de que sus familiares vayan a respetar sus deseos, o incluso, que, al mencionar persona de su confianza, sea la forma de decidir cuál de sus familiares es el designado.

Aunque los ejemplos que mencionamos pueden suscitar problemas y requerir vía judicial como alternativa para su resolución, la realidad es que un juicio (salvo casos en los que haya un menor, que por el interés superior sería atendido prioritariamente) puede tardar demasiado tiempo respecto a la necesidad de toma de decisiones en pacientes que requieren soluciones rápidas y que para ello han designado representantes legales precisamente ante su incapacidad y evitar así la prolongación innecesaria del sufrimiento sobre sus personas fracturando su dignidad y autonomía.

Visto lo anterior, pareciera que nos encontramos en una encrucijada: cuando los códigos civiles no facilitan una designación de representante mediante poder. El concepto de representación “familiar” se queda superada por la realidad y las discrepancias no tienen una fácil forma de solución legal.

Consideramos que hay dos tipos de directrices anticipadas las cuales dependen del momento o circunstancias de su otorgamiento. La primera, de carácter preventivo, se puede hacer con independencia de la salud de las personas. En ellas se establece de forma muy genérica la renuncia a los tratamientos fútiles, así como a determinados procedimientos (RCP, intubación, transfusiones, etc.) que son el reflejo de los deseos de las personas, así como el nombramiento a favor de uno o varios representantes. Operan de la misma manera las directrices anticipadas conforme la Ley General de Salud que los documentos que conforme a las leyes estatales de voluntad anticipada se pueden establecer, lo que varían son los requisitos y formalidades para su expedición. Dijimos que esto es preventivo, no hay certeza de que se vaya a requerir, una muerte accidental o súbita harían que el documento no fuera aplicado.

El segundo tipo es ya en la situación de terminalidad y deriva de lo dispuesto en el Artículo 166 Bis 3 de la Ley, ya que, a través del consentimiento informado, dependiendo del diagnóstico y pronóstico de desarrollo de su enfermedad, puede, de forma anticipada, determinar la renuncia a algunos de ellos, pudiendo ser el plan de cuidados paliativos con formatos de consentimiento informado al que nos referimos en el primer libro.

En ambas posibilidades, la representación legal de una persona incapaz para tomar sus propias decisiones es una de las partes más importante de los documentos de "Directrices Anticipadas" porque el representante deberá proceder, en caso de incapacidad del enfermo, con su entendimiento de los valores y deseos del paciente y debe autorizar o negar tratamiento. Y aun cuando el paciente ha expresado su voluntad para cuidado de forma anticipada, frecuentemente es necesario que un representante legal interprete y aplique su criterio de la voluntad del paciente respecto a las opciones al momento del tratamiento después de que el paciente ha perdido su capacidad, máxime cuando la voluntad se expresó en documentos genéricos que solo establezcan la renuncia a la futilidad, porque esta puede ser de carácter subjetiva.

Así que siempre es importante documentar la voluntad del paciente, y más lo será cuando se trata del rechazo o retiro de procedimientos para sostener la vida y el balance de riesgos y beneficios de la prórroga de la vida artificialmente. Esto incluye tanto la probabilidad del éxito del tratamiento (frecuentemente por una estimación muy general de la posibilidad de sobrevivir) como una estimación de la calidad de vida al sobrevivir. Cada persona puede tener su opinión acerca de “hacer todo lo posible” y “no me gusta vivir atado permanentemente a máquinas o con discapacidad mental” y también de los riesgos (sean 10% o 40%) de tales resultados.

Aun cuando el representante tenga claridad acerca de los valores y la voluntad del paciente, será muy importante documentar por adelantado los deseos para asegurar al médico la decisión del consentimiento informado. Al fin de cuenta es el doctor que necesita el consentimiento válido del representante para tratamiento médico.

**Conclusión.** El propósito de este Capítulo es (1) establecer los conceptos de representante legal y directrices anticipadas basada en los derechos humanos universales expresados en documentos internacionales y (2) documentar el mismo en la ley mexicana vigente. (3) establecer que, si se puede, con facilidad, otorgar nombramiento de representante, aún sin leyes estatales de voluntad anticipada. Hay mucho más que decir respecto a lo que implica la ley que vamos a explicar en los capítulos siguientes. Y todo esto es en adición al punto (3) lo que hemos escrito respecto a Planes de Cuidados Paliativos en nuestro libro previo, **“La Ética del Cuidado Paliativo” y que se encuentra disponible electrónicamente para su consulta.**

## CAPÍTULO 3

### *El Contexto Médico*

En el **Capítulo 2**, señalamos que la atención médica es un derecho establecido en las leyes, tanto en su carácter de un contrato legal de servicios en la práctica privada o el cumplimiento del estado a derecho humano universal en la atención pública. Derivado de lo anterior, toda persona tiene derecho de otorgar o no su consentimiento informado para recibir tratamiento médico. Luego argumentamos que, debido a esto, la misma persona tiene el derecho legal de dar directrices médicas anticipadas y el derecho legal de nombrar a un representante legal para que otorgue el consentimiento en su nombre en el caso de su incapacidad.

En este capítulo adoptaremos un enfoque completamente distinto. Afirmamos que, con independencia de que la ley faculte a cualquier persona, el derecho de tomar sus propias decisiones y el derecho a designar un representante, las anteriores, amén de ser legales, forman parte de las obligaciones profesionales de la atención médica. La deontología profesional del personal de salud, en respeto a la autonomía de los pacientes, les obliga a obtener el consentimiento informado del paciente para cualquier tratamiento médico. Al estar obligado por los principios éticos de su profesión a acatar las decisiones del paciente para el tratamiento médico, se obliga también a honrar la designación de su representante como una forma en la cual la voluntad del paciente se pueda expresar ante su incapacidad.

Por lo tanto, insistimos en que, además de la solución legal a los problemas de directrices anticipadas y la representación, es posible proteger los derechos de los pacientes a través de la referencia obligatoria a los principios éticos de la práctica de la medicina.

La atención médica está regulada por ley, detallando con precisión determinadas conductas, pero desde la Ley General de Salud, sus Reglamentos y varias Normas otor-

gan a los pacientes también el derecho a un “tratamiento ético” y los médicos y las instituciones de salud que prestan servicios deben ofrecerlos, como la ley mandata, de acuerdo con “los principios científicos y éticos” de la profesión.

### ***El caso de Shelley***

Shelley fue diagnosticada con cáncer en 2017 y su médico le recomendó un procedimiento quirúrgico. Antes de la operación el médico le pidió firmar un documento de consentimiento informado. El documento solicitaba también el nombre de un familiar que pudiera firmar otro consentimiento específico para procedimientos en caso de que Shelley se encontrara incapacitada. Shelley no tiene familiares en México y los que tiene en Canadá no hablan español y no estarían aquí para el procedimiento. Así que Shelley prometió al médico regresar con un documento firmado por una amiga que estaba de acuerdo en asumir la responsabilidad para autorizar cualquier tratamiento adicional según fuera necesario. En la visita siguiente, Shelley entregó al cirujano un documento en el cual nombró a una persona que la ley denomina en algunos artículos como “una persona de su confianza.” El documento firmado por Shelley indicaba también que la persona designada como representante aceptó, con su firma, y fue firmado también por dos testigos. Además, en ese documento Shelley especificaba algunas directrices avanzadas, incluyendo las condiciones para una orden de “no intentar RCP” y dijo que su representante tenía el poder para aceptar o rechazar cualquier tratamiento que fuese ofrecido. El médico aceptó ese documento, lo puso en el expediente clínico de Shelley y prometió acatar las decisiones del representante. La cirugía fue exitosa y no hizo falta la participación de la persona designada por Shelley.

Hacemos notar que Shelley tiene el derecho moral de dar su consentimiento informado por adelantado y de saber quién va a autorizar algún tratamiento médico en caso de verse incapacitada para expresar su propia voluntad. En este caso, Shelley estaba recibiendo atención médica dentro de una institución pública, y queremos destacar que esa



parte de su tratamiento fue un asunto directo entre la paciente y el médico, **no existiendo un formato o documento institucional.**

Argumentamos que el procedimiento relacionado al consentimiento informado por parte del médico en el caso de Shelley fue éticamente correcto e insistimos que fue tanto el cumplimiento de una obligación legal y una deontológica, que funcionaría en el hospital público tanto para el médico que lo solicitó como para cualquier otro médico que pudiera haber asumido la carga del cuidado de Shelley y que acatarían las directrices expresadas y su designación de representante que se contenía en el escrito.

Además, observamos que este cumplía con la obligación del hospital para aceptar al representante nombrado por Shelley como la persona con poder de otorgar su consentimiento informado en caso de la posible incapacidad de esta paciente.

Lo que hizo el médico en el caso de Shelley se basaba en la **Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012**, Del expediente clínico que menciona:<sup>33</sup>

**5.13** Los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, podrán elaborar formatos para el expediente clínico, tomando en cuenta los requisitos mínimos establecidos en esta norma.

Shelley hizo su consentimiento para la cirugía, pidiendo la aceptación por su médico de la designación de una persona no familiar como su representante. El documento que el médico puso en su expediente fue, en efecto un **Poder Simple**. El expediente clínico es el registro legal de tra-

---

<sup>33</sup> La Norma NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico estipula los criterios siguientes:

<sup>1</sup> Objetivo Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

<sup>2</sup> Campo de aplicación Esta norma, es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

tamientos y procedimientos médicos, además del depósito de la documentación física del consentimiento informado para tal tratamiento. En Conclusión: la solución del caso de Shelley fue totalmente correcta desde la visión ética y legal.

### **Análisis basado en la *Lex Artis Médica***

En México, la “práctica ética y científica” de la medicina es requisito de ley. La Ley General de Salud y el Reglamento reiteran que, en el ejercicio de la medicina se deben respetar “los principios científicos y éticos” de la profesión. Por ejemplo, el Reglamento estipula que:

La atención médica deberá llevarse a cabo de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica (Artículo 9°).

Por lo tanto, el primer paso en el presente argumento es establecer qué se entiende por esos “principios” de la atención médica y qué implican.

De inicio, debemos señalar que los filósofos suelen utilizar el término “autonomía” para describir el derecho ético del paciente de otorgar lo que en la ley se denomina “consentimiento informado”. Aquí tratamos los términos “autonomía” y “consentimiento informado” como equivalentes: los dos se refieren al derecho del paciente a aceptar o rechazar un tratamiento.

Los principios de la atención médica antes mencionados no están escritos en un solo código legal. Tanto la ciencia como la ética cambian históricamente; lo que llamamos actualmente como la ciencia de la práctica médica es el estándar de atención aceptado por la profesión. Y lo que llamamos los principios éticos son las pautas y los principios vigentes de la atención médica, también conocidos como las “mejores prácticas clínicas”.

Aunque estos principios no están escritos en un solo texto, se les conocen en la ley como la “*Lex Artis Médica*”, misma que está definida por la Real Academia Española como:

“El conjunto de prácticas médicas aceptadas generalmente como adecuadas para tratar a los enfermos en la actualidad. Por definición, es cambiante con el progreso técnico de la medicina, así como con las peculiaridades personales de cada paciente”.<sup>34</sup>

En la *Lex Artis* Médica no se especifican los principios médicos exactos porque esos estándares no están fijos a un tiempo dado, sino que cambian de acuerdo con la ciencia y la ética médica vigente.<sup>35</sup> Sin embargo, las referencias al estado actual de la ciencia y la ética de la buena práctica clínica son necesarias para interpretar y aplicar la ley a casos particulares en los tribunales. Está bien establecido en distintas resoluciones del Poder Judicial Federal en México, que los médicos tienen obligación de actuar o conducirse conforme a la *Lex Artis* Médica.<sup>36</sup>

*Lex Artis* Médica ad hoc en latín no corresponde a una locución jurídica con origen en el derecho romano, en realidad tiene su origen en el derecho europeo del siglo XX para resolver casos de responsabilidad civil médica<sup>37</sup>.

También, la *Lex Artis* Médica ad hoc es el término empleado en los tribunales cuando se investiga un conflicto de intereses para deslindar las responsabilidades en la praxis médica; se revisa, por los peritos médicos, para valorar si la actuación del profesional sanitario ha sido correcta y en congruencia con el estándar actual<sup>38</sup> ya que éstos cambian cotidianamente, debiendo ser actualizados también por los tribunales de justicia, al analizar un caso y así resolver en congruencia.

---

<sup>34</sup> Diccionario Médico, Clínica Universidad de Navarra. Disponible en <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/lex-artis> consultado el 12 de octubre de 2022.

<sup>35</sup> Vera Carrasco O. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN EL ACTO MÉDICO. Rev médica - Col Méd Paz [Internet]. 2013 [consultado el 13 de agosto de 2023];19(2):73-82. Disponible en: [http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582013000200010](http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000200010)

<sup>36</sup> Véase Orantes-López ME. INICIATIVA QUE PRESENTA LA SENADORA MARÍA ELENA ORANTES LÓPEZ, INTEGRANTE DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PARTIDO REVOLUCIONARIO INSTITUCIONAL EN LA LXI LEGISLATURA DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, LA QUE CONTIENE PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSOS ARTÍCULOS DE LA LEY GENERAL DE SALUD Gaceta del Senado. 2009 [consultado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.senado.gob.mx/64/gaceta\\_del\\_senado/documento/22461](https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/22461)

<sup>37</sup> Sarmiento M. Lex artis ad hoc: Un concepto fundamental para el médico [Internet]. Saludiarío. Grupo de Comunicación Katedra; 2020 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.saludiarío.com/lex-artis-ad-hoc-un-concepto-fundamental-para-el-medico/>

<sup>38</sup> Fernández de Sevilla M. La «Lex Artis ad Hoc», fundamental en los procesos contra profesionales [Internet]. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/doc-interes/send/5-responsabilidad-civil/13-lexartis0>

Durante la reciente pandemia, algunos médicos recomendaron empíricamente que los pacientes tomaran el medicamento Hidroxicloroquina como cura para el coronavirus (Covid-19). El tribunal tuvo que apelar a ensayos clínicos muy recientes para determinar que este medicamento no era efectivo. Entonces, un médico podría ser acusado de negligencia por recetar un medicamento que no era efectivo (un estándar científico) o podría ser acusado de recetar un medicamento (por interés monetario) porque acababa de comprar acciones en la empresa que lo fabrica (un estándar ético).<sup>39</sup>

La *Lex Artis* Médica tiene una esencia cambiante en medicina por su propia naturaleza transformativa, que en época hipocrática requería entre el conjunto de reglas y preceptos para la correcta realización de las cosas y conllevaba los conocimientos de otras ciencias y las enseñanzas teóricas y prácticas del maestro, contrastando con la visión precolombina de México donde eran muy rigurosos a la hora de exigir un auténtico código de actuación profesional, aparecido de las experiencias y costumbres que obligaban por igual al curandero y al enfermo. Con el anterior ejemplo, la “*Lex Artis*” queda marcada por los pueblos, los profesionales, los legisladores y las circunstancias que casi siempre propician un modo particular de actuar y entender las reglas.<sup>40</sup>

Este concepto jurídico indeterminado se establece en cada caso en que el médico a través de una deliberación aplica las medidas con prudencia a la situación clínica concreta en el entorno de las condiciones reinantes. En derecho comparado, la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo español, ha bosquejado tal término como:

“Aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina-ciencia o arte médico que tiene en cuenta las

---

<sup>39</sup> Organización Mundial de la Salud. Enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19): hidroxicloroquina y el ensayo Solidaridad [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-hydroxychloroquine>

<sup>40</sup> Fernández de Sevilla, Miguel. Op. Cit. pág. 1

especiales características de su autor de la profesión, de la complejidad y la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos –estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado)”<sup>41</sup>

En la práctica sanitaria, el ejercicio de la medicina se ajusta a baremos que consideran:

- a) La posesión de conocimientos científicos
- b) La Actualización permanente
- c) El desarrollo de habilidades y destrezas que le permiten una interpretación correcta de los síntomas y signos que presenta un paciente
- d) La formulación de un diagnóstico probable que debe afirmarse o descartarse con la realización de los procedimientos y exámenes para aplicar los tratamientos pertinentes.<sup>42</sup>

Las acciones para responsabilidad profesional médica están acreditadas en los Artículos 9º del Reglamento de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y de conformidad con el artículo 2º, fracciones XIV para los principios científicos de la Práctica Médica y XV para los principios éticos de la práctica médica, del Reglamento de Procedimientos para la Aten-

---

<sup>41</sup> Orantes-López, María Elena. Op. Cit.

<sup>42</sup> SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN. PRÁCTICA MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS INDICACIÓN Y *LEX ARTIS*, PARA DETERMINAR SI SE AJUSTA A LA TÉCNICA CORRECTA. TCC; 10a. Época; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; I.4o.A.90 A (10a.); TA 14. Registro digital: 2004743  
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Op. Cit.  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. CONAMED, 2006. Único, 1-20. 27/01/2022, De [http://www.conamed.gob.mx/transparencia/pdf/reg\\_procedimiento.pdf](http://www.conamed.gob.mx/transparencia/pdf/reg_procedimiento.pdf) Base de datos.

ción de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Este principio puntualizando que la *Lex Artis* Médica o “estado del arte médico”, conjunta normas y criterios valorativos que el personal de salud, tiene en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas, debiendo aplicar diligentemente en cada situación concreta para un enfermo y tales facultades han sido aceptados universalmente por sus pares, decidiendo cuales de esas normas, procedimientos y conocimientos adquiridos en el estudio y la práctica, son aplicables al paciente del que se encuentren a cargo, empleando todos esos recursos pero sin garantizar un resultado final curativo.<sup>43,44</sup>

El Poder Judicial Federal en México ha establecido, en tesis asiladas, los siguientes criterios:

**Responsabilidad profesional médica. Significado del concepto *Lex Artis* para efectos de su acreditación.** De los Artículos 9º. del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 2º., fracciones XIV y XV, del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se advierte que la *Lex artis* médica o “estado del arte médico”, es el conjunto de normas o criterios valorativos que el médico, en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas, debe aplicar diligentemente en la situación concreta de un enfermo y que han sido universalmente aceptados por sus pares. Esto es, los profesionales de la salud han de decidir cuáles de esas normas, procedimientos y conocimientos adquiridos en el estudio y la práctica, son aplicables al paciente cuya salud les ha sido encomendada, comprometiéndose únicamente a emplear todos los recursos que tengan a su

---

<sup>43</sup> Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Op. Cit.

<sup>44</sup> Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. CONAMED, 2006. Único, 1-20. 27/01/2022, De [http://www.conamed.gob.mx/transparencia/pdf/teg\\_procedimiento.pdf](http://www.conamed.gob.mx/transparencia/pdf/teg_procedimiento.pdf) Base de datos

disposición, sin garantizar un resultado final curativo. Lo contrario supondría que cualquier persona, por el simple hecho de someterse a un tratamiento, cualquiera que éste sea, tendría asegurado, por lo menos, una indemnización por responsabilidad profesional en el supuesto de que el resultado obtenido no fuera el pretendido, por lo que es necesario romper, en ocasiones, la presumida relación de causalidad entre la no consecución del resultado pretendido, es decir, el restablecimiento de la salud del paciente y la actuación negligente o irresponsable del médico, puesto que, además, no son pocos los casos en que las consecuencias dañosas producidas tienen su origen, no en la asistencia prestada por éste, contraria a la *lex artis*, sino en las patologías previas y a menudo gravísimas que presentan los pacientes.<sup>45</sup>

**Responsabilidad profesional médica. Distinción entre error y mala práctica para efectos de su acreditación.** Suele señalarse que la medicina no es una ciencia exacta, pues existen matices en el curso de una enfermedad o padecimiento que pueden inducir a diagnósticos y terapias equivocadas. Así, una interpretación errada de los hechos clínicos por parte del médico puede llevar a un diagnóstico erróneo que, aunque no exime de responsabilidad al médico que lo comete, no reviste la gravedad de la negligencia médica, por lo que se habla entonces de un error excusable, pues lo que se le pide al “buen médico” es aplicar sus conocimientos, habilidades y destrezas con diligencia, compartiendo con el paciente la información pertinente, haciéndole presente sus dudas y certezas, tomando en cuenta sus valores y creencias en la toma de decisiones y actuando con responsabilidad y prudencia. Por otro lado, el término *mal praxis* (mala práctica médica) se ha acuñado para señalar conductas impropias del profesional frente a un paciente y que no sigue las normas o pau-

---

<sup>45</sup> Registro digital: 2004786, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Décima Época, Materia(s): Administrativa, Tesis: I.4o.A.91 A (10a.), Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3, página 1891, Tipo: Aislada

tas que señala la *Lex Artis* Médica, pero no hay aquí un error de juicio, sino que, o la actuación del médico que está en posesión de conocimientos y habilidades no ha sido diligente, o éste ha actuado con impericia e imprudencia frente a una situación clínica para la cual no está capacitado; este tipo de conducta médica constituye un error médico inexcusable y el profesional debe responder por esta conducta inapropiada. Por tanto, la responsabilidad profesional está subordinada a la previa acreditación de una clara negligencia en la prestación de los servicios, independientemente del resultado.<sup>46</sup>

El aspecto ético de la “*Lex Artis*” es importante. Es necesario afirmar que el respeto a la dignidad humana se basa en el principio ético de que los seres humanos poseen igual valor. Toda persona tiene, en principio, derecho a la protección de su salud. Los habitantes de la República Mexicana y los mexicanos que habiten en el extranjero deben gozar de este mismo derecho. El personal de salud está obligado a buscar los medios para que se cumplan los deberes de equidad y justicia, paradigma prioritario de la Bioética. Las acciones de atención a la salud proporcionadas por el personal profesional y técnico deben ser aplicadas en beneficio de la población en un marco científico y humanitario. El personal de salud debe atender a todos los que demanden sus servicios sin distinción de edad, sexo, nacionalidad, religión, ideología política, posición socioeconómica. El personal de salud tiene el compromiso de salvaguardar el prestigio de las profesiones que participen en las actividades de la atención médica, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia.

Sin embargo, este “conjunto” no existe de manera concreta e inmutable. Es algo evolutivo porque cambia con el descubrimiento de medicamentos o ante la creación de nuevas técnicas quirúrgicas y con cada cambio en las leyes y reglamentos de cada jurisdicción en donde se empuje

---

<sup>46</sup> **Registro digital:** 2004785 **Instancia:** Tribunales Colegiados de Circuito, **Décima Época, Materia(s):** Administrativa, **Tesis:** I.4o.A.64 A (10a.) **Fuente:** Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3, página 1890 **Tipo:** Aislada



ese nuevo conocimiento y de cada cambio en la práctica anunciado por un grupo científico de líderes de opinión, además, con cada revisión de la Declaración de Helsinki de la AMM o las Pautas de CIOMS-OMS, se genera dicha evolución.

### ***La Lex Artis Médica respecto a Directrices Anticipadas y a la Representación Legal***

¿A qué se refieren los principios bioéticos contenidos en la *Lex Artis Médica* respecto a las Directrices Anticipadas? En principio, debemos decir que es casi universal hoy en día que el paciente tiene el derecho a otorgar o no su consentimiento para tratamiento médico. Desde el Código de Núremberg<sup>47</sup> hasta la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 2005, de la UNESCO<sup>48</sup> los acuerdos más importantes y universales han afirmado el derecho del paciente para otorgar su consentimiento informado para cuidado médico.<sup>49</sup> Nos enfocamos aquí, por lo tanto, en los detalles de directrices anticipadas y representación legal.

El libro mencionado como autoridad y referencia en la materia respecto a la bioética es el de *Principios de Ética Biomédica* de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, publicado por primera vez en 1979 y que ahora se encuentra en su octava edición.<sup>50</sup> Su análisis de los cuatro principios comunes de la bioética se citan con frecuencia como parámetros en las publicaciones gubernamentales de México, y se utiliza como libro de texto clásico en los cursos universitarios.

Con respecto a los representantes, Beauchamp y Childress discuten cuatro clases de tomadores de decisiones sustitutos: familias, médicos, comités institucionales y los tribunales en ese orden de precedencia. Pero estos sustitutos tienen autoridad para tomar decisiones solo después del propio paciente y de cualquier representante designado específicamente por el mismo. El análisis de

---

<sup>47</sup> Código de Núremberg, op. cit.

<sup>48</sup> Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, op. Cit.

<sup>49</sup> Hemos discutido esto en nuestro Capítulo 2 aquí.

<sup>50</sup> Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford and New York: Oxford University Press; 1979.

Beauchamp y Childress “está destinado a proporcionar una estructura defendible de autoridad para la toma de decisiones que coloca a la familia que cuida al paciente como la autoridad presunta cuando el paciente no puede tomar la decisión y no ha designado previamente a un tomador de decisiones”.<sup>51</sup> Esto no solo indica que se debe presumir que un representante designado tiene autoridad antes de que se deba consultar a la familia, pero implica que se debe considerar que el sustituto designado tiene potestad para decidir como una extensión del poder de autonomía que el propio paciente tiene para tomar decisiones.

Según Beauchamp y Childress, la familia es la “primera opción como sustituto”, pero solamente cuando el paciente no ha suscrito un directriz anticipada que designe a alguien para tomar sus decisiones. Para confirmar esto, el Dr. James Childress escribió:

Toda la discusión de las “cuatro clases de tomadores de decisiones [sustitutos]” se lleva a cabo bajo el título de “Toma de decisiones sustituta sin directivas anticipadas” (7ª ed., P. 190, 8ª ed., P. 195). En este último, esta sección comienza así: “Cuando un paciente incompetente carece de una directiva anticipada, ¿quién debe tomar qué decisiones y con quién debe consultar el tomador de decisiones?” Toda la discusión anterior se ocupa de la directiva anticipada del paciente, que sostenemos tiene prioridad. Entonces, estamos de acuerdo con su punto de vista. La directiva anticipada puede designar a alguien para que tome la decisión o el paciente puede usar otros medios para designar al sustituto. Independientemente de cómo se haga, la persona encargada de tomar decisiones tiene prioridad.<sup>52</sup>

Concluimos, por tanto, que el procedimiento establecido en la Ley General de Salud (Artículo 51 Bis) y su Reglamento (Artículo 81) será acorde a la *Lex Artis Médica*. Y argumentamos que, una vez informado de la directiva anti-

---

<sup>51</sup> Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford and New York: Oxford University Press 7th Edition. 2013. p. 190.

<sup>52</sup> James Childress. Re: Surrogate decision-maker question. Comunicación personal por email. 20 de mayo, 2021. Traducción propia.

cipada de un paciente, un médico tiene la obligación, bajo los estándares establecidos para una buena práctica clínica conforme a la misma, de incorporar esto en el Expediente Clínico y que los todos médicos que asuman la atención del paciente deben acatar también el consentimiento informado otorgado y la designación de representantes.

La segunda referencia más citada como autoridad en la *Lex Artis Médica* es el enfoque casuístico del libro *Ética Clínica: Un enfoque práctico para las decisiones éticas en medicina clínica* de Albert R. Jonsen, Mark Siegler y William J. Winslade, publicado por primera vez en 1982 y que se encuentra también en su octava edición (2021).<sup>53</sup> Según este enfoque, uno de los cuatro aspectos principales de cualquier decisión clínica (además de las indicaciones médicas, la calidad de vida y los rasgos contextuales) es el de las preferencias del paciente. Jonsen, Siegler y Winslade hacen una distinción entre un representante “designado” por el paciente y un representante “sustituto” designado por la ley o por un juez o un funcionario gubernamental. La distinción es importante porque la “persona designada” está directamente autorizada por el paciente para ejercer su derecho a dar su consentimiento y, como tal, ejerce el derecho del paciente, mientras que el poder del sustituto solo entra en vigor cuando el paciente no ha designado a una persona que tome decisiones o cuando la persona designada no está disponible. Según Jonsen, Siegler y Winslade:

El elemento más importante de la planificación anticipada es la autorización por parte del paciente de una persona que tomará decisiones en su nombre en caso de incapacidad mental. A esa persona se le llama comúnmente un “tomador de decisiones designado”. Hay varias formas en las que se puede otorgar fuerza legal a la designación de un responsable de la toma de decisiones.

---

<sup>53</sup> Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics*. Maidenhead, Inglaterra: McGraw-Hill Education; 2019. (Traducción española: *Ética clínica: Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*, 5ª Edición. (Barcelona: Ariel, 2005).

Las legislaturas estatales pueden aprobar un estatuto que autorice lo que se llama “un poder notarial duradero para el cuidado de la salud”. Estos estatutos autorizan a las personas a nombrar a otra persona para que actúe como su agente para tomar todas las decisiones de atención médica después de que hayan quedado incapacitados. Esta persona puede ser un familiar o amigo. La mayoría de los estatutos requieren que esta designación se haga por escrito, aunque al menos algunos estados permiten la designación oral documentada en el registro médico del paciente. Estos estatutos dan prioridad legal al agente designado sobre todas las demás partes, incluidos los familiares más cercanos. Esto aclara la confusión que a menudo existe sobre quién en la familia es la persona apropiada para tomar decisiones para un familiar incapacitado. También evita las cargas burocráticas y los costos de un procedimiento legal para nombrar a un tutor o curador.<sup>54</sup>

Los autores explican además que, en los Estados Unidos:

Ahora se requiere que los hospitales pregunten a los pacientes en el momento de la admisión si tienen una directiva anticipada y, si no la tienen, que [los hospitales] brinden asistencia para preparar una. Después de la admisión, los documentos de instrucciones anticipadas deben colocarse en el expediente clínico del paciente.<sup>55</sup>

Estos libros de referencia general, por supuesto, no son leyes, sino referencias estándares sobre las obligaciones de los médicos en el ejercicio de su profesión y que forman parte de la *Lex Artis* Médica desde la perspectiva bioética y por lo tanto marcan un parangón en la Ley General de Salud y el Reglamento indicados como “principios científicos y éticos”.

---

<sup>54</sup> Idem.

<sup>55</sup> Idem.

## ***Estándares de Asociaciones Nacionales***

Otros estándares de referencia en el corpus de la literatura universal que constituye la *Lex Artis* Médica son pronunciamientos o declaraciones de asociaciones nacionales tanto públicos como organizaciones no-gubernamentales.

### ***España***

Dice el Código de Deontología Médica, Guía de Ética Médica del Consejo General de Colegios Oficiales de España, Artículo 13<sup>56</sup>

1. Cuando el médico trate a pacientes incapacitados legalmente o que no estén en condiciones de comprender la información, decidir o dar un consentimiento válido, deberá informar a su representante legal o a las personas vinculadas por razones familiares o, de hecho.

Y dice la Ley General de Sanidad de España respecto a directrices anticipadas<sup>57</sup>

Artículo 11. Instrucciones previas.

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

---

<sup>56</sup> España, Organización Médica Colegial de. Código de Deontología Médica [Internet]. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. 2022 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.cgcom.es/codigo-deontologia-medica>

<sup>57</sup> Boletín Oficial del Estado «BOE» núm. J, De de 15 de N. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Gobierno de España/Boe.es. [consultado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>

2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.
3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la “*Lex Artis*”, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.
4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.
5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

## **Reino Unido**

El Reino Unido tiene una Ley de Capacidad Mental que “está diseñada para proteger y empoderar a las personas que pueden carecer de la capacidad mental para tomar sus propias decisiones sobre su atención y tratamiento”. Como explicó el Consejo Médico General del Servicio Nacional de Salud, la ley insiste en que los cuidadores y el personal médico deben “asumir que una persona tiene la capacidad de tomar una decisión por sí misma, a menos que se demuestre lo contrario [y] siempre que sea posible, ayudar a las personas a tomar sus propias decisiones.”<sup>58</sup> Concretamente, respecto al nombramiento de un representante, el Consejo Médico explica que la Ley:

---

<sup>58</sup> National Health Service, Gobierno del Reino Unido. Giving someone power of attorney [Internet]. NHS WEBSITE. 2023 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/making-decisions-for-someone-else/giving-someone-power-of-attorney/>

Permite a las personas expresar sus preferencias de atención y tratamiento, y designar a una persona de confianza para que tome una decisión en su nombre si no tienen capacidad en el futuro.

El Consejo dice que el término “abogado” no significa un abogado licenciado, sino que será cualquier persona a quien se le otorga el poder de tomar decisiones, y que la ley indica que las personas con capacidades limitadas:

Pueden otorgar un poder notarial duradero (LPA) a otra persona (o personas) para que puedan tomar decisiones sobre su salud y bienestar, o decisiones sobre su propiedad y asuntos financieros. Se elaboran documentos legales separados para cada una de estas decisiones, designando uno o más abogados para cada una.

“Los poderes - señala el Consejo - se pueden otorgar en cualquier momento cuando la persona que los hace tenga la capacidad mental para hacerlo, y siempre que tenga 18 años o más”.

### ***Estados Unidos***

Una de las obras de referencia respetada como estándar en los Estados Unidos, el *Manual de Ética* del Colegio Americano de Médicos (ACP) deja bastante clara la obligación del médico con el paciente:

La toma de decisiones verdaderamente informada se centra en el paciente. El consentimiento del paciente permite al médico brindar atención. El contacto no autorizado de una persona es una agresión, incluso en el ámbito médico. El consentimiento puede ser expreso o implícito. El consentimiento expreso ocurre con mayor frecuencia en el entorno hospitalario, donde los pacientes brindan su consentimiento escrito u oral para un procedimiento en particular.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Sulmasy LS, Bledsoe TA, for the ACP Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. American college of physicians ethics manual: Seventh edition. Ann Intern Med [Internet]. 2019; 170(2\_Supplement):S1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7326/m18-2160>

Después de una discusión de la atención de emergencia, la incapacidad y la naturaleza de la toma de decisiones sustituta, el manual de la ACP afirma claramente que se debe dar prioridad al representante designado del paciente:

Si el paciente ha designado un apoderado, mediante un poder notarial duradero para la atención médica, esa elección debe respetarse. En ausencia de un nombramiento formal de un agente de atención médica, algunos estados tienen estatutos de consentimiento de atención médica que especifican quiénes y en qué orden de prioridad los miembros de la familia u otras personas cercanas pueden servir como sustitutos. Cuando los pacientes no han seleccionado sustitutos, un miembro de la familia, que podría ser una “pareja doméstica”, debe actuar como sustituto. Los médicos deben conocer los requisitos legales en sus estados para la designación de sustitutos y la toma de decisiones. En algunos casos, todas las partes pueden estar de acuerdo en que un amigo cercano es un sustituto más apropiado que un pariente.<sup>60</sup>

Y el manual recomienda que los médicos alienten a los pacientes a designar representantes:

Los médicos deben alentar de manera rutinaria a los pacientes a discutir sus deseos futuros con familiares y amigos apropiados y completar un testamento en vida y / o un poder notarial duradero para la atención médica ...<sup>61</sup>

En un metaanálisis de leyes de los EE. UU., Erin DeMartino, et al. informan que si bien existe una amplia variedad de leyes de suplentes por defecto entre los estados (y DC), un agente designado tiene prioridad en la gran mayoría: “De las 51 jurisdicciones, 41 tienen una disposición que permite el nombramiento de un suplente por defecto para la toma de decisiones médicas en la ausencia de un agente”.<sup>62</sup>

---

<sup>60</sup> Idem

<sup>61</sup> Idem

<sup>62</sup> DeMartino ES, Dudzinski DM, Doyle CK, Sperry BP, Gregory SE, Siegler M, et al. Who decides when a patient can't? Statutes on alternate decision makers. *N Engl J Med* [Internet]. 2017;376(15):1478-82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMms1611497>



## ***Países Latinos***

Se podría sospechar que la extensión del derecho de consentimiento informado a un representante designado es más característico de los países que tienen un sistema judicial a través de la “Ley Común” que, de los países latinos, pero este no es el caso. Argentina, Honduras y Costa Rica especifican representantes designados por los pacientes. En Argentina, por ejemplo, la ley claramente da la representación legal, a un representante nombrado por el paciente, priorizándolo por sobre la familia. La ley dice:<sup>63</sup>

**Artículo. 4º.** Autorización. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

**Artículo. 11.** Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanasias, las que se tendrán como inexistentes.

## ***México: El Decálogo de Bioética y Atención Primaria de Salud***

Fue evidente en nuestro Capítulo 2, que la jurisprudencia en los países latinos se debate más en términos teó-

---

<sup>63</sup> Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley 26529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, editor. Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>; InfoLEG; 2009

ricos como dignidad, valores y autonomía, que en términos de los detalles del consentimiento informado o en la designación de representantes. Así que es necesario prestar atención aquí a los conceptos éticos teóricos contenidos en *Lex Artis Médica*.

En este sentido respecto a principios éticos, la Comisión Nacional de Bioética de México (CONBIOÉTICA) ha escrito un *Decálogo de Bioética y Atención Primaria de Salud*, “con el propósito de que sirva como un instrumento que oriente al personal de salud en la delimitación de sus acciones para la resolución de conflictos y toma de decisiones en la práctica cotidiana.”<sup>64</sup> La Comisión explica que:

Los fundamentos del Decálogo representan la convicción institucional de la trascendencia de brindar a la población una atención justa y de calidad, sin soslayar la irrefutable observancia del respeto a los derechos humanos.

De esta manera, es importante destacar que la bioética y sus principios mantienen una estrecha vinculación con la actividad de la ciencia, no sólo como espacio de reflexión sino también como herramienta esencial para mejorar las condiciones del entorno y contribuir, sin lugar a dudas, a la integridad y el fortalecimiento de las relaciones que se establecen entre el personal y los usuarios de los servicios de salud. Lo anterior, ante la creciente necesidad de humanización y protección de la dignidad y vulnerabilidad de la población.

Es así como la Comisión Nacional de Bioética, en el contexto de una sociedad pluralista como la nuestra, con posiciones divergentes y en la que diariamente surgen dilemas en el ámbito de la salud, incorpora en el Decálogo de Bioética y Atención Primaria de Salud, aspectos fundamentales, entre los que se encuentran

---

<sup>64</sup> Comisión Nacional de Bioética. Decálogo de Bioética y Atención Primaria de Salud [Internet]. gob.mx. [consultado el 18 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/%7Cconbioetica/articulos/decalogo-263604?idiom=es>

los relativos al reconocimiento individual, familiar y comunitario en el centro del proceso de atención; la consideración de los valores, creencias y autonomía de las personas; la importancia de factores como el autocuidado, la comunicación efectiva y la confidencialidad de información; el uso racional de recursos, la atención equitativa y la importancia de evitar conductas de estigmatización y discriminación.

El **“Decálogo de Bioética y Atención Primaria de Salud” de la Comisión Nacional afirma dentro de otros mandamientos que el médico debe de:** “Respetar valores, creencias y la autonomía de la persona en la toma de decisiones en salud.”<sup>65</sup>

Sin duda, la autonomía del paciente es un principio que la colección universal y mexicana de sabiduría bioética reconoce como elemento fundamental de la *Lex Artis* Médica tomándose así para la Ley General de Salud y el Reglamento insistiendo en que la práctica médica debe acatar los “principios científicos y éticos”. Enfatizamos que una interpretación de la ley indica que la obligación de obtener el consentimiento del paciente es una obligación directa del médico – y no por medio de la institución.

Así, el consentimiento informado habilita al médico tratante, no al ente hospitalario. Por tanto, el contrato de prestación de servicios hospitalarios firmado por terceros no participa de la naturaleza del consentimiento informado del paciente.<sup>66</sup>

Esto significa que el médico en el caso de Shelley tenía el derecho y el deber de ingresar el documento de poder en su expediente clínico independientemente de los términos del contrato de prestación de servicio con el Hospital General del estado.

---

<sup>65</sup> Ídem

<sup>66</sup> Registro digital: 2022987, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Décima Época, Materia(s): Civil Tesis: (V Región) 2o.13 C. (10a.). Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 85, abril de 2021, Tomo III, página 2219. Tipo: Aislada. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS FIRMADO POR TERCEROS, NO PARTICIPA DE LA NATURALEZA DE AQUÉL, AL SER ACTOS DISTINTOS E INDEPENDIENTES. Véanse la discusión de esto en nuestra Capítulo 4

## **Estándares por Acuerdos Internacionales**

A veces el corpus de la *Lex Artis* Médica usa el concepto filosófico de “autonomía” para enfatizar el derecho del paciente para dar su consentimiento para tratamiento médico. Desde el siglo XVIII, la filosofía de Immanuel Kant ha interpretado el concepto de autonomía como la libertad del individuo para tomar sus propias decisiones morales. De hecho, la autonomía está frecuentemente entendida como la característica esencial del ser humano de ‘legislar la moralidad por sí mismo,’ como dijo Kant, y está identificado con la dignidad humana. Respecto a decisiones bioéticas, se ha tomado la autonomía como el principio clave o dominante, aunque hoy en día no es el valor único.

Respecto a las obligaciones profesionales de los médicos ha habido varios intentos de adaptación del juramento hipocrático a lo largo de la historia. En 1948, se redactó un juramento en la convención de Ginebra en el que los doctores prometieron desempeñar su arte **“con conciencia y dignidad”** diciendo que **“la salud y la vida del enfermo serán las primeras de mis preocupaciones.”**<sup>67</sup> Este juramento, conocido como *“La Declaración de Ginebra,”* fue promulgado por la Asociación Médica Mundial (AMM) y ha sido revisada y enmendada en diferentes ocasiones (1968, 1983, 1994, 2005 y 2006). De acuerdo con el texto vigente actualmente aprobado en octubre de 2017 en Chicago, los médicos juran:

Como miembro de la profesión médica, prometo solemnemente ... Respetar la autonomía y la dignidad de mis pacientes. .... Hago esta promesa solemne y libremente, empeñando mi palabra de honor.<sup>68</sup>

Por lo tanto, es obligación profesional de cada médico llevar a cabo cualquier tratamiento médico solamente cuando cuentan con el consentimiento del paciente.

---

<sup>67</sup> Asociación Médica Mundial. Asamblea General de la. Declaración de Ginebra [Internet]. Asociación Médica Mundial. 2022 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-ginebra/>

<sup>68</sup> Ídem

El Respeto a la dignidad de las personas está mencionado diez veces en la Ley General de Salud y otra seis veces en el Reglamento, incluido como derecho de los individuos con trastornos mentales y los pacientes en cuidado paliativo.

**Artículo 74 Bis.** La persona con trastornos mentales y del comportamiento tendrá los siguientes derechos:

- I. Derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental y acorde con sus antecedentes culturales, lo que incluye el trato sin discriminación y con respeto a la dignidad de la persona, en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud;

**Artículo 166 Bis.** El presente título [sobre cuidado paliativo] tiene por objeto:

- I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas...

Ruth Macklin menciona en su artículo que la Dignidad es un concepto religioso tomado del catolicismo y que penetró en la literatura laica conservándose así en los textos médicos desde su discusión en 1970. El meollo en la argumentación de Macklin es que la dignidad se refiere únicamente al respeto de las personas y su autonomía.<sup>69</sup> realmente significando consentimiento informado. El respeto de la dignidad de una persona, dijo Macklin, implica respeto a la capacidad del individuo para nombrar a otra persona y defender sus derechos en el caso de su posible incapacidad. Incluso, como objetan los críticos de Macklin, “dignidad” significa algo más allá que el consentimiento o la autonomía, partiendo de que no se puede respetar la dignidad de una persona sin respetar su derecho a nombrar un representante médico con un poder. Así que el concepto de dignidad, usado tan frecuentemente en la ley, es otra instancia del derecho de una persona, conforme a la *Lex Artis* Médica de principios científicos y éticos en la práctica de la

---

<sup>69</sup> Macklin R. Dignity is a useless concept: It means no more than respect for persons or their autonomy. *British Medical Journal*. 2003; 327(diciembre 2003):20-7.

medicina, para dar poder en la toma de decisiones médicas a un representante legal o a una persona de confianza.

Así, dentro del “contexto médico”, concluimos que prohibir al personal de salud que acate la designación de un representante por parte de su paciente significa que violarán el código internacional de la Asociación Médica Mundial (AMM) que exige respeto por la “autonomía del paciente.” Por lo tanto, la mejor práctica clínica de la *Lex Artis Médica* respalda totalmente el derecho del paciente a otorgar poder a un representante.

### ***Conclusión: “Lex Artis Médica ad hoc” respecto a Representación Legal y Directrices Anticipadas***

Con base en la evidencia de la *Lex Artis Médica*, hemos presentado los siguientes argumentos para demostrar que los médicos tienen la obligación moral de cumplir con las Directrices Anticipadas de un paciente y aceptar el consentimiento informado otorgado por un representante legal designado por el paciente:

1. Cuando hay que tomar una decisión legal sobre un caso específico, un juez tiene que referirse a los estándares actuales de buenas prácticas médicas, para decidir cómo se debe tratar a un paciente.
2. La ley dice muchas veces que la medicina debe practicarse “según principios científicos y éticos”. Por tanto, el médico está moralmente obligado por las normas de la práctica a tratar a los pacientes de acuerdo con esos principios.
3. Los principios éticos en casos médicos son el respeto a la dignidad y autonomía del paciente. Dignidad y autonomía significan asegurar que el paciente dé un consentimiento informado válido para el tratamiento antes de o en el momento del tratamiento.

4. La autonomía y el consentimiento informado implican que, si el paciente no es capaz de decidir por sí mismo, el sustituto para la toma de decisiones debe ser la persona que el paciente haya designado como su representante legal para decisiones médicas.
5. Por tanto, para ejercer la medicina de acuerdo con los principios éticos y científicos actualmente vigentes, el médico debe saber si el paciente ha escrito un documento de “Directrices Anticipadas” y si ha designado a alguien para que tome sus decisiones si él o ella no es capaz de decidir.
6. Si un prestador institucional de salud ha sido debidamente informado de que un paciente ha escrito Directrices Anticipadas y/o ha designado un representante legal y el prestador institucional no informa a un médico que la institución asigna para tratar a ese paciente, la institución está impidiendo que el médico tratante ejerza la medicina “de acuerdo con los principios científicos y éticos” como lo exige la ley.

Por todo lo anterior desde la perspectiva del contexto médico, de acuerdo con la *Lex Artis* Médica y con los “principios científicos y éticos” de la atención médica, el personal de salud tiene la obligación de respetar la autonomía y la dignidad de sus pacientes acatando las “Directrices Anticipadas” del mismo y las decisiones de su representante legal designado.

Además, si las instituciones del Sistema Nacional de Salud no permiten al médico acatar con la voluntad del paciente, e incluso si no facilitan o favorecen que se recabe y que se cumpla, estas instituciones están obstruyendo al personal de salud de cumplir con la obligación moral de su profesión y el médico estaría en violación de los principios científicos y éticos demandados por la propia ley por una causa administrativa que transgrede los principios bioéticos de la profesión y que son también obligación de las ins-

tituciones del Estado o de las instituciones privadas. Este es el argumento desde el contexto médico: El médico tiene un **deber ético-profesional** para respetar el nombramiento de un representante legal por parte de su paciente y que este deber ético-profesional es un requisito legal que debe ser respetado también por las instituciones y el Estado para el respeto a la dignidad de la persona, hablando de médicos y pacientes.

**NOTA: El uso de la Lex Artis Médica por los tribunales**

El uso más común en las cortes es para determinar si un acto médico es apropiado o no, o si se trata de mal praxis.

... el término mal praxis (mala práctica médica) se ha acuñado para señalar conductas impropias del profesional frente a un paciente y que no sigue las normas o pautas que señala la *Lex Artis Médica*...<sup>70</sup>

Revisando y afirmando decisiones sobre mal praxis, el Poder Judicial Federal mexicano ha señalado la importancia de la *Lex Artis Médica* como estándar en sus decisiones sobre mal praxis.<sup>71</sup>

Anotamos algunos puntos especiales respecto a nuestro análisis de representación legal:

**1. Los estándares de la *Lex Artis Médica* se refiere tanto a principios científicos biomédicos, como a principios éticos:**

... el ejercicio profesional no termina en la sola competencia del médico para la toma de decisiones frente a una situación clínica determinada, ya que exis-

---

<sup>70</sup> "RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE ERROR Y MALA PRÁCTICA PARA EFECTOS DE SU ACREDITACIÓN." Es aplicable al caso, el criterio el emitido por el Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, en tesis aislada número I.4º. A.64 A, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, que aparece publicado en la página 1890, del Libro XXV, Tomo 3, octubre de 2013, Décima Época.

<sup>71</sup> Véanse GUÍAS O PROTOCOLOS MÉDICOS EXPEDIDOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD O POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN LA MATERIA. SU FUNCIÓN PARA EFECTOS DE DETERMINAR UNA POSIBLE MALA PRÁCTICA MÉDICA. SCJN; 10a. Época; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; 1a. XXVI/2013 (10a.); TA Registro digital: 2002531; LEX ARTIS AD HOC. SU CONCEPTO EN MATERIA MÉDICA. TCC; 10a. Época; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; I.4o.A.92 A (10a.); TA 15. Registro digital: 2004722



ten además actitudes de alto valor moral que deben acompañar a todo acto médico, pues el actuar profesional debe ser enriquecido con virtudes tales como el respeto a la autonomía del paciente...<sup>72</sup>

## **2. Los principios de la *Lex Artis Médica* se refieren no solamente a médicos tratantes, sino a los administradores de las instituciones de salud:**

Los jefes de área de un hospital, como cualquier otra persona que labora en una institución hospitalaria y que tiene asignada ciertas obligaciones en el tratamiento médico de una persona (en su mayoría deberes de cuidado), pueden ser demandados por negligencia y considerados responsables; .... En ese sentido, los Artículos 18 y 19 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, prevén los deberes específicos que les corresponde a los responsables de las diferentes áreas de las instituciones hospitalarias.<sup>73</sup>

## **3. Responsabilidad por actos en discordancia con la *Lex Artis Médica* se extienden a todo el personal involucrado en un caso, no solamente al médico actual.**

... cuando el acto médico está integrado por distintas facetas en las que participan sucesivamente una multiplicidad de profesionistas médico-sanitarios, se estima que puede atribuírsele una conducta negligente a un profesionista si de acuerdo con la *Lex Artis Médica* ad hoc, se encontraba en una posición óptima

---

<sup>72</sup> PRÁCTICA MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS INDICACIÓN Y LEX ARTIS, PARA DETERMINAR SI SE AJUSTA A LA TÉCNICA CORRECTA. PRÁCTICA MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS INDICACIÓN Y LEX ARTIS, PARA DETERMINAR SI SE AJUSTA A LA TÉCNICA CORRECTA. TCC; 10a. Época; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; I.4o.A.90 A (10a.); TA 14. Registro digital: 2004743. Véanse también la referencia a autonomía en AUTONOMÍA PARENTAL. LINEAMIENTOS PARA SU INTERVENCIÓN POR PARTE DEL ESTADO EN UN CONTEXTO MÉDICO. AUTONOMÍA PARENTAL. LINEAMIENTOS PARA SU INTERVENCIÓN POR PARTE DEL ESTADO EN UN CONTEXTO MÉDICO. SCJN; 10a. Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; 1a. XI/2019 (10a.); TA; Publicación: viernes 08 de febrero de 2019 10:10 h Registro digital: 2019214

<sup>73</sup> RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. SU ACTUALIZACIÓN EN TORNO A LOS JEFES DE UNIDAD DE UN HOSPITAL. RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. SU ACTUALIZACIÓN EN TORNO A LOS JEFES DE UNIDAD DE UN HOSPITAL. SCJN; 10a. Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; 1a. CCXXVIII/2016 (10a.); TA; Publicación: viernes 09 de septiembre de 2016 10:18 h Registro digital 2012515

para advertir el error culposo o doloso del profesionalista o profesionistas que le precedieron y, ante tal situación, omitió llevar a cabo los actos necesarios para corregirlo o intentar corregirlo, siempre que tal actuar se encontrara dentro de su campo de acción en el acto médico. Así, por ejemplo, si tras la participación de un médico, otro médico convalida la negligencia del que le precedió u omite cumplir con sus deberes de cuidado que lo llevarían a intentar corregirlo o a informarlo a los responsables para hacerlo, según la *Lex Artis Médica*, tal conducta puede considerarse a su vez como culposa en sentido amplio y dar pie a una responsabilidad si se acredita que tal acto propició o incidió directamente en la producción del daño.<sup>74</sup>

#### 4. Responsabilidad la *Lex Artis Médica* se extiende también al Estado

La responsabilidad objetiva del Estado no se origina por cualquier daño causado, sino que éste debe ser consecuencia de su actuar administrativo irregular, es decir, derivado del incumplimiento de los deberes legales de los servidores públicos, establecidos en leyes o reglamentos. Sin embargo, tratándose de la prestación de los servicios de salud pública, dicha responsabilidad también se origina por el incumplimiento de las prescripciones de la ciencia médica, al desempeñar sus actividades, esto es, por no sujetarse a las técnicas médicas o científicas exigibles para dichos servidores *-lex artis ad hoc-*, o al deber de actuar con la diligencia que exige la *Lex Artis Médica*.<sup>75</sup>

---

<sup>74</sup> RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. SUPUESTOS DE VALORACIÓN EN UN ACTO MÉDICO COMPLEJO. RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. SUPUESTOS DE VALORACIÓN EN UN ACTO MÉDICO COMPLEJO. SCJN; 10a. Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; 1a. CCXXIX/2016 (10a.); TA; Publicación: viernes 09 de septiembre de 2016 10:18 h Registro digital 2012516

<sup>75</sup> "RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO POR LA PRESTACIÓN DEFICIENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA. CUÁNDO SE CONFIGURA LA NEGLIGENCIA MÉDICA EN ESTOS CASOS. RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO POR LA PRESTACIÓN DEFICIENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA. CUÁNDO SE CONFIGURA LA NEGLIGENCIA MÉDICA EN ESTOS CASOS. SCJN; 10a. Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; 1a. CLXXII/2014 (10a.); TA; Publicación: viernes 25 de abril de 2014 09:32 h Registro digital: 2006252.

## Capítulo 4

### *Implementación: El contexto del paciente*

Nuestro análisis de la ley mexicana en el **Capítulo 2** se enfocó en el derecho legal de la gente para tomar decisiones médicas, incluidas las que son por adelantado y el derecho a designar representantes como una extensión para hacer efectivo cualquier derecho. En el **Capítulo 3** examinamos el principio ético clave de la *Lex Artis Médica* respecto a la bioética —que también está incluido como una obligación legal— según el cual los médicos tienen un deber moral de respetar la autonomía de sus pacientes y la de sus representantes legales. En este capítulo discutimos cómo se puede implementar el derecho a designar un representante legal y las directrices anticipadas de las personas dentro del Sistema Nacional de Salud de México desde la perspectiva de los pacientes. Para este propósito nos enfocamos en la práctica cotidiana de la medicina empezando con los documentos de planeación anticipada en las cuáles los pacientes tienen interés.

#### **I. Los documentos de planeación anticipada**

Hemos mencionado los tres tipos comunes de documentos: poderes de nombramiento de representantes legales, “Directrices Anticipadas” y Planes de Cuidado Paliativo. Respecto a planeación anticipada la ley mexicana autoriza estos documentos como medidas para implementar la voluntad de los pacientes. Estos documentos se armonizan y se complementan entre sí de muchas maneras, pero tienen propósitos distintos.

*a) Poderes de Representación legal para decisiones médicas.* Como hemos explicado en el Capítulo Dos, la ley autoriza representación legal tanto como derecho humano como por extensión del poder para otorgar o no consentimiento informado para tratamiento médico. La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO dice que “Toda intervención médica preventiva, diag-

nóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada” y reconoce la necesidad de extender el derecho de consentimiento por decir que “para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.” En México, la Ley General de Salud da un derecho general a “decidir libremente” sobre la aplicación de tratamientos médicos diciendo en el Artículo 51 Bis.2 que: **“Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos.”** Se hizo este derecho más explícito en el Reglamento estableciendo los procedimientos para autorización del consentimiento informado del paciente o de un representante legal:

**Artículo 80.** En todo hospital y siempre que el estado del usuario lo permita, deberá recabarse a su ingreso su autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios para llegar a un diagnóstico o para atender el padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma.

Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.

**Artículo 81.** En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.

Como hemos visto previamente, cuando la persona es capaz de dar su consentimiento lo hará, o como menciona el reglamento, su representante legal es el facultado para hacerlo, se reconoce la representación en las disposiciones legales.

*b) Directrices Anticipadas.* El documento de Directrices Anticipadas es un documento escrito por cualquier persona adulta en pleno uso de sus facultades mentales, para expresar por adelantado sus deseos y la autorización para el cuidado médico al final de la vida.

**Artículo 166 Bis 4 LGS.** Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad.

Respecto a cuidados paliativos, la Ley dice que los pacientes enfermos en situación terminal tienen el derecho de

**Artículo 166 Bis 3.VI LGS.** Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;

y el derecho de

**Artículo 166 Bis 3. X LGS.** Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación

Así que el documento de “Directrices Anticipadas” designa para complementar, el nombramiento de un representante legal que tiene la obligación de “corroborar la ejecución de la voluntad del enfermo en situación terminal.” (Reglamento, Artículo 138 Bis 24 - V). De hecho, el documento de “Directrices” hace la designación de un representante más explícito respecto a cuidados paliativos describiendo una manera legal de nombramiento de este representante por poder simple dentro del documento de “Directrices Anticipadas” en el Reglamento de la LGS Artículo 138 Bis 24.

**c) Planes de Cuidado Paliativo.** Como hemos explicado en nuestro libro, *La Ética del Cuidado Paliativo*, el Plan de Cuidado Paliativo es una orden médica escrita por un doctor inmediatamente después del diagnóstico de una condición terminal del paciente, con consentimiento informado del paciente, de los familiares, de los representantes legales o de una “persona de confianza.” El propósito específico de esta orden es recoger las preferencias del paciente a través de órdenes médicas mediante el consentimiento informado.<sup>76</sup>

### **Se define el Plan de Cuidados Paliativos como:**

El conjunto de acciones indicadas, programadas y organizadas por el médico tratante, complementadas y supervisadas por el equipo multidisciplinario, las cuales deben proporcionarse en función del padecimiento específico del enfermo, otorgando de manera completa y permanente la posibilidad del control de los síntomas asociados a su padecimiento.

Planeación anticipada, de acuerdo con la Ley General de Salud, Artículo 166 Bis 3 incluye los derechos del paciente de:

- Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica.
- Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables.
- Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad.
- Dar su consentimiento en la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida.
- Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario.
- Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular.

---

<sup>76</sup> García-Camino, Bernardo, Hall, Robert T., Miranda, Eugenio. (2021). Op. Cit. pp. 46

- Designar a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación.

**Y el Plan de Cuidado Paliativo<sup>77</sup> en sí mismo puede incluir:**

- El lugar de servicios (domicilio o instalación hospitalaria o clínica).
- Urgencias y atención médica pre-hospitalaria.
- Transferencia o no al hospital.
- Revisión y Consentimiento Informado.
- Nombramiento del Representante en el caso de incapacidad.
- Tratamientos específicos aceptables y rechazados.
- Resucitación cardiopulmonar.
- Intubación por ventilador.
- Antibióticos.
- Control de dolor y sufrimiento.
- Nutrición e hidratación.
- Participación en investigaciones médicas.
- Donación de órganos.

Anotamos que es obligación legal de los médicos, proporcionar información al paciente y a los cuidadores, prescribir el plan de cuidados paliativos con consentimiento del paciente o sus representantes y acatar con las “Directrices Anticipadas” (REG, Artículo 138 Bis 13-VIII). Por lo tanto, el Plan de Cuidados Paliativos debe ser firmada por el médico tratante (como orden médica), por el paciente (como consentimiento informado), por su representante legal (aceptando responsabilidad) y por los testigos.

Y finalmente, anotamos que la Norma de cuidados paliativos dice explícitamente en el punto 5.9 que:

Todas las acciones de cuidados paliativos que realice el personal de salud deberán estar relacionadas con el

---

<sup>77</sup> Ídem

plan de cuidados paliativos, deberán ser registradas, incorporadas y, en su caso, documentadas por este en el expediente clínico del enfermo en situación terminal.

Por otra parte, encontramos que algunas entidades federativas mexicanas<sup>78</sup> han emitido localmente leyes relacionadas con voluntad anticipada, con distintas denominaciones.

Cada una de estas leyes establece distintos procedimientos para el otorgamiento y efectos respecto a las decisiones de los pacientes y de la forma de hacerlas valer, tanto por el costo, los requisitos, los registros y otras condiciones.

Hemos insistido que en aquellas entidades en que no existe ley local no hace falta ya que la legislación federal establece formas más sencillas por medio de las cuales cualquier persona capaz puede otorgar directrices anticipadas y nombrar representante legal específico para decisiones médicas.

Por otra parte, conforme lo argumentamos en el **Capítulo 3**, con base en la *Lex Artis* Médica en relación con el consentimiento informado y la capacidad de las personas de nombrar representantes legales para decisiones médicas, cualquier estipulación que las personas hagan, sin importar bajo que modalidad (ley estatal o ley federal) es obligatoriamente ética para el personal de salud en la atención médica de dicho paciente e incluso sobrepasa los efectos del registro en que se haya asentado.

## II. Investigación sociológica

Para comprender mejor los procedimientos clínicos y hospitalarios desde la perspectiva de un paciente que recibe asistencia sanitaria en una de las unidades públicas del Sistema Nacional de Salud, Jimmy acudió a su propio proveedor para preguntar si podía presentar un documento de Directrices Anticipadas incluyendo la designación de un representante legal como lo indica la ley federal. Tenía varias

---

<sup>78</sup> CDMX, Nayarit, Aguascalientes, Guerrero, Coahuila, Jalisco, Estado de México, Oaxaca, San Luis Potosí, Guanajuato, Michoacán, Hidalgo, Yucatán, Tlaxcala, Veracruz y Colima.



razones personales para querer hacer esto, principalmente que la persona que quería designar era un buen amigo con quien había hablado de sus problemas de salud y que entendía sus deseos y estaba dispuesto a tomar decisiones médicas y dar su consentimiento informado o denegar el tratamiento y cuidar en su nombre llegado el momento. Y quería asegurarse de que cualquier médico que pudiera ser asignado para tratarlo en el futuro entendiera que no quería un tratamiento extraordinario para mantenerse con vida en una condición intratable que él encontraría intolerable.

Al ir a la clínica de primer nivel de esta institución pública, Jimmy habló primero con una recepcionista en un mostrador de información, quien dijo que pensaba que sería posible designar un representante, pero que esto tendría que hacerse mediante un Poder Notariado. Ella lo envió a la oficina del director. El subdirector con el que habló también indicó que podía nombrar un representante legal y que esto podía hacerse a través de un Notario. Jimmy le dijo que era investigador en bioética de la universidad y que estaba seguro de que la Ley General de Salud y el Reglamento indicaban que podía nombrar un representante en un documento de Directrices Anticipadas firmado solo por él y dos testigos. El subdirector dijo que, aunque nunca había oído hablar de este tipo de documento, otro empleado de la administración podría informarle sobre esto. Sin embargo, si él quería estar seguro de las políticas de la institución en sí, debería hablar con las autoridades en la oficina de la delegación en el Estado.

Jimmy habló con otro empleado quien le dijo que podría poner una nota sobre su solicitud para nombrar a su amigo como su representante legal y colocarla en una sección de su expediente, pero que no sabía nada sobre un documento de Directrices Anticipadas. Jimmy explicó que este era un documento que la Ley General de Salud y su Reglamento decían que cualquier adulto capaz, en cualquier momento de su vida y sin importar cualquier condición de salud, podía firmar con dos testigos y entregarlo a su proveedor de servicios de salud. Jimmy entonces dijo que regresaría y le mostraría este documento después de haber

hablado con las autoridades en la oficina de la delegación en el Estado. El empleado administrativo entonces indicó que entendía el objetivo que buscaba, que este era similar a las disposiciones sobre Voluntad Anticipada en otros estados, pero que esto estaba bajo la ley federal porque el Estado de Querétaro no tenía una disposición legal sobre Voluntad Anticipada. Indicó también que un documento legal de Directrices Anticipadas **no podía ser colocado** en el expediente porque todos los expedientes médicos de los pacientes se guardaban electrónicamente y el programa de archivo electrónico no permite subir ningún documento en el archivo, solo capturar información. El Servidor Público entendió que se trataba de un documento legal que cualquier médico tratante debería ver antes de atender a un paciente, pero explicó que el sistema no lo permitía.

Cabe mencionar aquí que todo el personal de la clínica de primer nivel y de la delegación estatal de esta institución fueron muy amables con Jimmy. Parecían entender bastante bien que la investigación de Jimmy era profesional y que no les estaba pidiendo que hicieran nada que no estuviera permitido por la ley. De hecho, entendieron que Jimmy estaba interesado en saber cómo funciona normalmente el sistema y si era posible hacer lo que la ley indicaba para la planificación anticipada dentro del Sistema Nacional de Salud, y que Jimmy solo estaba haciendo preguntas que eran reales para él como paciente; no preguntó (en ese momento) sobre el Plan de Cuidados Paliativos ni cómo se podría poner dicho documento en el expediente del paciente ya que esta era, a diferencia de las Directrices Anticipadas, una orden médica escrita por un médico y el consentimiento informado del paciente porque Jimmy no estaba en una condición terminal.

Jimmy luego habló con tres funcionarios administrativos de la oficina delegacional: un médico, un abogado y una persona responsable de los asuntos de los pacientes. Estos también entendieron la investigación que estaba haciendo y fueron muy complacientes y, de hecho, generosos con su tiempo. En la reunión Jimmy explicó que él era profesor de bioética haciendo una investigación sobre pla-

neación adelantada y cuidado paliativo y que quería presentar un documento de Directrices Anticipadas incluyendo el nombramiento de un representante legal. También quería saber si este documento, que en efecto era un poder simple firmado por él mismo y dos testigos, sería colocado en su expediente clínico y si sería cumplido por el personal de otras instalaciones de la misma institución en ese o en otros estados. Esta reunión fue una discusión informal e informativa, con diálogo abierto sobre los procedimientos institucionales. Hubo una discusión razonable sobre la ley y si la institución estaba preparada para aceptar un documento de Directrices Anticipadas. Incluso Jimmy ofreció poner sus Directrices en un formato institucional si eso era conveniente.

Lo que quedó claro de esta reunión fue que (1) Jimmy tenía derecho a presentar el documento de Directrices si seguía la redacción y la forma prescrita por la ley y (2) no se sabía si otras instituciones públicas de salud en otros estados cumplirían con las directrices, pero que también estaban obligados por la ley federal. Sin embargo, (3) el documento no se pudo colocar en el expediente porque el programa electrónico utilizado en la consulta no lo permitía, (4) de hecho, no había un “Expediente Único” en la institución y que la clínica del paciente usó su propio programa para expedientes, por lo que el expediente del paciente no era portátil ni transferible entre instalaciones de la misma Institución dentro del estado, (5) no existe ningún formato institucional para este documento, (6) el documento tenía que ser escrito por el paciente, pero en el instituto no existe ningún procedimiento ni personal para dar asistencia en la redacción de Directrices y (7) que a nivel administrativo en la Delegación estatal sabían de que estaba hablando pero que a nivel clínica de salud no estaban tan seguros de ello. Jimmy indicó que pensaba que él mismo podría escribir sus Directrices, pero quería verificar la redacción y preguntó si podían volver a hablar. El abogado dijo que sería una buena idea y acordaron reunirse unas semanas después. Cabría señalar si la voluntad se debe expresar con formalismos o si debiese de ser de forma sencilla y clara, sin lugar a duda, pero de la forma más simple.

La segunda reunión se retrasó debido a la pandemia de COVID-19. Cuando se realizó, Jimmy trajo una copia de sus Directrices Anticipadas que a las autoridades presentes les parecieron estar escritas de acuerdo con los requisitos de la ley. Este documento hizo constar “que la voluntad se ha manifestado de manera personal, libre e inequívoca” (Requisito del Reglamento conforme al Artículo 138 Bis 24). (Discutimos la naturaleza del documento de Directrices en el Capítulo 5 abajo que incluye una copia del documento en cuestión). Respecto a la disponibilidad de un formato para Directrices, Jimmy mencionó la Norma Oficial Mexicana Nom-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico 5.13 indica que “Los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, podrán elaborar formatos para el expediente clínico, tomando en cuenta los requisitos mínimos establecidos en esta norma.” Las autoridades indicaron que esto no es de competencia a nivel delegación sino es una cuestión que se debe ordenar e implementar al nivel federal de la institución, pero afirmaron de nuevo que no existe ningún formato federal.

Regresando a la clínica de primer nivel con quien Jimmy pretende nombrar como su representante para decisiones médicas, Jimmy presentó su documento de Directrices Anticipadas al empleado administrativo quien ofreció poner una nota en la parte de “trabajo social” de su expediente. Así que él escribió el nombramiento del representante de Jimmy junto con su identificación, y anotó que el representante ha indicado su aceptación de esta función de acuerdo con la ley federal. Además, el administrador ofreció transcribir las directrices de Jimmy (media página) en la misma nota de su expediente clínico en esa instalación.

Jimmy mencionó que esta fue la primera vez en su experiencia que ha sometido un documento y un “funcionario del gobierno” no estaba pidiendo el original firmado, copias, CURP, comprobante de domicilio e identificación de las personas involucradas. El empleado indicó que la nota no es igual a un documento legal y que Jimmy tendría que mostrar el original a cualquier médico asignado para atenderlo. Incluso sugirió que, si Jimmy tiene una Cartilla

Nacional de Salud, sería posible engrapar el documento a esta, aunque todavía sería necesario llevar el documento a la atención de cualquier médico tratante. Además, Jimmy debería someterse a un examen de su salud con el médico de la clínica y pedirle poner una nota en la parte médica de su Expediente. Jimmy lo hizo pidiendo que la médica firme de “Recibido” en su documento. La médica aceptó el documento y firmó una copia para Jimmy con sello institucional. Jimmy nunca sabía que pasó con las copias de su documento dado a la médica y al empleado administrativo.

### **III. Conclusiones: La implementación desde la perspectiva del paciente**

Esto completó, en la medida de lo posible, la elaboración y la documentación de Directrices Anticipadas y nombramiento de un representante legal dentro de un sistema público. Debemos decir que esta investigación sociológica de observación participante es nada más un caso único. Sin embargo, entrevistas informales con otros empleados de sistemas públicos (ISSSTE, IMSS, PEMEX, SEDENA y Estatales) nos han indicado que los sistemas están más o menos iguales, aunque no los hemos probado a través de investigaciones sociales similares.

Recordamos que el documento de “Directrices” constituiría un consentimiento inicial para diagnosticar las condiciones de mínimo riesgo, dejando el consentimiento informado o el rechazo de tratamiento de riesgo alto para decisiones futuras del paciente o su representante legal. (Reg, Artículo 80). Sin embargo, no fue posible poner el documento firmado de “Directrices Anticipadas” en el Expediente del paciente.

Un asunto quedó sin resolver porque Jimmy no estaba, en este momento, hospitalizado en condición terminal, así que la investigación de observación participante no pudo cubrir la documentación de planeación anticipada (el Plan de Cuidados Paliativos descrito en nuestro trabajo previo) en su hospital asignado. Creemos que es razonable suponer que el problema de poner documentos legales en

expedientes de los pacientes es similar con Planes de Cuidados Paliativos, aunque tenemos que confiar en la información por medio de informantes como las autoridades.

De hecho, en las reuniones de Jimmy con las autoridades de la delegación estatal se señaló que los hospitales del sistema público cuentan con archivos tanto electrónicos como físicos y se sugirió que se podría colocar un documento de Directrices Anticipadas firmado en el archivo físico. No obstante, otros informantes nos llevaron a creer que los procedimientos de documentación física en los hospitales no son apropiados para fines de toda planificación anticipada. Si alguno de los documentos de cuidados paliativos se colocara en el expediente físico de un paciente, no está claro que todo el personal asignado para tratar al paciente tendría realmente este expediente disponible. Primero, apareció que algunos servicios en el hospital (por ejemplo, los de enfermería y posiblemente terapia) no llevan un registro físico. En segundo lugar, es posible que el médico tratante, por ejemplo, en una sala de emergencias, no tenga tiempo de consultar el registro físico ya que está almacenado en una parte diferente, aunque sea de la misma instalación, o de las distintas áreas o departamento, aunque se trate de la misma institución. El expediente que está físicamente en una clínica de primer nivel no es el mismo que el expediente que está en un hospital, aunque se trate del mismo paciente. En tercer lugar, es posible que un médico tratante no vea la necesidad de consultar un registro físico, ya que se puede esperar razonablemente que toda la información necesaria esté en el registro electrónico. Y, por último, los procedimientos para enviar documentos al registro físico frecuentemente fueron tratado como una función burocrática para guardar documentos de consentimiento informado para referencia futura y no como un procedimiento activo para la atención del paciente. Por lo tanto, parecía que el procedimiento de almacenamiento de los documentos de planeación anticipada, aunque técnicamente disponible para los médicos, no fueron escritos con el fin de documentar la atención actual que se espera que consulte de forma rutinaria un médico asignado al tratamiento actual.

La Carta de los Derechos Generales de los Pacientes en la pared de todos hospitales y clínicas avisa al paciente de sus derechos de decidir libremente sobre su atención médica y otorgar o no su consentimiento válidamente informado. Según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico:

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

Hemos explicado que, según la Ley General de Salud y su Reglamento, el documento de “Directrices Anticipadas” es una expresión inicial de la aceptación o del rechazo de tratamientos médicos o quirúrgicos y que los médicos tienen obligación tanto por ley como por su ética profesional de acatar con las directrices. Además, hemos mostrado en este Capítulo que la Norma del Expediente indica colocar los documentos de cuidados paliativos en el expediente del paciente.

El problema no es la atención del personal sino de la implementación dentro del sistema: Encontramos que el sistema que investigamos no tiene procedimientos para permitir al derechohabiente colocar un documento oficial de “Directrices Anticipadas” en el expediente clínico. Lo mejor que un médico o un administrador puede hacer es anotarlo en el expediente que el paciente había presentado

este documento. El sistema que investigamos, por ejemplo, no proporciona al paciente un formulario para Directrices Anticipadas para cumplir con la ley General de Salud. Este aplica necesariamente de igual al orden médico de un Plan de Cuidados Paliativos. Los Planes, de hecho, son documentos de consentimiento informado y se deben colocar, firmados por el paciente, el representante y los testigos, en el expediente.

La conclusión general, por lo tanto, es que no existe una manera para que los pacientes de este sistema público federal puedan ejercer su derecho a la planificación avanzada de los cuidados paliativos que la ley federal otorga y manda.

**1) Respecto a designación de representantes legales.** Aunque puede ser la práctica anotar informalmente quien es el representante legal en un expediente, el sistema no tiene un procedimiento oficial para la designación de un representante legal para las decisiones médicas. Dependiendo de cómo se implementa la ley a nivel local, las autoridades pueden requerir que un paciente nombre a un representante legal a través de un poder notariado. Sin embargo, sin poner el documento original firmado en el expediente clínico (sea poder simple o notariado) no es una notificación legal a todos los médicos tratantes.

**2) Respecto a Directrices Anticipadas.** No hay asistencia disponible para los pacientes sobre cómo redactar directrices anticipadas aparte de decir que las directrices deben cumplir con los requisitos de la ley federal. No existe un servicio establecido para orientar a un paciente respecto a los posibles contenidos de directrices anticipadas razonables y legalmente aceptables ni un Formato que un derechohabiente del sistema nacional público podría usar como guía o firmar con dos testigos presentes. Además, igual al nombramiento de un representante, sin poner el documento original firmado de Directrices Anticipadas en el expediente, no existe una manera segura y legal para notificar a cada médico que acepte o le corresponda tratar el paciente.



### **3) Respeto a Los Planes de Cuidados Paliativos.**

Como hemos escrito en el otro libro, la ley federal requiere que los médicos, al diagnosticar pacientes en una condición terminal ofrezcan Planes de Cuidados Paliativos. Sin embargo, las plataformas digitales autorizadas nacionalmente no permiten que un médico ponga un Plan de Cuidados Paliativos estandarizado en el expediente clínico del paciente y, de nuevo, el sistema no proporciona un Formato o Plan modelo para que los médicos puedan prescribir los cuidados paliativos. Así que los médicos del sistema no cuentan con los instrumentos necesarios para cumplir con las obligaciones éticas y legales de la práctica de los cuidados paliativos requeridas por ley.

### **4) Respeto a programas de cuidado paliativo.**

Nuestra conclusión es que, por deficiencias de implementación, la planeación anticipada, de hecho, no es un servicio ofrecido por todas las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. Los “derechohabientes” no siempre cuentan con los beneficios otorgados constitucionalmente por la Ley General de Salud y el Reglamento debido a deficiencias respecto a los procedimientos administrativos apropiados y requeridos. En realidad, la falta de un programa de planeación anticipada prohíbe a los médicos cumplir tanto con los requisitos de la ley, como hemos mostrado en el **Capítulo 3** con sus obligaciones a la ética profesional de acuerdo con la *Lex Artis* Médica.

La respuesta general al problema de la implementación de los cuidados paliativos, desde la perspectiva del paciente, es obvia. Los pacientes necesitan un programa administrativo ágil, comprensivo y eficaz para planeación anticipada (y no solo un documento legal ratificado por un Notario) que permita a los pacientes designar representantes legales y que brinde la ayuda médica adecuada para redactar directrices anticipadas y que brinde a los médicos, enfermeras y trabajadores sociales la orientación y las herramientas necesarias.

Sin embargo, nos damos cuenta de que, si bien los procedimientos y las herramientas necesarios para la implementación de los cuidados paliativos apropiados, los

procedimientos que permiten a los pacientes expresar sus deseos y expresar su consentimiento y los formatos que brindan orientación a los médicos para escribir órdenes de cuidados paliativos. Los cuidados no son una cuestión sencilla, son un proceso delicado y a menudo difícil que requiere habilidad profesional en muchos niveles y la participación informada de los pacientes y sus cuidadores. Pero el desarrollo de un programa efectivo requiere estructuras para la toma de decisiones y expresiones informadas de los deseos de los pacientes dadas las opciones médicamente disponibles. Esta es la parte ética de los cuidados paliativos y tenemos algunas consideraciones que ofrecer en el Capítulo final.

## Capítulo 5

### **Comentarios:**

#### ***Representación Legal, Directrices Anticipadas y el Plan de Cuidados Paliativos***

Desde una perspectiva nuestras propuestas no llegan en realidad más allá que lo que la ley establece. La protección de la salud está considerada en México como un derecho humano y lo contempla la Constitución. Derivado de lo anterior, la Ley General de Salud, el Reglamento y las demás Normas aseguran que cada persona tiene el derecho de otorgar o no su consentimiento informado para tratamientos médicos, y, por ende, también a través de directrices anticipadas y lo podrá hacer directamente o con el nombramiento de un representante para actuar en su nombre ante su incapacidad. Hemos demostrado que la práctica profesional de la medicina, basada en los principios científicos especificados en la *lex artis* médica, obligan a los médicos a acatar con las directrices del paciente y de su representante legal, tanto desde la perspectiva legal como la ética.

Sin embargo, a pesar de que es legal y es ético, la implementación de ambos derechos, la autonomía de los pacientes expresada a través de las directrices anticipadas—incluyendo los planes de cuidados paliativos— y la representación, tuvimos que concluir que, para la mayoría de los mexicanos, el Sistema Nacional de Salud no cuenta con las políticas, los planes y los programas para ofrecerlos y hacerlos efectivos.

En este Capítulo, consideramos lo que afirma el Reglamento respecto a “los Derechos y Obligaciones de los Usuarios y Participación de la Comunidad,” diciendo que los participantes en el Sistema Nacional de Salud tendrán oportunidad para ofrecer sugerencias respecto a “las medidas necesarias para subsanar las deficiencias encontradas en la prestación de los servicios médicos” (Reglamento, Artículo 55; véanse Artículos 46 – 55 y 58.V). Aquí no presentamos quejas sobre casos específicos, sino ofrecemos consideraciones sobre la carencia de dicha atención en relación

con la representación legal y directrices anticipadas como deficiencias en el Sistema Nacional de Salud.

## ***1. Representantes Legales para decisiones médicas***

### **Representación como derecho humano**

Como hemos mencionado, un derecho como lo es el de la libertad de tratamiento englobado en la atención de la salud, se hace extensible, ante la incapacidad del paciente, por su representante. Negar la opción de nombrar representantes hace nugatorio el propio derecho a la salud.

El primer asunto que hemos considerado es que la representación para decisiones médicas no está limitado a personas en condiciones terminales. Es un hecho sencillo que, aunque la parte de la ley respecto a cuidado paliativo es de lo más explícito respecto al nombramiento de representante legal, cualquier persona podría encontrarse incapacitada para tomar sus propias decisiones en cualquier momento de su vida por cualquier causa, ya sea de forma temporal o permanente, que disminuya su autonomía. Así que es claro en varias partes de la ley que el asunto de representación legal se hace extensivo a todas las personas que lo requieran y no es exclusivo de aquellos en condición de terminalidad.

Quizás la ley podría especificar con más claridad y facilitar el proceso por el cual cualquiera persona puede nombrar un representante para decisiones médicas, y clarificar formas de atender conflictos ante procesos de designación automática en los términos de los Códigos Civiles, como algunas leyes estatales de voluntad anticipada establecen, incluyendo remoción o impedimento de personas que presenten conflicto de interés.

Es muy claro para nosotros que al personal de salud le es favorable contar con personas que expresen, directamente o a través de representante, sus decisiones médicas, en expresión de la autonomía.

## ***Obligaciones y poderes de un representante***

Los bioeticistas a menudo dicen que los criterios de las decisiones tomadas por los representantes tienen un orden de prioridad. La primera obligación del representante es seguir los deseos expresos del paciente, ya sea que estén escritos en sus directrices anticipadas, o cuando el representante conozca la voluntad de la persona a través de conversaciones. En ausencia de directivas expresadas por el paciente, por segundo criterio, el representante debe tomar decisiones que sean consistentes con los valores conocidos del paciente. Y finalmente, si el representante tiene poco o ningún sentido de lo que el paciente podría haber querido, este debe actuar en el mejor interés del paciente. Esto está bien establecido en la *Lex Artis Médica*.

El poder principal de cualquier representante para decisiones médicas es para otorgar o no consentimiento informado para tratamientos y el aspecto "informado" de esta autorización implica que el representante tiene derecho a toda la información que esté disponible normalmente para el paciente, debiendo ser tratado el representante como al mismo enfermo, en el sentido del proceso que implica el consentimiento informado. Otras posibilidades del representante incluirán solicitar una segunda opinión sobre el diagnóstico y las opciones de tratamiento, rechazar tratamiento desproporcionado al considerarlo fútil, pedir retirar el tratamiento que se ha iniciado y que con posterioridad se considera inútil, pedir no aplicar RCP si esto es fútil, trasladar al paciente a un hospital diferente y el derecho de solicitar tratamiento por un médico distinto, traslado del paciente al domicilio para su cuidado, etc.

Las leyes modernas de decisión sustitutiva a menudo también indican que el representante para decisiones médicas tiene el poder de modificar directrices específicas si se encuentra una directiva claramente en desacuerdo en su aplicación con la voluntad del paciente. En el pasado, por ejemplo, las directrices anticipadas solían decir simplemente "no reanimación" o "no intubación". Sin embargo, los médicos de los servicios de urgencia y de traumatología tuvieron que pedir a los representantes que anularan estas directivas cuando estos procedimientos fueran necesarios

temporalmente e incluso antes de que fuera posible un diagnóstico o pronóstico definitivo. Muchos hospitales ahora tienen políticas que suspenden las órdenes absolutas de “No-RCP” y “No Ventilador” durante la cirugía. Después de un accidente, por ejemplo, se le puede permitir a un médico resucitar o intubar a un paciente durante un período corto para ver si existe la posibilidad de que sobreviva. La interpretación y aplicación de las directrices generales es necesaria frecuentemente, pero esta debe ser guiada por los deseos del paciente y que sean del conocimiento del personal de salud.

### ***Personas que no han designado a un representante***

Uno de los problemas más comunes que se presentan ante los médicos de los hospitales es cómo designar al representante apropiado para una persona que no ha designado a nadie. Como señalamos en el Capítulo 2, la Ley General de Salud no es del todo clara sobre quién debe representar a un paciente incapacitado que no ha designado expresamente un representante. La ley solamente dice que, si el paciente no puede dar su consentimiento para el tratamiento médico, el médico debe pedir autorización a la familia o a un representante legal, pero en el término familia, aún con la representación automática de los códigos civiles el problema es que existan varias personas en la misma posición y con decisiones diferentes. Dentro de la misma ley, el capítulo de cuidados paliativos para personas con diagnóstico de enfermedad terminal también aclara que “una persona de confianza” puede representar a un paciente incapacitado. Puede resultar difícil identificar quién podría ser una persona en la que el paciente confía, a menos que el paciente haya indicado expresamente a alguien.

También es causa de problemas médicos cuando una familia está en desacuerdo especialmente si se trata de la transición de los cuidados curativos a los paliativos. Algunas personas piensan que es preciso “seguir intentando salvar la vida del paciente” mientras que otras piensan que es hora de “permitir una muerte natural” sin tratamiento incómodo y, a fin de cuentas, inútil.

## **Recomendación**

Quizá estos problemas se pueden resolver administrativamente: las instituciones del Sistema Nacional de Salud ya tienen en su poder para habilitar y promulgar políticas y procedimientos para resolver asuntos no determinados o cubiertos por la ley. El **Artículo 53** de la Ley General de Salud dice que:

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos a la población en general y a los servicios sociales y privados.

Y en **Artículo 54** dice que

Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, ....

El Reglamento en su **Artículo 19** dice que

Corresponde a los responsables [de los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica] ... establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la Ley y las demás disposiciones aplicables;

Notamos, además, que la Ley General de Salud dice que “Los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud, ..., contarán con ...

Un Comité Hospitalario de Bioética para la resolución de los problemas derivados de la atención médica ... así como para el análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica, ... (Artículo 41 Bis.)

y el Reglamento estipula que

Los comités de bioética de las instituciones de salud, tratándose de cuidados paliativos, deberán Proponer políticas y protocolos para el buen funcionamiento del equipo tratante multidisciplinario en cuidados paliativos (Artículo 138 Bis 21-II).

Por eso, pensamos que, respecto al nombramiento de representantes para decisiones médicas, se pueden resolver muchos de los problemas por políticas institucionales y la manera de implementar esto es frecuentemente por medio de los comités de bioética. Esto no requiere reforma de la ley vigente porque ya está contemplada en la ley federal y las políticas y procedimientos necesarios son asuntos técnicos de implementación. Nuestro interés radica en la implementación de la ley de la forma más sencilla y práctica y que pueda acarrear beneficios a los pacientes y seguridad y certeza al personal de salud.

No hay datos relevantes disponibles en México en cuanto a la representación o a la expresión de consentimientos informados, pero un estudio de los EE. UU publicado en *Annals of Internal Medicine* en 2007 encontró que “en las [unidades de cuidados intensivos] de siete centros médicos, el 5.5% de los pacientes que murieron carecían de un sustituto en la toma de decisiones y de una directiva anticipada. Para esos pacientes, la mayoría de las decisiones sobre el soporte vital fueron tomadas por médicos sin revisión institucional o judicial.”<sup>79,80</sup>

---

<sup>79</sup> Uscher J. «Encontrar un amigo para pacientes sin amigos» [Internet]. American College of Physicians. ACP Hospitalist; 2017 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://acphospitalist.org/archives/2017/05/>

<sup>80</sup> Ofrecemos nada más un ejemplo que nos parece útil. En el estado de Vermont en los EUA, el “Vermont Ethics Network” publica un formato de directrices anticipadas, Vermont Ethics Network. Vermont Advance Directive for Health Care [Internet]. Vermont Ethics Network. 2018 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://vtethicsnetwork.org/wp-content/uploads/2018/12/VEN-Short-Form-Advance-Directive-Interactive-Dec-2018.pdf>  
El Reglamento, Artículo 138 Bis 6, dice “El paciente tiene derecho a que se le informe de manera oportuna, comprensible y suficiente acerca de que el tratamiento curativo ya no está ofreciendo resultados positivos tanto para su pronóstico como para su calidad de vida, informándole y, en caso de que este así lo autorice, al tutor, representante legal, a la familia o persona de su confianza, el diagnóstico de una enfermedad en estado terminal, así como las opciones de cuidados paliativos disponibles. En caso de dudas, el paciente puede solicitar información adicional y explicaciones, mismas que deberán serle proporcionadas en la forma antes descrita. Asimismo, puede solicitar una segunda opinión.”



Según los Centros para el Control de Enfermedades de EE. UU., 1,3 millones de estadounidenses viven en hogares de ancianos (asilos)<sup>81</sup> y el 3 % de esta población (39,000 personas) no tienen familiares ni amigos. Esto es más de 2 pacientes por cada uno de los 17,000 hogares de ancianos en los EE. UU.

En México, además de las personas en asilos, también hay personas sin hogar y muchas, aunque no todas, de esas personas no tienen familiares ni amigos. El censo de 2010 informó que hay personas que simplemente no tienen familiares ni amigos a los que conozcan lo suficiente como para poder otorgar o estar dispuestos a aceptar la responsabilidad de ser su representante.

Cuando se trata de una cuestión de futilidad de los tratamientos curativos y la transición a cuidados paliativos, la ley dice que el comité de bioética del hospital puede actuar como representante del paciente (Reglamento, Artículo 138 Bis 21). Parece razonable que esta responsabilidad debería ampliarse para cubrir a cualquier persona sin amistades que sea incapaz de expresar sus deseos informados independientemente de una condición terminal. A menudo se dice que el papel de un comité de ética hospitalario no es tomar decisiones por las personas, sino dar consejo a los médicos, pacientes y familiares que, a su vez, tienen la responsabilidad de tomar decisiones. Estamos de acuerdo con esto; sin embargo, considerando la distinción entre consentimiento informado inicial y decisiones de alto riesgo, los médicos deben tener la responsabilidad de consultar con el comité. Esto, también, podría formar parte de las políticas institucionales.

Hemos observado que, en el caso de Shelley y por práctica informal, el médico aceptó la designación de un representante por medio de un documento equivalente a un poder simple. De hecho, el asunto es semejante en otras instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud. Así que, en nuestra opinión, no es necesaria nin-

---

<sup>81</sup> Centers for Disease Control and Prevention. Nursing home care [Internet]. Cdc.gov. 2022 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/nursing-home-care.htm>

guna reforma de la ley federal porque ya se establece todo lo necesario para la representación legal y directrices anticipadas. Nuestra recomendación ahora es que se pueden resolver al menos los problemas más urgentes por implementación de políticas y procedimientos administrativos institucionales.

Para modelo ejemplar, véanse Apéndice 1

## ***2. Directrices Anticipadas***

### **Consentimiento Informado**

El documento de “Directrices Anticipadas” es necesariamente un documento de consentimiento equivalente a un consentimiento “inicial” y prospectivo porque da permiso a los médicos para diagnosticar y aplicar tratamientos de riesgo mínimo al paciente. Es un consentimiento precisamente porque es una expresión de directrices que obligan al médico a acatar la voluntad del paciente. Y este es un consentimiento inicial porque los tratamientos de “riesgo alto” que requieren consentimientos informados específicos para el tratamiento o procedimiento en cuestión dado por el propio paciente o su representante legal. Sencillamente no tiene sentido decir que el médico tiene obligación de acatar con las directrices del paciente cuando las directrices no constituyen un consentimiento para hacerlo.

A lo largo de nuestra investigación, hemos encontrado algunos abogados que han indicado que el consentimiento informado para un tratamiento médico específico es un asunto médico y no legal y médicos que han insistido en que la relación médico-paciente es una “relación de confianza personal” y no un contrato legal o el cumplimiento del Estado de un derecho humano. Es casi como si la medicina y la ley fueran campos de actividad totalmente separados y no deberían confundirse ni mezclarse. Estamos de acuerdo en que los abogados no deben practicar la medicina y los médicos no deben practicar la abogacía. Pero el intento de mantener estos campos de actividad totalmente separados no ayuda a nadie. En realidad, un consentimiento-

to para tratamiento médico es un acto legal porque la ley aclara que los médicos están obligados a recabarlo y deben tratar a los pacientes de acuerdo con el consentimiento. Pero el tratamiento para el cual un paciente da su consentimiento es un asunto de índole médica: el paciente debe entender a qué tratamiento está dando su consentimiento para que éste sea válido y esto implica una cierta cantidad de conocimiento y consejo médico adecuándolo a la capacidad de entendimiento del paciente y del representante legal. Los ámbitos de la medicina y la ley no pueden separarse si ha de haber un consentimiento informado de por medio como un requisito bioético que cuenta con principios y que articula la parte legal y la parte médica ante la enfermedad.

Por lo tanto, el documento de nombramiento del representante y las Directrices Anticipadas es documento “médico legal”: es un consentimiento para tratamiento informado a través del conocimiento médico. No se pueden separar estos ámbitos: Un consentimiento informado es un documento obligado por la ley, pero está necesariamente basado en información médica adecuada y veraz. La toma de decisiones es un asunto de la bioética: “bio-” por ser médico y “-ética” por ser legal. Las decisiones médicas respecto al tratamiento son aspectos “medico legales”: Actas Médicas que conforman un registro de la actividad de los profesionales de la salud dentro de la relación médico paciente y que documentan dichas acciones.

### ***Contenido de las Directrices***

Un parte importante de la implementación del cuidado paliativo es la elaboración de un documento de “Directrices Anticipadas” para el supuesto de que el paciente se encuentre incapacitado para expresar su consentimiento informado. Este documento es una afirmación y consentimiento legal de la voluntad del paciente para el tratamiento médico incluyendo el rechazo. Sin embargo, nuestra investigación nos indica que no es fácil para los beneficiarios de los sistemas de salud públicos obtener orientación y consejo médico sobre directrices médicas y entregar o

registrar los documentos de “Directrices Anticipadas” para su consentimiento informado a los médicos de estos sistemas. Vimos que hay incluso cuestiones administrativas que impiden a los sistemas públicos aceptar de la manera establecida en la ley de documentos externos de “Directrices” escrito por el derechohabiente ante notario o ante testigos, ni tampoco se han percatado de las ventajas de hacerlo internamente ofreciendo algún tipo de asistencia médico-legal para escribir dicho documento e incorporarlo a los expedientes.

Según la ley, el documento de “Directrices Anticipadas” es un acto legal firmado por un paciente otorgando su consentimiento para tratamiento y empoderando a un representante legal para firmar consentimientos informados para tratamientos de riesgo alto en el futuro cuando la persona se encuentre incapacitada para expresar su propia voluntad. Como en otros casos de accesibilidad a cuidado médico, los proveedores de cuidados privados o públicos deben ayudar a sus usuarios para el ejercicio de sus derechos. Sin embargo, considerando la poca disponibilidad de tal ayuda, ofrecemos las siguientes consideraciones para la elaboración de un documento de “Directrices Anticipadas” basada en nuestra experiencia y en el contexto de la literatura bioética.

- a) El documento debe estar de acuerdo con los requisitos del Reglamento Artículo 138 Bis 24. Legalmente: un paciente puede dar las directivas que quiera, siempre que el documento cumpla con los requisitos de la ley. No se puede incluir una solicitud de asistencia médica para morir, ya que esto es ilegal. Sin embargo, para que sea efectivo, sería mejor si el individuo discutiera los contenidos con un médico, enfermera o trabajador social capacitado en el tema.
- b) Se debe escribir el documento para servir los dos propósitos indicados por la ley: representación y directrices. Aunque estos son actos distintos, la ley indica que se pueden poner los dos en el mismo documento probablemente porque el represen-

tante tiene la obligación de vigilar el cumplimiento de las directrices.

- c) Es apropiado usar un formato proporcionado por un hospital o una clínica para asegurar que sería aceptable, legal y efectivo médicamente. En México algunos estados con leyes de “Voluntades Anticipadas” proveen formatos para este propósito.
- d) Es importante reconocer que las “Directrices” son un consentimiento para tratamientos aceptados y tratamientos rechazados. Esto implica que el médico podría pedir consentimiento en el futuro para el rechazo o retiro de tratamientos considerados fútiles o desproporcionados por el paciente. El documento es importante tanto para el paciente como para asegurar al médico que el rechazo de un procedimiento u otro está de acuerdo con la voluntad del paciente.
- e) Es mejor usar palabras y frases de la ley como “expreso libremente y de manera inequívoca,” y nombro a “una persona de mi confianza” siendo un requisito, según el Reglamento en su Artículo 138 Bis 24, que el documento hace “Constar que la voluntad se ha manifestado de manera personal, libre e inequívoca.” No porque sean un requisito formal o solemne, pero así serán menos cuestionables por personal médico que no necesariamente conoce de leyes.
- f) Es recomendable no usar frases o palabras absolutas o universales sin calificación como “No Resucitación” o “No Intubación”, sino dejar decisiones específicas en manos de un representante con permiso para autorizar tratamientos o rechazarlos. Expresiones absolutas podrían limitar los poderes de un representante. Es mejor dejar decisiones específicas para tratamientos de “alto riesgo” en manos de un representante legal en consulta con el médico tratante.

- g) Es mejor, además del consentimiento para tratamiento, expresar la aprobación o rechazos y retiros de tratamientos específicos que uno podría considerar inútiles o fútiles y que se puedan presentar como contingencia en el consentimiento expreso del representante legal. Esto, de hecho, es el propósito de las directrices para cuidado paliativo, porque hay médicos obstinados que piensan que no es necesario el consentimiento para procedimientos de salvaguarda de la vida del paciente. El documento puede referirse al Artículo 166 Bis de la Ley General de Salud.
- h) Es esencial para ser efectivo poner la información de contacto y de identidad (CURP) del representante legal en el documento.
- i) El documento debe incluir la firma del representante legal aceptando claramente la responsabilidad de la carga de representación, además de identificación y firmas de los testigos y el principal o paciente.

Estas son nuestras consideraciones por el momento. Incluimos aquí en el Apéndice 1 un modelo de unas “Directrices Anticipadas y el Nombramiento de Representante Legal para Decisiones Médicas” basados en estas pautas. Estas son consideraciones bioéticas y no constituyen un consejo legal.

### ***3. Implementación y Documentación***

#### **Formatos Institucionales de Directrices Anticipadas**

Recordando que el expediente clínico es un documento legal, sugerimos la conveniencia de que los sistemas públicos y los proveedores privados del Sistema Nacional de Salud proporcionen formatos de Directrices Anticipadas, que los médicos y los pacientes pueden utilizar para documentar los elementos esenciales de la atención médica. Formatos de consentimiento informado para procedimientos de alto riesgo ya existen en los sistemas públicos y hospitales privados y el documento de directrices anticipadas es similar en carácter a estos.

Pocas instituciones públicas en México ofrecen opciones para planeación anticipada y cuidado paliativo más que medicamentos para el alivio del dolor. Estas instituciones no dan a sus médicos los instrumentos necesarios para implementar los cuidados paliativos conforme a los requisitos de la ley. Los instrumentos apropiados son precisamente los formatos o formularios para documentar la práctica de la medicina paliativa: (1) formatos para nombrar representantes legales para decisiones médicas, (2) documentos de Directrices Anticipadas, y (3) Planes de Cuidados Paliativos. Hemos notado que existe un traslape entre estos documentos: Las “Directrices Anticipadas” pueden incluir el nombramiento de un representante legal, las “Directrices” en su carácter de consentimiento para tratamiento médico sirven como base de un Plan de Cuidados Paliativos inicial, y el Plan de Cuidados Paliativos puede incluir directrices y designación de representantes legales. De hecho, un Plan de Cuidados Paliativos, según la Ley General de Salud respecto a cuidados paliativos es una orden médica y consentimiento informado que debe incluir todos los elementos de planeación anticipada dentro del período de enfermedad que se había previsto en las directrices, pero a diferencia de la manifestación de las preferencias, el plan de cuidados paliativos se convierte en la guía del paciente, el personal de salud, el estado y la sociedad dentro del compromiso humano de la justicia.

Existen dudas por parte de algunos bioeticistas sobre el uso de formatos estándares para los propósitos de planeación anticipada.<sup>82</sup> Sin embargo, con la oportunidad para personalizar un formato estándar, pensamos que tales formatos son apropiados por varias razones:

- El documento de “Directrices Anticipadas” en su condición de acuerdo entre dos partes, debe estar escrito en un lenguaje que logre este propósito en términos legales, cumpliendo las condiciones vistas en el capítulo 2, y que derivan de la interpretación jurisprudencial.

---

<sup>82</sup> Macauley R. *Ethics in Palliative Care*. UK: Oxford University Press; 2018.

- Un formato estandarizado podría ayudar a médicos, pacientes, representantes, trabajadores sociales, enfermeras y cualquier otra persona que asesore a los pacientes en la planificación anticipada (incluidos a los comités de bioética) a completar esta tarea de manera eficiente, sin errores y sin omitir elementos importantes. Un formato estandarizado puede funcionar como una guía importante para todos los involucrados en la planificación de la atención médica, incluidos familiares y amigos que aceptan la responsabilidad en la atención de un paciente.
- Un documento de “Directrices Anticipadas” en ocasiones es utilizado por los médicos como referencia rápida en emergencias y un formato estandarizado es mucho mejor para este fin que una carta privada, escrita por el paciente, que tiene que ser interpretada por un médico o un paramédico.
- Finalmente, en nuestra opinión, el uso de un formulario estandarizado para Directivas Anticipadas es absolutamente necesario en cualquier sistema de atención médica institucional que tenga la responsabilidad de atender literalmente a millones de personas. Nos guste o no, la organización burocrática es necesaria para un trato conforme a igualdad y justicia en la sociedad moderna.

Existen muchos modelos de formatos para los propósitos de planeación anticipada en varios países. Ofrecemos en la segunda parte del Apéndice 1, un modelo de formato como ejemplo basado en pautas que hemos estudiado.

### ***Consideraciones para instituciones privadas***

Empezaremos con la consideración de otros aspectos de implementación de servicios de cuidados paliativos con los hospitales y servicios privados ya que la situación es menos complicada. Algunos de estos ya establecen servicios de planeación anticipada para sus clientes, los cuales suelen tener más recursos para cubrir la necesidad de cuida-



dos paliativos. En el sector privado esto es una cuestión de oferta y demanda y esto es bueno porque respecto a cuidados paliativos se van a desarrollar capacidades directamente relevantes para las necesidades individuales.

Si la única manera para nombrar a un representante legal fuera por medio de un documento de voluntad otorgada ante notario, (lo que hemos demostrado incorrecto legalmente), los hospitales y otros servicios privados tendrían que pedir a sus usuarios que fueran ante un Notario para obtener los documentos necesarios, como si sucede en algunos supuestos de trasplantes de órganos. Pero si se puede hacer el mismo procedimiento a través de un poder simple, la institución privada puede ofrecer el servicio “en casa” y además con claridad que no necesitaría una interpretación. Con un formato apropiado sería una tarea más fácil para que un médico privado ofrezca ayuda en la elaboración de las Directrices Anticipadas y, en nuestra opinión, sería mejor dejar los detalles de la planeación de cuidados paliativos en manos de los médicos. Los Notarios pueden decir, “Es su decisión aceptar RCP o intubación por ventilador, o no.” Los médicos pueden explicar las contingencias médicas y beneficios esperados de estos tratamientos y procedimientos.

Otra ventaja para proveedores de servicios privados sería evitar riesgos legales. Los poderes simples de consentimiento informado para procedimientos ya están en uso por médicos privados para procedimientos diagnósticos como colonoscopia y para procedimientos como el tratamiento quirúrgico de cataratas. Evitar problemas legales respecto a la práctica médica es una ventaja legal, económica y práctica.

### ***Consideraciones para las instituciones públicas***

El proceso de investigación descrito en el Capítulo 4 fue complicado. Esta investigación “de campo” incluyó visitas a varios hospitales y clínicas. Sin embargo, la conclusión fue bastante sencilla: aunque se reconoció que una persona tiene el derecho de nombrar a un representante legal

para decisiones médicas y el derecho de escribir “Directrices Anticipadas” apoderando a este representante para vigilar el cumplimiento de sus directrices, el procedimiento no era documentado legalmente en los expedientes de los pacientes. Las instituciones públicas no tienen la capacidad de implementar estos derechos de manera efectiva porque no existe ninguna manera expresa para poner el documento de “Directrices Anticipadas” firmado por el paciente y su representante en el expediente clínico del mismo y para notificar a todos los médicos asignados a tratar a dicha persona sobre las directrices anticipadas que los médicos tienen obligación de acatar. Lo mejor que el personal de las instituciones públicas pudo hacer fue poner una nota en el expediente diciendo que el paciente había designado a un representante legal y que el médico ha recibido un documento de sus “Directrices Anticipadas”.

Debemos decir que es aceptable que el paciente o su representante presente una copia oficial de sus directrices al personal médico asignado. El problema es cuando ese personal al estar impedido de poner el documento en el expediente no puede notificar a otros médicos de las directrices del paciente. Siempre existen problemas con los protocolos de atención médica en caso de urgencia, pero no debe ocurrir que a los médicos tratantes les falte acceso a las directrices oficiales firmadas por su paciente o al representante legal. Esta deficiencia de documentación podría ser la única situación en la historia de México en que un funcionario de una institución gubernamental no tiene acceso al original o a una copia de autorización de un acto legal. El sistema podría funcionar para el beneficio del paciente (y esperamos que así sea), pero esto no está asegurado por la política y los procedimientos institucionales y no es lo que la ley prescribe.

Y la documentación de “Directrices Anticipadas” no es todo lo que exige la ley. La ley dice que el médico, al diagnosticar a un paciente en condición terminal, debe “explicar las opciones” de cuidados paliativos y escribir un Plan de Cuidados Paliativos.<sup>83</sup> Se puede suponer que los pacientes sistema nacional pública necesitarían que se les explicaran las opciones para llevar sus cuidados paliativos, sean al punto de dar consentimiento a un Plan de Cuidados Paliativos o para escribir directrices anticipadas. Dejar las opciones de directrices anticipadas y el plan de cuidado paliativo totalmente a la iniciativa del paciente no es éticamente aceptable: la autorización o el rechazo de tratamiento médico realmente tiene que ser explicado por el médico u otro profesional calificado.

Además, las opciones existentes dentro del sistema pública no brindan ayuda a los médicos, enfermeras o trabajadores sociales sobre cómo deben manejar una solicitud de planificación anticipada. La ley y los documentos gubernamentales existentes enfatizan la capacitación de los profesionales de la salud, pero el sistema no tiene un procedimiento para escribir los documentos. Entonces, ni el médico ni algún otro miembro del personal de salud tienen a su disposición los instrumentos necesarios y/o formatos para asistir al paciente. Un médico de un sistema público podría ser muy empático con la solicitud de un paciente respecto a cuidados paliativos, pero simplemente no tiene los recursos necesarios dentro del sistema para hacerlo. El problema era que el sistema no tiene un proceso para ayudar al paciente (y al médico).

### ***No se necesitan Registros de Documentos***

En algunos países, los registros de representantes y directrices han tenido un éxito moderado. El Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido ofrece un servicio de “poder notarial duradero para la salud y el bienestar” (LPA)

---

<sup>83</sup> El Reglamento, Artículo 138 Bis 6, dice “El paciente tiene derecho a que se le informe de manera oportuna, comprensible y suficiente acerca de que el tratamiento curativo ya no está ofreciendo resultados positivos tanto para su pronóstico como para su calidad de vida, informándole y, en caso de que este así lo autorice, al tutor, representante legal, a la familia o persona de su confianza, el diagnóstico de una enfermedad en estado terminal, así como las opciones de cuidados paliativos disponibles. En caso de dudas, el paciente puede solicitar información adicional y explicaciones, mismas que deberán serle proporcionadas en la forma antes descrita. Asimismo, puede solicitar una segunda opinión.”

en el que una persona puede nombrar a un representante para las decisiones de atención médica y declarar sus directivas para la atención futura.<sup>84</sup> El sistema también incluye una Oficina del Guardián Público para proteger a las personas sin familiares y de otra manera vulnerables. Los ciudadanos pueden presentar su solicitud en línea. De la población británica de más de 67,100,000 adultos, más de 4,000,000 han firmado documentos LPA registrados en el NHS. Esto es aproximadamente el 5% de la población.<sup>85</sup>

El pequeño estado rural de West Virginia en los EE. UU. ha tenido un programa de planificación anticipada eficaz durante más de 25 años. Su “Registro de Directivas Electrónicas” permite a los pacientes almacenar digitalmente sus formularios de planificación anticipada y hacerlos disponibles para los proveedores de atención médica.<sup>86</sup> La “e-Directiva de Registro” es una de las bases de datos más completas en los EUA, con 8,850 documentos registrados en un estado de 1.7 millones de personas. Esto es aproximadamente el 5% de la población, una tasa similar a la del Reino Unido. Sin embargo, aunque existen ciertas ventajas para los registros públicos, incluso en países o estados donde existen registros de estos documentos el sistema no es totalmente efectivo. Un 5 % de la población podría incluir la mayoría de los pacientes que necesitan planeación anticipada pero no incluyen mucha gente que deben tener un representante designado.

En México, por ejemplo, en el estado de Guanajuato, que ha tenido una ley de Voluntad Anticipada desde el 2012, el registro de documentos de voluntad anticipada al final del año 2020 solo contenía 970 documentos de una población de más de seis millones de personas, un .0157% de la población.<sup>87</sup> De hecho, según el Colegio de Notarios

---

<sup>84</sup> National Health System, Gobierno del Reino Unido. Giving someone power of attorney [Internet]. nhs.uk. 2023 [consultado el 18 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/making-decisions-for-someone-else/giving-someone-power-of-attorney/>

<sup>85</sup> Office of the Public Guardian, Gobierno del Reino Unido. Make a lasting power of attorney [Internet]. Gobierno Reino Unido. [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.lastingpowerofattorney.service.gov.uk/home?\\_ga=2.51505262.612558316.1669211079-1717505215.1669211079](https://www.lastingpowerofattorney.service.gov.uk/home?_ga=2.51505262.612558316.1669211079-1717505215.1669211079)

<sup>86</sup> West Virginia Center. West Virginia Center for End-of-life care [Internet]. Wvendoflife.org. 2022 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://wvendoflife.org/wv-e-directive-registry>

<sup>87</sup> Salud, Secretaría de. Programa - Voluntad anticipada - Secretaría de Salud Guanajuato [Internet]. Secretaría de Salud de Guanajuato. 2023 [consultado el 18 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://salud.guanajuato.gob.mx/programas/voluntad-anticipada>

solo 6 % de la población en México cuentan con testamentos para la disposición de sus bienes.<sup>88</sup> Concluimos que en México contar con el establecimiento de un registro de representantes para decisiones médicas no es una buena manera para lograr la implementación de una programa de cuidados paliativos.

A fin de cuentas, en la mayoría de los países, la responsabilidad para informar a los médicos queda con la persona que ha nombrado un representante o con el representante en sí mismo. De hecho, en México, la Ley General de Salud ha establecido tal sistema nacional:

Corresponde a la Secretaría de Salud emitir la normatividad a que deberán sujetarse los sistemas de información de registro electrónico que utilicen las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a fin de garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación y seguridad de la información contenida en los expedientes clínicos electrónicos. (Artículo 109 Bis.)

No obstante, aunque la legislación para crear el “Expediente Clínico Electrónico” nacional se aprobó en 1998 y se ha actualizado en Reglamentos, Normas Oficiales y en la propia Ley General de Salud varias veces, el esfuerzo por crear un sistema nacional de Expedientes Clínicos Electrónicos ha fallado (quizá por la falta de estos formatos estandarizados). Después de 25 años, los problemas prácticos de implementación de esta aspiración legislativa parecen insuperables. El sistema aún no está diseñado y es poco probable que se desarrolle pronto. Actualmente existen 65 sistemas distintos de expedientes médicos electrónicos en México. El sistema nacional de información en los expedientes clínicos no solamente es fragmentado, sino es inadecuado (por falta de homologación). La Comisión Nacional de los Derechos Humanos “ha documentado omisiones sistemáticas por parte del personal de salud de diversas instituciones públicas en la elaboración de los expedientes clínicos de las y los pacientes que acuden a los servicios de salud de los distintos niveles de atención pública.”<sup>89</sup>

<sup>88</sup> Colegio Nacional del Notariado. Prensa. [consultado el 20 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.notariadomexicano.org.mx>.

<sup>89</sup> V|lex. Síntesis de la Recomendación General No. 29/2017 sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud [Internet]. vLex. [consultado el 18 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://vlex.com.mx/vid/sintesis-recomendacion-general-no-667207681>

Por lo tanto, en nuestra opinión, un registro universal no es la mejor opción para México y por el momento no es necesario. Si consideramos la representación legal y las directivas anticipadas como parte del proceso de consentimiento implícito en un contrato de servicios médicos, la responsabilidad de esto realmente cae en manos del médico y debe registrarse en el expediente clínico del paciente. Por el momento, creemos que la mejor solución del problema sería que los pacientes y sus representantes tendrían que entender que ellos mismos tienen la responsabilidad de presentar una copia adecuada de este poder a cada médico o unidad de salud que acepte hacerse cargo de su atención médica.

Esto no es algo nuevo ni inusual en México. Si una persona compra una propiedad, solicita un divorcio, solicita una tarjeta de registro de votante o un pasaporte, o incluso si se inscribe en una universidad, esta persona debe presentar un certificado de nacimiento, licencia de matrimonio u otros documentos oficiales. Los mexicanos estamos muy acostumbrados a esto; tenemos CURP, RFC, IFE y pasaportes y tenemos que presentar documentos de seguros de gastos médicos o la Cartilla de Salud Nacional o el registro de derechohabencia para recibir servicios. Y específicamente respecto a representación, se entiende que, si una persona es representada por otra persona, el representante debe presentar un poder. Este es el caso ahora de todos los demás poderes en México que se utilizan para fines contractuales.

### ***Presentación del documento de Representación y “Directrices”: La Cartilla Nacional de Salud***

Un empleado de uno de los sistemas públicos sugirió que un beneficiario podría poner documento de ‘Directrices Anticipadas’ en su Cartilla Nacional de Salud -- átaló con un clip. “Si buscas servicios en otra instalación del sistema -- dijo -- ellos van a pedir tu Cartilla. Cuando lo presentes, los médicos tratantes así estarán enterados”

La Cartilla Nacional de Salud tenía sus orígenes en la legislación respecto a Cartillas de Vacunación de 1978 y fue aumentado por Cartillas para Mujeres, Cartillas para Hombres y Cartillas para Adultos Mayores hasta que estas fueron consolidadas en la Cartilla Nacional de Salud por Decreto en 2003. La Cartilla es administrada por la Secretaría de Salud y es usada tanto en institutos públicos (IMSS, ISSSTE, DIF y PEMEX) como por servicios privados que forman parte del Sistema Nacional de Salud. Este sistema de educación, orientación, promoción y documentación de la salud ya establecida podrían incluir información sobre directrices anticipadas y quienes son los representantes legales para personas que se encuentran incapacitadas para autorizar tratamientos médicos. Creemos que es posible crear un argumento afirmando que es apropiado que los derechohabientes pongan notas en la Cartilla sobre quién el paciente ha designado como su representante legal para otorgar consentimiento informado para tratamientos médicos. Claro que toda la gente no necesariamente usa Cartillas Nacionales de Salud de este tipo, hoy en día en los sistemas públicos, esta opción nos parece una buena manera para el propósito de la implementación del derecho de planeación anticipada.<sup>90</sup> Las personas que no tienen Cartillas Nacionales de Salud todavía tienen la responsabilidad de notificar a cualquier institución de cuidado de salud sobre sus Directrices Anticipadas y la designación de su representante legal.

### ***Documentación legal por medio de formato***

**La NORMA OFICIAL MEXICANA (NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO)** establece en el numeral 5.13 que

Los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado podrán elaborar formatos para el expediente clínico, tomando en cuenta los requisitos mínimos establecidos en esta norma.

---

<sup>90</sup> Gobierno de México. 2022. Cartillas Nacionales de Salud. <https://www.gob.mx/salud/articulos/cartillas-nacionales-de-salud-12270>

Y en el numeral 10 dice que

Además de los documentos mencionados, debido a que sobresalen por su frecuencia, pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario que, por ser elaborados por personal médico, técnico o administrativo, obligatoriamente deben formar parte del expediente clínico:

Nuestra recomendación, por tanto, es que la designación de representantes y directrices anticipadas podría verse simplificada por la disponibilidad de formatos que podrían agregarse a los documentos de consentimiento informado ya existentes como los requeridos por la ley. En nuestro libro anterior, hemos mostrado que la ley requería que se ofreciera un Plan de Cuidados Paliativos a cualquier paciente que se encuentre en una condición terminal y que el médico que hace este diagnóstico está obligado a poner esta orden médica en el expediente del paciente. Ahora hemos demostrado que la designación de un representante legal y la declaración de Directrices Anticipadas son también actos médicos del mismo proceso y que forman parte del consentimiento informado y que la ley requiere que estos se documenten en el expediente del paciente.

Hacemos notar aquí que la ley establece que la designación y empoderamiento de un representante legal puede incluirse en el mismo documento de “Directrices Anticipadas” que el paciente puede firmar de acuerdo con el Reglamento en el Artículo 138 Bis 24. Y dado que los médicos y las instituciones del Sistema Nacional de Salud están obligados por ley a cumplir con las “Directrices” del paciente, el documento de “Directrices Anticipadas” es en efecto un documento de consentimiento similar a cualquier otro consentimiento informado legalmente requerido para el tratamiento médico y debe formar parte del expediente clínico de un paciente según lo exigen las Leyes, Reglamentos y Normas citadas.

Recomendamos, por tanto, que la forma más apropiada y eficaz para implementar la designación de representantes legales y las declaraciones de “Directrices Anti-



“anticipadas” dentro del Sistema Nacional de Salud es que los proveedores de atención de la salud, tanto públicos como privados, deben de ofrecer a los pacientes formatos para documentos de “Directrices Anticipadas” y Planes de Cuidados Paliativos.

Hacemos esta recomendación a través de las siguientes consideraciones:

**1. Es necesario establecer un programa de cuidados paliativos.** Hemos demostrado que la ley federal en México requiere esto de todos los proveedores individuales e institucionales en todo el Sistema Nacional de Salud con la justificación de que es un problema común a todos sin excepción. La elaboración de formatos para “Directrices Anticipadas” y un Plan de Cuidados Paliativos es el procedimiento más apropiado y efectivo para establecer y ofrecer un programa de cuidados paliativos a todos los mexicanos – no solamente a los que han otorgado voluntad anticipada conforme a las leyes estatales de la materia. Creemos que esta no solo es la forma más apropiada de cumplir con la ley federal dentro de los estados, sino que es la mejor manera de implementar los cuidados paliativos.

**2. El ofrecer formatos es la manera más consistente para cumplimiento con las políticas y procedimientos ya existentes en las instituciones del Sistema Nacional de Salud para implementar los cuidados paliativos y complementar las deficiencias.** Se necesitan formatos estándares para dos documentos de cuidados paliativos: el documento de “Directrices Anticipadas” (un consentimiento informado disponible para todas las personas que incluye el nombramiento de representantes legales y directrices) y el Plan de Cuidados Paliativos (una orden médica para cuidados paliativos firmado por el médico tratante).

**3. Poner formatos de autorización en el expediente clínico del paciente es la manera más sencilla para cumplir con la ley federal que es exigible también en los estados.** Es inevitable que, por el sistema existente en instituciones públicas, las personas tienen que presentar

documentos de planeación anticipada en cada institución donde solicitamos los cuidados de salud. Y dentro de los servicios de salud deben notificar a todos los médicos y personal de salud si han dado consentimiento informado a los actos médicos a los que serán sometidos, o no, y si la administración de cuidados de salud fue autorizada apropiadamente a través de ordenes médicas. El problema de cumplimiento a través del conocimiento de todo el personal médico de las instituciones públicas y privadas que estas instituciones asignen al cuidado del paciente no tiene solución si estas instituciones no ponen los documentos en los expedientes clínicos.

**4. Consideraciones legales. El uso de formatos aprobados por instituciones públicas y privadas es una manera de asegurar a los médicos e instituciones que su práctica es respaldada institucionalmente.** Esto puede evitar complicaciones legales en el futuro: actos médicos sin consentimiento informado con las consecuentes acusaciones de mala práctica. Sospechamos que, en el futuro, cuando los pacientes se den cuenta de sus derechos respecto a los cuidados paliativos, en contra de la práctica de la medicina paternalista o la obstinación clínica, los pacientes van a poder exigir tratamientos apropiados a sus deseos y con su consentimiento. Esto puede implicar la posibilidad de demandas en contra de médicos que no acaten las directrices como derecho en respeto a la dignidad de sus pacientes. El uso de un formato es un tipo de “profilaxis legal” beneficiosa tanto para los médicos, como para los pacientes y posiblemente aún más para las instituciones de salud.

**5. La Planeación por adelantado para decisiones médicas requiere de consejo médico, no solamente de documentos notariados.** Los abogados son necesarios para asegurar que las directrices anticipadas se conforman según la ley. La Planeación anticipada que no involucra a los médicos y otro personal de salud no es efectivo. Debemos reconocer que es un error concebir documentos de voluntad anticipada primariamente en términos legales cuando las leyes no rigen sobre la biología. La Planeación por adelantado para decisiones médicas requiere consejo médico no solamente de abogados o notarios.

**6. Estas recomendaciones no requiere reforma de la ley porque ya está establecido por la ley federal.** Aunque para algunos sería recomendable la clarificación de algunos detalles como el proceso para nombramiento de representantes legales, especificación de los poderes de los representantes, descalificación de representantes por conflicto de interés, responsabilidad del personal de salud para ofrecer consejo médico en la elaboración de directrices, etcétera, esto no es necesario. La ley existente es suficiente para autorizar y requerir todo.

## **Conclusión**

Sin implementación de la ley, los cuidados paliativos son letra muerta en México. Los instrumentos como formatos estándares son necesarios para empezar el proceso del cambio social y cultural y para establecer los cuidados paliativos para todas las personas. No pretendemos que esto sea un cambio social sencillo ni que el ofrecer la planeación anticipada que recomendamos establezca un programa de cuidados paliativos instantáneamente. Pero esto va a dar a los médicos las herramientas e instrumentos necesarios para empezar el proceso de cambio social. De hecho, ya existen pautas y planes educativos (más que 180 páginas de documentos gubernamentales) con requisitos de capacitación del personal de salud. Y hay gente fuera de los sistemas públicos e instituciones privadas ya desarrollando servicios para personas en condiciones terminales. Pero se necesitan los instrumentos para llevar a cabo el proceso de cambio social a gran escala. Las leyes habilitantes se promulgaron hace más de diez años, pero nunca se implementaron debido a que las políticas y los procedimientos administrativos no se han puesto a disposición de los pacientes y médicos en el Sistema Nacional de Salud en general ni han sido accesibles para ellos. Esta deficiencia debe ser corregida.

Reconocemos que el ofrecer cuidados paliativos no es sencillo. Pero nuestra recomendación no es complicada: Proporcionar los instrumentos esenciales es un paso necesario hacia el desarrollo de un programa eficaz de cuidados

paliativos y pone la piedra fundacional para un expediente clínico electrónico en el futuro. Esto cumple con el requisito de la práctica de la medicina de acuerdo con los principios científicos y éticos.

No debemos subestimar el rol del uso de formatos de consentimiento informado para educar al personal de salud sobre la práctica de los cuidados paliativos, ya que también sirven de guía para planear los pasos y opciones que pueden tener los pacientes, además de expresar sus deseos. Los formatos son guías para la práctica de la medicina conforme a la Lex Artis Médica y son guías para las conversaciones que podrían mejorar las relaciones médico-paciente en un momento abrumador en el que hay temor, confusión y zozobra por la enfermedad.

La protección a la salud en México, de forma tanto general como respecto a los cuidados paliativos, es derecho de todos, no desde la perspectiva viciada de la segmentación perceptual paciente, médico o servidor del Estado, sino de todos aquellos que como personas, en algún momento futuro seremos murientes dentro de un fenómeno biológico ineludible e imperturbable que surgió con la vida misma y que ha sido modificado por la evolución de la práctica médica que se enfrenta a cambios legales que la mayor parte de las veces se dan lentos y que tienen o dejan huecos, ya sea también por la existencia de cuerpos de leyes y regulaciones que no se ejercen por ignorancia lo que sólo redundará en nuestro sufrimiento.

Insistimos, por lo tanto, que las políticas, procedimientos y prácticas de representación y directrices anticipadas para cuidado médico dentro del Sistema Nacional de Salud se deban reconocer por ley como un ejercicio de los derechos humanos y como principio ético de respeto a la dignidad de la persona humana y su autonomía a través de una medida implementada de manera administrativa que cumple con lo que todo mortal puede necesitar, y deja a través de formatos, la base para un expediente clínico homologado y digital. Recomendamos, por tanto, que la forma adecuada y eficaz de implementar la designación

de representantes legales y la declaración de “Directrices Anticipadas” dentro del Sistema Nacional de Salud sea que los proveedores de atención de la salud públicos y privados ofrezcan a los pacientes un formato para documentos de “Directrices Anticipadas” que forme parte del expediente clínico al que todos como personas tenemos derecho.

# Apéndices

## Apéndice 1

### NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE MÉDICO Y DIRECTRICES ANTICIPADAS

NOMBRE/ APELLIDOS \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_

### PRIMERA PARTE: NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE LEGAL PARA DECISIONES MÉDICAS

Yo \_\_\_\_\_, escribo este documento para expresar libremente mis Directrices Anticipadas y para nombrar a la persona de mi confianza, \_\_\_\_\_, mi representante legal a partir de la firma de este documento para corroborar la ejecución de mis directrices y revisar estas directrices si la situación del momento requiriera modificaciones para conformarse a la intención de mi voluntad con poder para otorgar, o no, de mi parte, consentimiento informado para tratamiento médico incluyendo el retiro del tratamiento ya aplicado y elegir el médico tratante. Es mi intención que cualquier médico, institución o personal del Sistema Nacional de Salud que me ofrezca atención médica en el futuro acate con las directrices indicadas aquí recabando el consentimiento informado de mi representante legal.

**APODERANTE Firma** \_\_\_\_\_

Fecha y Lugar \_\_\_\_\_

**Aceptación del Representante:** Yo, \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en servir como representante legal de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ si él es incapaz de tomar sus propias decisiones médicas y acepto las responsabilidades de apoderada para representación legal en decisiones médicas.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha y lugar \_\_\_\_\_

NOMBRE /APELLIDOS \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

ID/CURP \_\_\_\_\_

TELÉFONOS \_\_\_\_\_

**Representante Alterno:** Si esta PERSONA no está disponible o no puede actuar como mi representante,

nombro a \_\_\_\_\_

como mi REPRESENTANTE ALTERNO:

**Aceptación Alterno:** Yo, \_\_\_\_\_ ,  
estoy de acuerdo en servir como representante alterno de

\_\_\_\_\_ si el apoderante es incapaz de tomar sus propias decisiones médicas y acepto las responsabilidades de apoderada para representación legal en decisiones médicas.

**Alterno: Firma:** \_\_\_\_\_ Fecha y lugar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE /APELLIDOS \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

ID/CURP \_\_\_\_\_

TELÉFONOS \_\_\_\_\_

Dado en (lugar) \_\_\_\_\_, Fecha \_\_\_\_\_

Testigo (Nombre/Apellido), \_\_\_\_\_ ,

Firma \_\_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_, ID \_\_\_\_\_

Testigo (Nombre/Apellido) ,

Firma \_\_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_, ID \_\_\_\_\_



NOMBRE/APELLIDOS \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

## SEGUNDA PARTE: DIRECTRICES ANTICIPADAS

Yo \_\_\_\_\_, escribo este documento para expresar libremente y de manera inequívoca las siguientes Directrices Anticipadas:

1. Prefiero cuidados en casa: autorizo ser llevado al hospital solamente si es necesario para controlar síntomas que sean congruentes con los objetivos de mi voluntad.
2. Respecto al tratamiento de dolor, acepto lo que mi médico tratante recomendaría incluyendo la sedación al final de la vida.
3. Rechazo Reanimación Cardiopulmonar (RCP) cuando este procedimiento no tiene probabilidad razonable para restaurar mi salud a una calidad de vida aceptable determinado por mi representante en consulta con mi médico.
4. Acepto asistencia respiratoria solo con el propósito de mantenerme cómodo, pero no la intubación salvo en caso de emergencia y por un breve período de tiempo.
5. Acepto tratamientos farmacológicos, incluyendo los experimentales, nutrición y hidratación oral o parenteral para mantenerme cómodo, pero no por el solo propósito de extender a mi vida en condición inaceptable.
6. Autorizo la disposición de mis órganos susceptibles de ser donados
7. Autorizo otros tratamientos y cuidados designado en mi expediente clínico por mi médico con consentimiento de mi representante legal.

Es mi intención que cualquier médico, institución o personal del Sistema Nacional de Salud que me ofrezca atención médica en el futuro acate con las directrices indicadas aquí recabando el consentimiento informado de mi representante legal.

## FIRMA DE DIRECTRICES ANTICIPADA

Santiago de Querétaro (Fecha) \_\_\_\_\_ . Nombre y Firma de la persona/paciente o su representante legal

**NOMBRE(s)/APELLIDO(S)** \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_

Derechohabiente del \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

Dado en (lugar) \_\_\_\_\_ ,  
Fecha \_\_\_\_\_  
Testigo (Nombre/Apellido), \_\_\_\_\_ ,  
Firma \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_ ,  
ID \_\_\_\_\_ ,

Dado en (lugar) \_\_\_\_\_ ,  
Fecha \_\_\_\_\_  
Testigo (Nombre/Apellido), \_\_\_\_\_ ,  
Firma \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_ ,  
ID \_\_\_\_\_ ,

## Apéndice 2

Formato de la Parte Segunda del documento Apéndice 1  
“Directrices Anticipadas”

### SEGUNDA PARTE: DIRECTRICES ANTICIPADAS

YO, \_\_\_\_\_, mando las siguientes  
Directrices Anticipadas:

1. Prefiero cuidado  en casa  
 en hospital u otra facilidad apropiada.
2. Hospital  
 Autorizo ser llevado al hospital solamente si es necesario para controlar síntomas.  
 NO Autorizo ser llevado al hospital.
3. Acepto tratamiento de dolor que mi médico tratante y mi representante recomendarían  
 Pero NO sedación al final de la vida  
 Incluyendo la sedación al final de la vida.
4.  Quiero Reanimación del corazón (RCP) que intente reiniciar mi corazón si se detiene.  
 NO quiero Reanimación Cardiopulmonar (RCP) cuando NO existe probabilidad razonable para restaurar mi salud a una calidad de vida determinada por mi representante en consulta con mi médico.
5. Si no puedo respirara  
 Sí, quiero oxígeno no invasivo  
 Quiero oxígeno no invasivo por un corto tiempo para ver si sobrevivo o me mejoro.  
 NO quiero oxígeno no invasivo por NINGÚN período de tiempo.
6. Si no puedo respirara  
 Sí quiero un respirador (máquina) sin límite de tiempo.  
 Quiero tener un respirador por un corto tiempo para ver si sobrevivo o me mejoro.  
 NO quiero una máquina de respiración por NINGÚN período de tiempo.

7. Si posiblemente me hará sentir más cómodo o posiblemente mejorará mi condición.
- Acepto tratamiento médico experimental
  - NO acepto ningún tratamiento médico experimental
8. Acepto tratamiento médico, nutrición y hidratación artificial
- para mantenerme cómodo,
  - pero no por el solo propósito de extender a mi vida en condición inaceptable.
9.  Autorizo donación de mis órganos o tejidas susceptibles de ser donados.
- NO Autorizo donación de mis órganos o tejidas
10.  Autorizo tratamientos de riesgo alto designado en mi expediente por mi medico solamente con consentimiento de mi representante legal.
11.  Atención a Notas Adicionales

# Bibliografía

**Asociación Médica Mundial. Asamblea General de la, Brasil 64a.** Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Asociación Médica Mundial. 2013 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

**Asociación Médica Mundial. Asamblea General de la. Declaración de Ginebra [Internet].** Asociación Médica Mundial. 2022 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-ginebra/>

**Ayllón SL, Bonifaz L, Jose A, Caballero Juárez A, Calero N, Ana S, et al.** Informe de resultados de los Foros de Justicia Cotidiana [Internet]. Org.mx. [consultado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/04/Documento\\_JusticiaCotidiana\\_.pdf](https://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/04/Documento_JusticiaCotidiana_.pdf)

**Beauchamp TL, Childress JF.** Principles of Biomedical Ethics. Oxford and New York: Oxford University Press; 2013

**Beauchamp TL, Childress JF.** Principles of Biomedical Ethics. Oxford and New York: Oxford University Press; 7a ed. 2015

**Boletín Oficial del Estado «BOE» núm. J, De de 15 de N.** Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Gobierno de España/Boe.es. [consultado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>

**Carmona-González M, Mendoza-Márquez O, Veytia-López M, Herreros-Ruíz-Valdepeñas B.** Conocimiento Sobre Voluntad Anticipada en Pacientes de Instituciones Públicas de Salud de México [Internet]. Core.ac.uk. 2017 [consultado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/154796563.pdf>

**Centers for Disease Control and Prevention.** Nursing home care [Internet]. Cdc.gov. 2022 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/nursing-home-care.htm>

**CEPAL-OPS.** La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social [Internet]. Informe COVID-19. 2021 [consultado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47301-la-prolongacion-la-tesis-sanitaria-su-impacto-la-salud-la-economia-desarrollo>

**Comisión Nacional de Arbitraje Médico.** Información sobre la CONAMED para los profesionales de la salud [Internet]. Gobierno de México. 2016 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/funciones.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/funciones.pdf)

**Comisión Nacional de Arbitraje Médico.** Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. CONAMED, 2006. Único, 1-20. 27/01/2022, De [http://www.conamed.gob.mx/transparencia/pdf/reg\\_procedimiento.pdf](http://www.conamed.gob.mx/transparencia/pdf/reg_procedimiento.pdf) Base de datos

**Comisión Nacional de Bioética.** Decálogo de Bioética y Atención Primaria de Salud [Internet]. gob.mx. [consultado el 18 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Cconbioetica/articulos/decalogo-263604?idiom=es>

**Comisión Nacional de Bioética.** Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética [Internet]. Secretaría de Salud. 2010 [consultado el 18 de agosto de 2023]. Disponible en: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temas-general/consentimiento\\_informado.html](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temas-general/consentimiento_informado.html)

**Consejo de Salubridad General.** Guía de Manejo integral de cuidados paliativos, disponible en [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia\\_cuidados\\_paliativos\\_completo.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo.pdf)

**DeMartino ES, Dudzinski DM, Doyle CK, Sperry BP, Gregory SE, Siegler M, et al.** Who decides when a patient can't? Statutes on alternate decision makers. *N Engl J Med* [Internet]. 2017;376(15):1478-82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMms1611497>

**España, Organización Médica Colegial de.** Código de Deontología Médica [Internet]. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. 2022 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.cgcom.es/codigo-deontologia-medica>

**Fernández de Sevilla M.** La "Lex Artis ad Hoc", fundamental en los procesos contra profesionales [Internet]. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/doc-interes/send/5-responsabilidad-civil/13-lexartis0>

**García-Camino B, Hall RT, Miranda-García E.** Cuando el Consentimiento Informado no existe. *Revista Cathedra*. 2021;17-22.

**García-Camino B, Hall RT, Miranda E.** La Ética del Cuidado Paliativo [Internet]. Comisión Nacional de Bioética. 2021 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/646016/libro\\_etica\\_de\\_cuidado\\_paliativo\\_baja.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/646016/libro_etica_de_cuidado_paliativo_baja.pdf)

**García-Camino B, Hall RT.** Vista de bioethics and the law in Mexico [Internet]. Revistes.ub.edu. 2020 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/28625/31370>

**Holmes OW.** The path of law. Harvard University, editor. Revista de Derecho. 1897

**Instituto Nacional de Estadística y Geografía.** ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS DE EDAD (1o DE OCTUBRE) DATOS NACIONALES [Internet]. INEGI. 2019 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019\\_nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_nal.pdf)

**Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).** Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad: datos nacionales. 2019. Comunicado de prensa núm. 475/19 30 de septiembre de 2019

**Instituto Nacional de Estadística y Geografía.** Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. 2020 [consultado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>

**James Childress.** Re: Surrogate decision-maker question. Comunicación personal por email. 20 de mayo, 2021. Traducción propia

**Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ.** Clinical Ethics. Maidenhead, Inglaterra: McGraw-Hill Education; 2019

**Macklin R.** Dignity is a useless concept: It means no more than respect for persons or their autonomy. British Medical Journal. 2003; 327(Diciembre 2003):20-7

**Macauley R.** Ethics in Palliative Care. UK: Oxford University Press; 2018



**Meisel A.** Legal Issues on Death and dying, en The Oxford Handbook of ethics at the end of life. Oxford England: Stuart Youngner and Robert Arnold, editors, Oxford University Press; 2016.

**México, Gobierno de.** Ley General de Salud [Internet]. Orden Jurídico Nacional. 2018 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/html/wo11037.html>

**México, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4o** [Internet]. Gobierno de México. [consultado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/articulos/4.pdf>

**México, Gobierno de.** Ley General de Salud [Internet]. Orden Jurídico Nacional. 2018 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/html/wo11037.html>

**México,** Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica disponible en Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica consultado el 20 de julio de 2022

**Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.** Ley 26529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, editor. Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>: InfoLEG; 2009

**National Health Service, Gobierno del Reino Unido.** Giving someone power of attorney [Internet]. NHS WEBSITE. 2023 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/making-decisions-for-someone-else/giving-someone-power-of-attorney/>

**National Health System, Gobierno del Reino Unido.** Giving someone power of attorney [Internet]. nhs.uk. 2023 [consultado el 18 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/making-decisions-for-someone-else/giving-someone-power-of-attorney/>

**Nuremberg, Tribunal Internacional de.** Código de Núremberg [Internet]. 1946. Disponible en: <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/el-codigo-de-nuremberg#gsc.tab=0>

**Office of the Public Guardian, Gobierno del Reino Unido.** Make a lasting power of attorney [Internet]. Gobierno Reino Unido. [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.lastingpowerofattorney.service.gov.uk/home?\\_ga=2.51505262.612558316.1669211079-1717505215.1669211079](https://www.lastingpowerofattorney.service.gov.uk/home?_ga=2.51505262.612558316.1669211079-1717505215.1669211079)

**Organización Mundial de la Salud.** Enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19): hidroxycloquina y el ensayo Solidaridad [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-hydroxychloroquine>

**Orantes-López ME.** Proyecto de Ley o Decreto, que se declaren concluidos en su procedimiento de análisis y Dictámenes en Comisiones. (ver Acuerdo.) [Internet]. Gaceta del Senado. 2009 [consultado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.senado.gob.mx/64/gaceta\\_del\\_senado/documento/22461](https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/22461)

**Orantes-López, María Elena.** (2009). Proyecto de Ley o Decreto, que se declaren concluidos en su procedimiento de análisis y Dictamen en Comisiones. (Ver Acuerdo). Gaceta del Senado, LXI/PPO-20/22461, citando SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, LEX ARTIS AD HOC. SU CONCEPTO EN MATERIA MÉDICA. TCC; 10a. Época; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; I. 4o.A.92 A (10a.); TA 15. Registro digital: 2004722

**Real Academia de la Lengua española.** Adjetivo -dad [Internet]. Rae.es. [consultado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.rae.es/dpd/-dad>

**Real Academia de la Lengua Española Lex Artis** [Internet]. Rae.es. [consultado el 20 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/lex-artis>

**Salud, Secretaría de.** Programa - Voluntad anticipada - Secretaría de Salud Guanajuato [Internet]. Secretaría de Salud de Guanajuato. 2023 [consultado el 18 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://salud.guanajuato.gob.mx/programas/voluntad-anticipada>

**Sarmiento M.** Lex artis ad hoc: Un concepto fundamental para el médico [Internet]. Saludiarario. Grupo de Comunicación Katedra; 2020 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.saludiarario.com/lex-artis-ad-hoc-un-concepto-fundamental-para-el-medico/>

**Segato RL.** Las estructuras elementales de la violencia: contrato y status de la etiología de la violencia [Internet]. Ujed.mx. 2003 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: [http://ovsyg.ujed.mx/docs/biblioteca-virtual/Las\\_estructuras\\_elementales\\_de\\_la\\_violencia.pdf](http://ovsyg.ujed.mx/docs/biblioteca-virtual/Las_estructuras_elementales_de_la_violencia.pdf)

**Sulmasy LS.** Bledsoe TA, for the ACP Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. American college of physicians ethics manual: Seventh edition. Ann Intern Med [Internet]. 2019;170(2\_Supplement): S1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7326/m18-2160>

**Suprema Corte de Justicia de la Nación Jurisprudencia y Tesis Aisladas**

**SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN**

**PRÁCTICA MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS INDICACIÓN Y LEX ARTIS, PARA DETERMINAR SI SE AJUSTA A LA TÉCNICA CORRECTA.** TCC; 10a. Época; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; I.4o.A.90 A (10a.); TA 14. Registro digital: 2004743

**Registro digital: 2001472**, Instancia: Primera Sala, Décima Época, Materia(s): Constitucional, Civil, Administrativa, Tesis: 1a. CXLI/2012 (10a.), Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta., Libro XI, agosto de 2012, Tomo 1, página 495, Tipo: Aislada, Rubro: RESPONSABILIDAD MÉDICO-SANITARIA. REBASA LA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL.

**PRÁCTICA MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS INDICACIÓN Y LEX ARTIS, PARA DETERMINAR SI SE AJUSTA A LA TÉCNICA CORRECTA. PRÁCTICA MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS INDICACIÓN Y LEX ARTIS, PARA DETERMINAR SI SE AJUSTA A LA TÉCNICA CORRECTA.** TCC; 10a. Época; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; I.4o.A.90 A (10a.); TA 14. Registro digital: 2004743. Véanse también la referencia a autonomía en AUTONOMÍA PARENTAL. LINEAMIENTOS PARA SU INTERVENCIÓN POR PARTE DEL ESTADO EN UN CONTEXTO MÉDICO. AUTONOMÍA PARENTAL. LINEAMIENTOS PARA SU INTERVENCIÓN POR PARTE DEL ESTADO EN UN CONTEXTO MÉDICO. SCJN; 10a. Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; 1a. XI/2019 (10a.); TA; Publicación: viernes 08 de febrero de 2019 10:10 h Registro digital: 2019214

**GUÍAS O PROTOCOLOS MÉDICOS EXPEDIDOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD O POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN LA MATERIA. SU FUNCIÓN PARA EFECTOS DE DETERMINAR UNA POSIBLE MALA PRÁCTICA MÉDICA.** SCJN; 10a. Época; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; 1a. XXVI/2013 (10a.); TA Registro digital: 2002531; **LEX ARTIS AD HOC. SU CONCEPTO EN MATERIA MÉDICA.** TCC; 10a. Época; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; I.4o.A.92 A (10a.); TA 15. Registro digital: 2004722

**Registro digital: 2022987**, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Décima Época, Materia(s): Civil, Tesis: (V Región) 2o.13 C (10a.), Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 85, abril de 2021, Tomo III, página 2219, Tipo: Aislada CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS FIRMADO POR TERCEROS, NO PARTICIPA DE LA NATURALEZA DE AQUÉL, AL SER ACTOS DISTINTOS E INDEPENDIENTES.

**Registro digital: 2001271**, Instancia: Primera Sala, Décima Época Materia(s): Constitucional, Tesis: 1a. XLIII/2012 (10a.) Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XI, agosto de 2012, Tomo 1, página 478, Tipo: Aislada, Rubro: CONSENTIMIENTO INFORMADO. DERECHO FUNDAMENTAL DE LOS PACIENTES.

**Registro digital: 2012509**, Instancia: Primera Sala, Décima Época, Materia(s): Constitucional, Tesis: 1a. CCXXV/2016 (10a.), Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 34, septiembre de 2016, Tomo I, página 507 Tipo: Aislada PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. CONTENIDO DEL DEBER DE INFORMAR AL PACIENTE EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA.

**Registro digital: 2004786**, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Décima Época, Materia(s): Administrativa, Tesis: 1.4o.A.91 A (10a.), Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3, página 1891, Tipo: Aislada

**Registro digital: 2004785** Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Décima Época, Materia(s): Administrativa, Tesis: 1.4o.A.64 A (10a.) Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3, página 1890 Tipo: Aislada

**RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA.** SU ACTUALIZACIÓN EN TORNO A LOS JEFES DE UNIDAD DE UN HOSPITAL. RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. SU ACTUALIZACIÓN EN TORNO A LOS JEFES DE UNIDAD DE UN HOSPITAL. SCJN; 10a. Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; 1a. CCXXVIII/2016 (10a.) ;TA; Publicación: viernes 09 de septiembre de 2016 10:18 h Registro digital 2012515

**RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA.** SUPUESTOS DE VALORACIÓN EN UN ACTO MÉDICO COMPLEJO. RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. SUPUESTOS DE VALORACIÓN EN UN ACTO MÉDICO COMPLEJO. SCJN; 10a. Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; 1a. CCXXIX/2016 (10a.) ;TA; Publicación: viernes 09 de septiembre de 2016 10:18 h Registro digital 2012516

**RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO POR LA PRESTACIÓN DEFICIENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA.** CUÁNDO SE CONFIGURA LA NEGLIGENCIA MÉDICA EN ESTOS CASOS. RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO POR LA PRESTACIÓN DEFICIENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA. CUÁNDO SE CONFIGURA LA NEGLIGENCIA MÉDICA EN ESTOS CASOS.

**SCJN; 10a.** Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; 1a. CLXXII/2014 (10a.) ;TA; Publicación: viernes 25 de abril de 2014 09:32 h Registro digital: 2006252.

**UNESCO, 33a Sesión de la Conferencia General.** Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [Internet]. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 2005 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa) Disponible en [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa)

**Uscher J.** “Encontrar un amigo para pacientes sin amigos” [Internet]. American College of Physicians. ACP Hospitalist; 2017 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://acphospitalist.org/archives/2017/05/>

**Vázquez López J. Enrique.** La “Lex Artis ad hoc” como criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico: A propósito de un caso basado en la elección de la técnica empleada en el parto (parto vaginal vs. cesárea). Cuad. med. forense [Internet]. 2010 Sep [consultado el 2023 Ago 21]; 16(3):179-182. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062010000200009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062010000200009&lng=es)

**Vera Carrasco O.** ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN EL ACTO MÉDICO. Rev médica - Col Méd Paz [Internet]. 2013 [consultado el 13 de agosto de 2023];19(2):73-82. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582013000200010](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000200010)

**Vermont Ethics Network.** Vermont Advance Directive for Health Care [Internet]. Vermont Ethics Network. 2018 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://vtethicsnetwork.org/wp-content/uploads/2018/12/VEN-Short-Form-Advance-Directive-Interactive\\_Dec-2018.pdf](https://vtethicsnetwork.org/wp-content/uploads/2018/12/VEN-Short-Form-Advance-Directive-Interactive_Dec-2018.pdf)

**v|lex.** Síntesis de la Recomendación General No. 29/2017 sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud [Internet]. vLex. [consultado el 18 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://vlex.com.mx/vid/sintesis-recomendacion-general-no-667207681>

**West Virginia Center.** West Virginia Center for End-of-life care [Internet]. Wvendoflife.org. 2022 [consultado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://wvendoflife.org/wv-e-directive-registry>

La presente edición del libro  
*Ética de la Directrices Anticipadas  
y la Representación Médica*  
coordinada por la Universidad Autónoma de Querétaro  
y la Comisión Nacional de Bioética,  
fue maquetada por la Comisión Nacional de Bioética.  
El cuidado de la edición estuvo a cargo  
de Anayántzin Paulina Heredia Antúnez,  
Raúl Jiménez Piña y Alfonso Heredia Arriaga.  
El tiraje de **500** ejemplares se imprimió en enero de 2024  
Santiago de Querétaro, México.





- Las directrices anticipadas son una herramienta valiosa que nos invita a reflexionar sobre cuestiones fundamentales de nuestra vida y salud, especialmente en situaciones en las que no podemos comunicar nuestras preferencias y deseos de manera directa. Estas pautas, también conocidas como voluntades anticipadas, nos permiten expresar cómo queremos ser tratados en caso de una enfermedad grave, incapacidad o al final de nuestra vida.

Las directrices anticipadas promueven la autonomía, facilitan la toma de decisiones informadas y aseguran que la atención médica corresponda con los valores y deseos de las personas, incluso si ya no pueden expresarlos directamente, por lo que es fundamental crear un camino claro y respetuoso para el cuidado de la salud en situaciones críticas.

Los autores apuntan sobre el deseo de uniformar el otorgamiento de los cuidados paliativos en el país; a través del establecimiento de directrices anticipadas con formatos disponibles que ayuden a tal efecto. Adicionalmente, poder visualizar la planeación adelantada con acceso a consejo médico orientador y poder incluirlo dentro de la documentación que conforma el expediente clínico de todo paciente.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**Integridad**  
*Científica*