

Relación médico-paciente

Resulta ya lugar común la referencia a los cambios que se han producido en la relación médico-paciente. Los tiempos de la cercana, casi íntima relación, se han modificado. Dentro de este esquema, el médico empleaba todos sus conocimientos en beneficio del paciente, ya fuera para mitigar su dolor, curar su enfermedad o salvarle la vida. A cambio, el paciente desempeñaba un comportamiento pasivo limitado a cumplir las órdenes del médico sin cuestionamiento alguno. Esta actitud se justificaba en la convicción de que el médico buscaba, en forma prioritaria, el beneficio de su paciente. Ambas partes de la relación combatían enemigos comunes: la enfermedad, el dolor y la muerte.

Desafortunadamente, la práctica médica en grandes hospitales, la alta tecnología y, en algunas ocasiones, la mercantilización de la práctica médica, han deshumanizado la interacción de los protagonistas. Como resultado, en innumerables situaciones, el anterior binomio médico-paciente se ha transformado en una contienda. Los derechos de los pacientes se ven confrontados con los derechos de los profesionales de la salud.

Las decisiones acerca de cuáles son los tratamientos que el médico debe seguir se encuentran inmersas en esta confrontación. ¿A quién corresponde tomar las decisiones? ¿Al médico o al paciente? Y si éste se encuentra imposibilitado para manifestar su voluntad, ¿quién decidirá por él?

La reflexión bioética

La bioética, como nueva disciplina que reflexiona, entre otros temas, los aspectos éticos de la medicina, ha elaborado principios que si bien no representan la solución de los dilemas, son herramientas flexibles y útiles para crear consensos en la solución de los mismos.

57 Doctora en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid. Investigadora Titular "C" de tiempo completo y coordinadora del Núcleo de Estudios en Salud y Derecho, en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Miembro del SNI (Nivel 2), consejera de la Comisión Nacional de Bioética (2006-2007) y coordinadora del proyecto de Código Civil para el Distrito Federal, entregado a la Asamblea Legislativa en 2000. Entre sus últimas publicaciones están *El hombre y la mujer frente al divorcio*, *Las adopciones en México y algo más*, y numerosos artículos, los más recientes, "Algunas innovaciones en materia de adopción" y "Evolución de los derechos del menor".

El principio de beneficencia busca el mayor bienestar de quien sufre desde el punto de vista de la medicina. Derivado de la beneficencia, el principio de la no maleficencia indica no causar daño al paciente. Estos dos principios construyen el que se ha considerado como modelo paternalista tradicional de la relación médico-paciente. El médico sustituye al paciente en la toma de decisiones, en aras de lograr la protección de sus mejores intereses, aunque el precio sea la restricción de la autonomía de las personas inmersas en el proceso de la atención médica. El modelo ha funcionado por muchos años justificado en la confianza personal y la competencia profesional del médico para tomar decisiones ante la situación de vulnerabilidad en que se encuentra el paciente, pero crea una dependencia del médico.

Frente al modelo paternalista, se han elevado voces que pugnan por la autonomía del paciente. Los cambios en la relación y la aceptación de la necesidad de sustituir los patrones de jerarquía vertical por otros más democráticos han propiciado el reconocimiento del principio de autonomía.

Bajo este principio, el paciente se transforma en el agente que toma los controles y elige. Esta nueva actitud implica que el sujeto cuente con un grado de libertad integrada por varios elementos:

- 1) Información suficiente y adecuada sobre su estado de salud, así como sobre las alternativas terapéuticas a su alcance y sus riesgos. Una información insuficiente o equivocada impediría el ejercicio de una verdadera elección. Conviene tener en cuenta que también debe respetarse el derecho de toda persona a no ser informada.
- 2) Capacidad para analizar la información y para comprender los alcances y significado de las decisiones.
- 3) Un equilibrio interno aceptable, el cual supone, entre otros, no encontrarse con trastornos depresivos o bajo sentimientos de culpa o inferioridad tan graves, que impidan una toma de decisión saludable.
- 4) Ausencia de coerciones externas, cualquiera que sea su fuente, ya sea médica o proveniente del entorno familiar y social.

Bajo estos supuestos, el principio de autonomía indica que el individuo, en función de cultura, ideales, creencias y proyecto de vida, puede tomar sus decisiones. Pero, ¿qué ocurre cuando el paciente es incompetente para expresar su voluntad en forma inmediata? ¿Qué sucede cuando la precariedad de su salud le impide tomar decisiones? Para estas situaciones de carácter, a veces transitorio o a veces permanente, ¿se debe dejar de reconocer la autonomía

del paciente? o ¿existen medios que permitan conocer cuál es la voluntad del paciente en forma directa, aunque en forma anticipada, o que él mismo nombre a otra persona que lo represente en la toma de decisiones?

Conscientes de estos cuestionamientos, algunas organizaciones médicas y legislaciones de varios países han implementado ciertas fórmulas que permiten a las personas manifestar su voluntad para que ésta se cumpla una vez que ellas no sean competentes para expresarla. La "living will" fue, quizá, la más conocida, pero también la "health care proxit", autotutela, o la que ha cobrado más presencia en países de habla hispana: "manifestaciones anticipadas" o "instrucciones previas".

Directrices anticipadas

En los años setenta, apareció en California, EUA, una ley sobre la muerte natural que creó una figura denominada "advance directives".⁵⁸ Las "advance directives" son instrucciones orales y/o escritas, en las cuales una persona con capacidad suficiente y de manera libre expresa su voluntad acerca de los futuros cuidados médicos que acepta le sean aplicados llegado el caso de que se encuentre en una situación tal, que carezca de capacidad para tomar decisiones.

Las directrices anticipadas orales se basan en las conversaciones entre una persona y sus familiares o amigos, acerca de los cuidados médicos que acepta le sean aplicados o no en situaciones futuras. Muchos estados de la Unión Americana rechazan estas manifestaciones, entre otras causas, porque se argumenta que son instrucciones generales, poco precisas o imposibles de probar, además de que se ignora si el paciente tenía suficiente información y capacidad para tomar una decisión.

Las directrices anticipadas escritas operan bajo dos alternativas: *living will* o *health care proxit*. *Living will* o su traducción "testamento vital" es el documento en virtud del cual una persona capaz, de manera libre, establece por escrito las instrucciones detalladas acerca de la aplicación o no de ciertos tratamientos médicos, en el caso de que aquélla, en algún momento, se encontrare imposibilitada para tomar decisiones.⁵⁹

58 Es el término general que se refiere a instrucciones orales y/o escritas acerca de los futuros cuidados médicos de una persona, en el evento de que esa persona se vuelve incapaz de transmitir sus propios deseos. http://www.dontneedalawyer.com/Spanish_LivingWills.html

59 La expresión "living will" surge en el Derecho anglosajón. Fue establecido en 1969 por Luis Kutner, abogado de Boston y partidario de la eutanasia. "Will" porque explica con detalle las decisiones de la persona y "living" porque tiene efectos antes de la muerte. Sin embargo, es un término contradictorio, porque "will" (testamento) es un documento cuyos términos son ejecutados después de la muerte del testador. Cuando el living will apareció por primera vez, fue fuertemente cuestionado.

Las instrucciones de un testamento vital son usualmente una petición de que, llegado el caso, no se prolongue la vida de un enfermo cuando no exista una perspectiva de salvar la vida o las condiciones de ésta sean muy precarias. En todo caso, las peticiones no pueden romper con el principio de la atención médica ni violar derechos reconocidos a los pacientes.

“Health care proxit”, traducido como “carta poder médica”, es el documento por virtud del cual una persona capaz nombra a otro apoderado, “proxit” o “agent”, para que sea éste sea quien tome las decisiones necesarias acerca de sus cuidados médicos. El apoderado entra en funciones sólo en el supuesto de que el poderdante se halle incapacitado para tomar decisiones concernientes al cuidado de su propia salud y dura el tiempo en que persista la incompetencia.

Este poder difiere del que se utiliza en la representación jurídica, puesto que no involucra cuestiones patrimoniales y funciona sólo mientras el poderdante es incompetente para tomar decisiones. Esta figura existe en la mayoría de los estados de EUA. Algunos autores encuentran ventajas a *proxit*, en vista de que el paciente no puede cubrir todas las contingencias que pudieran presentarse; por ello, el paciente puede optar por nombrar a alguien que interprete sus preferencias.

Además de una representación fundada en una carta poder, también se ha planteado como alternativa la posibilidad de que una persona que en el futuro pudiera quedar incapacitada, prevea en plenitud de sus capacidades la delegación de un cargo tutelar a determinadas personas o la exclusión precisa de otras, para que sea ella quien tome las decisiones. Excedería a los planteamientos de este trabajo analizar las posibilidades y riesgos de esta autotutela por sus consecuencias económicas en perjuicio del paciente, pero podría tratarse de un tutor especial para decidir únicamente cuestiones relacionadas con los tratamientos terapéuticos que deba recibir la persona. La ventaja para el paciente sería la tranquilidad de depositar su confianza en alguien, cuyas características considera necesarias para tomar las decisiones más acordes con su modo de pensar. Además, con la designación se evitarían los conflictos que pudieran surgir cuando los parientes no se ponen de acuerdo en los tratamientos que se deben proporcionar o evitar al enfermo. Es mejor que el paciente nombre a este representante y no que lo haga el médico.

Las directrices anticipadas norteamericanas parecían indicar un triunfo del principio de autonomía; sin embargo, una visión menos optimista se enfrenta a ciertos aspectos negativos de ellas:

- 1) No son pocas las ocasiones en que es difícil descubrir la existencia de un consentimiento respaldado de información completa acerca de la situación real de su enfermedad o padecimiento, los tratamientos, sus alternativas, costos o sus consecuencias.
- 2) En vista de que las declaraciones son formuladas en términos vagos, ya que el enfermo no es un experto que pueda adentrarse en detalles, pueden surgir problemas en cuanto a la interpretación de su voluntad y, esto, ocasionar que el médico omita practicar tratamientos oportunos.
- 3) El ser humano se caracteriza por sus cambios de estados de ánimo que presuponen una distinta manera de afrontar los problemas de salud. ¿Qué sucede con el enfermo que expresa su voluntad bajo un estado depresivo o que desconoce la aparición de nuevas terapias o medicamentos? ¿Podría una manifestación oral posterior modificar la declaración escrita con anterioridad?
- 4) Las manifestaciones anticipadas de voluntad que limiten los tratamientos médicos aumentan la presión sobre los médicos en los servicios de urgencia y dificultan la decisión en situaciones de emergencia.
- 5) No debe olvidarse la perspectiva de los médicos comprometidos con su práctica profesional que considerarán estos documentos como una prueba de desconfianza hacia su capacidad profesional y, con ello, justifican el deslindarse de la responsabilidad de un enfermo concreto. Otros problemas podrían derivarse si el representante médico se ausenta en el momento de tomar las decisiones vitales o renuncia.

A primera vista parecería que las directrices avanzadas tienen por objeto proteger la autonomía del paciente, pero no hay que olvidar que la figura fue creada por las agrupaciones médicas, quienes diseñaron la figura para facilitar la exoneración de la culpa de los médicos. Si éstos, atendiendo a la voluntad declarada de un paciente, proporcionaban o dejaban de proporcionar determinados tratamientos, quedarían relevados de responsabilidad profesional derivada de las consecuencias que pudiera haber como trastornos físicos, agravamiento de la enfermedad o inclusive la muerte del paciente.

Una persona debe poder expresar su voluntad de no ser sometida, en caso de enfermedad o daño físico o psíquico grave que cause sufrimiento o lo incapacite para vivir una existencia racional y autónoma, a tratamientos que intenten prolongar su vida en forma artificial.

Es el caso de los enfermos en condición terminal, entendida como tal aquella condición incurable e irreversible que sin el auxilio de tratamiento para mantener la vida, en opinión del médico, resultará la muerte en corto periodo de tiempo.

Otras regulaciones

Tomando en cuenta las experiencias norteamericanas tanto en los aspectos positivos como en lo negativos, otros países están regulando las denominadas manifestaciones anticipadas o previas, entre ellos Canadá, Australia, Dinamarca, Holanda, Francia, España y algunos cantones de Suiza.

Como denominador común, el Convenio del Consejo de Europa sobre los derechos del hombre y la biomedicina de 1997⁶⁰ refuerza el principio de autonomía.⁶¹ En principio, nadie puede ser forzado a someterse a una intervención o tratamiento sin su consentimiento, y en cualquier momento la persona afectada podrá retirarlo libremente. Esta regla es clara para los profesionales de la salud y restringe el enfoque paternalista que podría ignorar el deseo del paciente.

Sin embargo, la autonomía del paciente no es absoluta sino que es restringida en ciertos casos: "Cuando debido a una situación de urgencia no pueda obtenerse el consentimiento podrá procederse a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada".⁶² Es decir, el médico puede actuar de inmediato sin esperar el consentimiento del paciente o, en su caso, de su representante legal. La necesidad de las intervenciones médicas será la medida para la actuación médica, por tanto, las intervenciones cuyo aplazamiento sea aceptable se excluyen de este supuesto. La justificación de la intervención es el beneficio directo del individuo afectado.

"Serán tomados en cuenta los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentra en situación de expresar su voluntad".⁶³ Es clara la terminología empleada en este precepto: los deseos del paciente deben tenerse en cuenta, lo cual implica el reconocimiento al peso relativo de la manifestación de la voluntad. Frente a casos de deseos expresados mucho

60 Cf. Artículo 9 del Convenio: "Deseos expresados anteriormente. Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad"

61 Cf. Convenio Universal de los Derechos Humanos y la Biomedicina 1997. Informe explicativo.

62 Artículo 8º del Convenio.

63 Artículo 9º de *ibid.*

tiempo atrás que no tomaron en cuenta los avances de la ciencia, porque obviamente no pudieron predecirlos, el médico se enfrentaría a un consentimiento, pero con la característica de no ser informado, lo cual abre la posibilidad de que el profesional de la salud tomará la decisión tratando de seguir la directriz marcada por el paciente.

En España, algunas Juntas Provinciales han regulado las denominadas “voluntades anticipadas”. Cataluña⁶⁴ tomó la iniciativa y aprobó, el 29 de diciembre de 2000, la Ley de Derechos de Información Concerniente a la Salud y a la Autonomía del Paciente y Documentación Clínica. Desde su exposición de motivos, la ley plantea la posibilidad de introducir el concepto de ‘voluntades anticipadas’ y las regula como el documento dirigido al médico responsable, por el que cualquier persona mentalmente capacitada y mayor de edad puede precisar las condiciones sobre su tratamiento en caso de encontrarse en una situación de enfermedad que le impidiera expresarse por sí misma.

Como principio se respeta la voluntad del enfermo, pero en situación de riesgo inmediato grave para su integridad física o psíquica en que no sea posible conseguir su autorización, alguien más debe dar el consentimiento por sustitución. Usualmente el consentimiento se obtiene de los familiares o de las personas vinculadas con el paciente.

El enfermo debe intervenir tanto como sea posible en la toma de decisiones y, en los casos de sustitución de la voluntad del afectado, la decisión debe ser la más objetiva y proporcional posible a favor del enfermo y de respeto a su dignidad personal.

El 14 de noviembre de 2002 se promulgó en España la Ley Básica de la Autonomía de pacientes y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; este instrumento normativo se refiere a las instrucciones previas y establece en forma prioritaria que la información es el requisito previo para emitir un consentimiento en forma inmediata o anticipada es básica. Sin embargo, el derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación, el conocimiento de su estado pueda perjudicar su salud de manera grave o cuando el propio paciente sea quien manifiesta que no desea ser informado.⁶⁵

64 El 28 de mayo del 2001, Galicia aprobó la Ley Reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica de los Pacientes. El texto regula las voluntades anticipadas sin ninguna variante con respecto a Cataluña.

65 Cf. Artículo 9º. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso.

Ley de Voluntad anticipada para el Distrito Federal

En México, se publicó en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 7 de enero de 2008 la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y, el 4 de abril del mismo año, el Reglamento de dicha Ley.

El contenido de esta Ley, desde luego, significa un gran avance al respeto de las autonomías de las personas, pues en su Artículo 1º expresa que la misma tiene por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.

Sin embargo, desde nuestro punto de vista, se perdió la oportunidad para permitir a las personas que puedan decidir no sólo sobre qué tratamientos o procedimientos no quiere que se le apliquen, sino también cuáles sí acepta para los casos en que no esté en condiciones de manifestar su voluntad, ya sea en forma transitoria por efectos de tratamientos, trastornos de salud o por efectos de una enfermedad permanente.

La Ley señala que podrán suscribir el documento de voluntad anticipada, además de las personas con capacidad de ejercicio, cualquier enfermo en etapa terminal y los familiares y personas señaladas en los términos y supuestos de la misma ley. Pero, permitir que los cónyuges, parejas estables o cualquier otro pariente suscriban un documento de voluntad anticipada, representa una contradicción al principio de autonomía personal por medio del cual el paciente, como interesado directo, puede tomar decisiones. Nadie tiene por qué expresar esta voluntad personal, a menos que el mismo paciente lo hubiera nombrado su representante y, al parecer, se confunde el concepto de manifestación anticipada con consentimiento por sustitución o con una autorización, la cual, desde luego, la pueden otorgar tanto cónyuges como familiares.

La citada ley no tuvo en cuenta las circunstancias especiales de cada caso para determinar los alcances de las manifestaciones anticipadas de voluntad, por ejemplo, ante una urgencia, el médico debe tener la posibilidad de actuar de inmediato e implementar medidas urgentes como la reanimación en tanto se toman otras decisiones, sin esperar a conocer la manifestación anticipada del paciente en los casos en que no se tenga a la mano o no sea posible conseguirla en forma expedita.

Respecto a la responsabilidad de los médicos surgen algunas dudas respecto a sus alcances pues si bien éstos quedan obligados por la declaración de voluntad, no hay que olvidar la existencia de códigos de conducta y régimen jurídico sobre la buena práctica médica los cuales podrían limitar o al menos matizar el alcance de estos documentos.

La aplicación de la Ley en las instituciones de salud y demás servicios médicos, servirá para valorar si la nueva normativa responde o no a la necesidad de una mayor autonomía del paciente y que ésta no actúe en su perjuicio.

Conclusión

Los principios de autonomía y beneficencia parecieran contraponerse en la relación médico-paciente. Para evitar este enfrentamiento la autonomía no debe reconocerse en forma irrestricta y permitir que cause daños al propio paciente o a terceros, no se debe llevar a la autonomía a extremos morbosos. En cuanto a la beneficencia ¿Quién puede expresar en forma general lo que es mejor para todos los pacientes? es necesario individualizar el concepto de beneficio, para muchas personas, por ejemplo los chinos, hablar de enfermedades futuras atrae a los espíritus que como consecuencia generarían la enfermedad. Para otros pacientes los altos costos de un tratamiento puede ocasionar la ruina del patrimonio familiar sin que se garantice el alivio del enfermo. No es necesario polarizar las alternativas ni el paciente tiene que saberlo todo ni el médico tiene que decidirlo todo.

¿Quiénes resulta beneficiados con las manifestaciones anticipadas de voluntad? ¿El paciente al sentir que decide sobre los tratamientos que se le aplicarán llegado el caso que no esté en condiciones de manifestar su voluntad o que, al menos, designa a la persona para que tome decisiones en su nombre?, ¿o a los médicos que, respetando la autonomía del paciente, eluden la responsabilidad de tomar decisiones y con ello evitan demandas en su contra demostrando que solo atendieron a la expresión de voluntad del paciente o de sus representantes?

Hay que tomar a las voluntades anticipadas con reservas, no es la panacea que resolverá los dilemas sobre el tratamiento médico a seguir, su ayuda es mucha pero no debe ser definitiva. Pellegrino y Thomasma⁶⁶ piden que se restituya el principio de beneficencia en forma de beneficencia fiduciaria es decir que médicos y pacientes mantengan la meta de actuar en pro de los mejores intereses mutuos. Coincidimos con la opinión de Roque Sureda “la solución no está en la implantación de una legislación que regule y legalice el marco existencial de

66 E.D. Pellegrino y D.C. Thomasma, *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, New York, Oxford University Press, 1988.

la persona en sus últimos momentos sino que está en el conocimiento y actitudes éticas del médico hacia el paciente.

Bibliografía

Artículos de revistas:

1. George J. Annas, "The Health Care Proxy and Living Will", *New England Journal of Medicine*, pp. 201-206.
2. Stuart J. Eisendrath and Albert R. Jonsen, "The Living Will: Help or Hindrance?", *Ethical Issues In Modern Medicine with Free Ethics*, Mc GrawHill, pp. 194-206.
3. María Victoria Roque, y Manuel Sureda, "Consideraciones acerca del Testamento Vital", en *Cuadernos de Bioética*, Vol IX, No. 36, 1998, Santiago (España), pp. 778-780.
4. Pedro Silva Ruiz, "El derecho a morir con dignidad y el Testamento Vital", en *Revista del Colegio de Abogados de Puerto Rico*, Vol. 54, No. 2, Abril-Junio 1993, San Juan, pp. 99-111.
5. Pedro Silva Ruiz, "La autotutela y el Testamento Vital", en *Revista del Colegio de Abogados de Puerto Rico*, Vol. 58, No. 1, Enero-Marzo 1998, San Juan, pp. 87-99.

Diccionarios

1. Instituto de Investigaciones Jurídicas. *Nuevo Diccionario Jurídico Mexicano*. México, Porrúa- UNAM, 2001.

Anexo I

Modelo de documento del Colegio de Bioética, AC "Voluntad Anticipada sobre el Final de mi Vida" e instrucciones para su elaboración

Yo,....., mayor de edad, identificándome con (credencial para votar o pasaporte) y domicilio en....., con plena capacidad para tomar decisiones, actuando libremente y después de una cuidadosa reflexión, expreso y otorgo mi voluntad anticipada sobre el final de mi vida con el objeto de decidir, libre y anticipadamente, sobre la asistencia y los tratamientos médicos que deseo recibir en caso de llegar a padecer situaciones vitales graves e irreversibles.

Dispongo:

Que si en un futuro no puedo tomar decisiones sobre mi atención médica, como consecuencia de mi deterioro físico o mental, por encontrarme en alguna de las situaciones que se señalan a continuación:

- 1) Demencia avanzada debida a cualquier causa (por ejemplo: enfermedad de Alzheimer,...);
- 2) Daños encefálicos graves (por ejemplo: coma irreversible, estado vegetativo persistente,...) debidos a cualquier causa;
- 3) Enfermedad degenerativa neuromuscular en fase avanzada (por ejemplo: esclerosis múltiple,...);
- 4) Cáncer en fase avanzada;
- 5) Otras equiparables a las mencionadas antes, por lo que se refiere a sus efectos.

Además, si dos médicos coinciden, de manera independiente, en que mi estado es irreversible:

Mi voluntad es que NO me apliquen –o me retiren, si me los han comenzado a aplicar– tratamientos, medicamentos o medidas que tengan por objeto prolongar mi vida o mantenerla por medios artificiales (por ejemplo: resucitación cardiopulmonar, respiración artificial, medidas invasivas de nutrición, diálisis renal,...).

Deseo, en cambio, me apliquen las medidas necesarias para controlar cualquier síntoma que me cause dolor, padecimiento o malestar, aun si con ellas se acorta mi vida.

Instrucciones adicionales: (para añadir cualquier consideración que parezca oportuna al otorgante. Algunas personas han expresado su voluntad de donar órganos, han especificado si desean ser trasladadas a un hospital o ser atendidas en su domicilio, si quieren recibir asistencia religiosa, si quieren que se avise a alguna persona cercana).

En caso de que los profesionales de la salud que me atiendan aleguen motivos de conciencia para no actuar de acuerdo con mi voluntad aquí expresada, solicito se me transfiera a otros profesionales que estén dispuestos a respetarla.

En lo que se refiere a la interpretación y aplicación de este documento, designo como mi representante a, identificándose con (credencial para votar o pasaporte), con domicilio en..... y teléfono....., para que asegure el cumplimiento de mi voluntad aquí expresada.

De la misma manera, por si se diera el caso de renuncia o imposibilidad de mi representante, designo como representante sustituto a....., identificándose con (credencial para votar o pasaporte), con domicilio en y teléfono.....

Me reservo el derecho a anular esta decisión en cualquier momento, en forma oral o escrita.

Lugar y fecha:

Firmas:

Otorgante

Representante

Representante sustituto

Primer testigo:, identificándose con (credencial para votar o pasaporte)

Firma

Segundo testigo:, identificándose con (credencial para votar o pasaporte)

Firma

Si más adelante el otorgante quisiera dejar sin efecto el presente documento, podrá firmar, si así lo desea, la siguiente orden de anulación:

Yo,, mayor de edad, identificándome con (credencial para votar o pasaporte) y domicilio en
....., con plena capacidad para tomar decisiones y de manera libre anulo y dejo sin efecto el presente Documento de voluntad anticipada sobre el final de mi vida.

Lugar y fecha:

Firma

Testigo:....., identificándose con (credencial para votar o pasaporte)

Firma

Instrucciones para la elaboración del documento “Voluntad Anticipada sobre el Final de mi Vida”

- 1) Es recomendable que el otorgante lea cuidadosamente el modelo del documento, lo comente con una persona de confianza y se asesore por algún médico para adaptarlo a su caso personal. Para ello es necesario que reciba información, lo más completa posible, sobre las enfermedades y condiciones médicas que podría padecer y sobre los grados de incapacidad que podrían generarle.
- 2) Puede modificarse cualquier aspecto de su contenido y añadir cualquier consideración que parezca oportuna al otorgante. Con este propósito se puso el apartado de “Instrucciones adicionales”. Algunas personas han expresado en él su voluntad de donar órganos, han especificado si desean ser trasladadas a un hospital o ser atendidas en su domicilio, si quieren recibir asistencia religiosa, si quieren que se avise a alguna persona cercana, etc.
- 3) El documento puede ser revocado en cualquier momento, pero solamente por el otorgante, en forma oral o escrita.
- 4) Es necesario designar un representante y además un sustituto por si se diera el caso de que aquél se viera imposibilitado de ejercer su función. El representante será la persona encargada de resolver cualquier duda en la interpretación de la voluntad del otorgante. Es importante que los dos representantes designados sean personas de máxima confianza para el otorgante.
- 5) Es muy importante que el otorgante explique ampliamente a los representantes (representante y sustituto) su intención al otorgar este documento y las funciones que espera que cumplan. También es necesario que los representantes reciban información completa sobre las enfermedades y condiciones médicas que podría padecer el otorgante y sobre los grados de incapacidad que le generarían.
- 6) Es conveniente que los testigos no tengan intereses patrimoniales ni testamentarios en la sucesión del otorgante.
- 7) Hay tres formas de validar este documento:
 - a) Formalizarlo ante notario;
 - b) Firmarlo delante de dos testigos mayores de edad, con plena capacidad para tomar decisiones y de los cuales, al menos uno no tenga relación de parentesco –hasta el segundo grado– ni vínculos patrimoniales con el otorgante;

- c) Firmarlo delante de dos testigos y formalizarlo ante notario.

En cualquier caso es importante que el otorgante converse con sus familiares cercanos sobre el contenido de este documento y que estos guarden una copia del mismo para evitar conflictos cuando llegue el momento de cumplir su voluntad. También es muy recomendable que el otorgante informe a su médico de la existencia de este documento y le dé una copia del mismo.

- 8) El otorgante debe asegurarse de llenar debidamente todos los datos sobre el nombre, documento de identificación, domicilio y teléfono de sus representantes, así como el lugar y fecha en que se firma el documento. Debe anotar el nombre y documento de identificación de los testigos y recopilar la firma de sus representantes y testigos, junto con la suya.
- 9) En caso de que el otorgante quiera incluir la opción de revocar esta declaración de forma escrita, al final del documento se sugiere un apartado con tal propósito. Será conveniente que incluya, además de sus datos y firma, el nombre, identificación y firma de un testigo.