

## **RESUMEN DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL**

Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, 04 de abril de 2008, vigente a partir del día siguiente.

Tiene por objeto regular la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal en Instituciones Públicas y Privadas de Salud.

Las siguientes, son las principales definiciones del Reglamento:

- **Comité Hospitalario de Ética Médica:** Es el grupo consultor interdisciplinario que se ocupa de verificar, avalar y hacer recomendaciones sobre el diagnóstico del enfermo en etapa terminal y la aplicación de la Voluntad Anticipada;
- **Diagnóstico médico del enfermo en etapa terminal:** Es el documento suscrito por el médico tratante, avalado por el Director de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud y autorizado por el Comité Hospitalario de Ética Médica, previo análisis de la información contenida en el expediente clínico, el cuál deberá ser firmado autógrafamente por los mismos;
- **Documento de Voluntad Anticipada:** Es el Documento Público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica;
- **Formato de Voluntad Anticipada:** Es el Formato oficial emitido por la Secretaría en el que cualquier enfermo en etapa terminal o suscriptor, manifiesta ante el personal de salud de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud, la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica;
- **Información al Enfermo:** Es aquella que proporciona el médico tratante o personal de salud de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud, al enfermo en etapa terminal o suscriptor del Documento o Formato de Voluntad Anticipada, de manera veraz, completa y comprensible, sobre el diagnóstico, pronóstico y plan de manejo;
- **Representante:** Es la persona designada por el enfermo en etapa terminal o suscriptor para la revisión y confirmación de las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, la verificación del cumplimiento exacto e inequívoco de lo establecido en el mismo, la validez, la integración y notificación de los cambios que realicen los mismos;
- **Resumen Clínico:** Es el documento elaborado por el médico tratante de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica del enfermo en etapa terminal, contenidos en el expediente clínico;
- **Suscriptor:** Es la persona autorizada por la Ley, que suscribe el Formato de Voluntad Anticipada, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad; sea menor de edad o incapaz legalmente declarado.

La Ley establece que en caso de que algún enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad, alguna de las siguientes personas en el orden establecido, podrá suscribir la Voluntad Anticipada: I. El o la cónyuge; II. El concubinario o la concubina; o el o la conviviente. III. Los hijos mayores de edad consanguíneos o adoptados; IV. Los padres o adoptantes; V. Los nietos mayores de edad; y VI. Los hermanos mayores de edad o emancipados.

La expresión de la Voluntad Anticipada tiene como consecuencia:

- No someter al enfermo en etapa terminal a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida, protegiendo en todo momento su dignidad;
- Cumplir con lo establecido en el plan de manejo médico respecto a cuidados paliativos y en su caso sedación controlada; y
- Dar asistencia psicológica o tanatológica al paciente y sus familiares.

**El Formato de Voluntad Anticipada**, suscrito ante personal de salud de las instituciones públicas o privadas de salud, **debe ser entregado a la Coordinación Especializada en un plazo no mayor a cuarenta y ocho horas (quien a su vez deberá notificarlo al Ministerio Público dentro de las 72 horas siguientes)**; anexando copia de identificación oficial del enfermo o suscriptor y/o representante y de los testigos, resumen clínico, diagnóstico médico del enfermo en etapa terminal con firma autógrafa y formato emitido por el Centro Nacional de Trasplantes o Centro Local, cuando la voluntad del enfermo en etapa terminal o suscriptor sea la de donar órganos. La Coordinación contará con un plazo de dos días hábiles para notificar sobre la existencia de algún otro documento de Voluntad Anticipada.

Si hubiere controversia, objeción institucional médica o familiar sobre la validez o contenido del Documento o Formato de Voluntad Anticipada, se suspenderá su cumplimiento hasta que algún Juez o autoridad competente resuelva.

El personal de salud debe guardar confidencialidad y reserva respecto a las disposiciones de la Voluntad Anticipada, así como de la información que obtengan por motivo de su cumplimiento.

**Los Directivos de los establecimientos públicos y privados nombrarán un responsable encargado de recabar los documentos y datos del enfermo en etapa terminal o en su caso, de la persona que lo represente legalmente, para: i) llenar el Formato de Voluntad Anticipada sin abreviaturas, tachaduras o enmendaduras, ii) verificar la identidad del enfermo en etapa terminal y en su caso del suscriptor, iii) solicitar que exprese de modo claro su voluntad, iv) leer en voz alta al contenido del Formato para que el enfermo o el suscriptor confirme su voluntad se encuentra en los términos y condiciones manifestadas y iv) recabar las firmas del enfermo o el suscriptor y/o representante y los testigos.**

Con el Formato de Voluntad Anticipada, se hace constar que:

1. El paciente fue diagnosticado médicamente en etapa terminal;
2. El enfermo en etapa terminal o el representante, fueron informados por el médico tratante del diagnóstico;
3. Que el enfermo en etapa terminal o en su caso el suscriptor, manifiesta de manera libre y consciente su voluntad para :
  - a) no ser sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios encaminados a prolongar su vida
  - b) aceptar o no donar, órganos y tejidos

Los Documentos que deberán de acompañar al Formato de Voluntad Anticipada son:

1. Copia de identificación oficial de los participantes;
2. Copia de su resumen clínico;
3. Copia, con firma autógrafa, del diagnóstico médico del enfermo en etapa terminal; y

4. Copia del formato emitido por el Centro Nacional de Trasplantes o Centro Local, cuando la voluntad del enfermo en etapa terminal o suscriptor sea la de donar órganos, en su caso.

Podrán suscribir el Formato cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad y será obligación del personal de salud de las Unidades Médicas Hospitalarias e Instituciones Privadas de Salud asentar la información en el Formato de Voluntad Anticipada, atendiendo al siguiente orden de prelación:

1. El o la cónyuge;
2. El concubinario o la concubina; o el o la conviviente.
3. Los hijos mayores de edad consanguíneos o adoptados;
4. Los padres o adoptantes;
5. Los nietos mayores de edad; y
6. Los hermanos mayores de edad o emancipados.

Podrán suscribir el Formato, cuando el enfermo en etapa terminal sea menor de edad o incapaz legalmente declarado, y será responsabilidad del personal de salud de las Unidades Médicas Hospitalarias e Instituciones Privadas de Salud asentar la información en el Formato de Voluntad Anticipada, atendiendo al siguiente orden de prelación:

1. Los padres o adoptantes;
2. Los familiares o personas que ejerzan la patria potestad del menor; o,
3. Los hermanos mayores de edad o emancipados.

El representante designado en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, una vez que sea notificado respecto al diagnóstico terminal del enfermo, es quien solicita al médico tratante o, en su caso, a los Directivos del establecimiento público o privado, para que den inicio al procedimiento de cumplimiento de la Voluntad Anticipada.

El enfermo en etapa terminal o suscriptor podrán hacer cambios en las disposiciones de Voluntad Anticipada, debiendo notificarlos, de inmediato y por escrito al Directivo o responsable del Establecimiento de Salud.

El médico tratante con base en el expediente clínico tendrá la obligación de informar de forma veraz, completa y comprensible al paciente y/o representante, las acciones y procedimientos médicos realizados, previos al diagnóstico de enfermo en etapa terminal; y una vez diagnosticado, informar el plan de manejo médico tendiente al exacto cumplimiento de la Voluntad Anticipada.

El Formato de Voluntad Anticipada no podrá ser suscrito cuando: **i)** se realice bajo amenazas contra el enfermo en etapa terminal o suscriptor; **ii)** se realice con el ánimo de obtener un beneficio o provecho del enfermo en etapa terminal; **iii)** no esté expresada claramente la voluntad del enfermo o suscriptor.

**El personal de salud de los establecimientos públicos y privados de salud y los Comités Hospitalarios de Ética Médica, tendrán las siguientes obligaciones:**

- I. Emitir, suscribir y confirmar el diagnóstico del enfermo en etapa terminal;**
- II. Validar ante la Coordinación Especializada la existencia del Documento o Formato de Voluntad Anticipada;**
- III. Comenzar el manejo médico multidisciplinario del enfermo en etapa terminal;**

**IV. Brindar apoyo para otorgar los cuidados y medidas necesarias para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada.**

El médico tratante registrará en el expediente clínico del enfermo en etapa terminal el plan de manejo médico conforme a las notas de evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, resultados de estudios, indicaciones médicas y acciones realizadas para el cumplimiento de la Voluntad Anticipada.

Si existe la voluntad de donación de órganos y tejidos, la Coordinación Especializada informará a los Centros Nacional o Local de Trasplantes, para los efectos a que haya lugar.



## FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

FORMATO NÚMERO CEVA/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Unidad Médica Hospitalaria	
Nombre:	_____
Domicilio:	_____
Área de atención:	_____

Datos del enfermo en etapa terminal					
Nombre:	_____			No. de Expediente:	_____
Domicilio:	_____				
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Identificación: _____	Folio:	_____
Nacionalidad: _____	Ocupación: _____	Teléfono:	_____		
Dx. Terminal:	_____				

El que suscribe, por mi propio derecho y con plena capacidad de ejercicio, manifiesto que se me ha explicado la enfermedad que padezco, la cual ha sido médicamente diagnosticada como terminal de conformidad con lo establecido en el artículo 3, fracción VI, de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal; y artículo 2, fracción III, del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal por lo que actuando de manera libre de coacción, consiente, seria, inequívoca, y reiterada **expreso mi decisión para no ser sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios, encaminados a prolongar mi vida, protegiendo en todo momento mi dignidad.**

<b>Manifestación para Donación de Órganos</b>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Con fundamento en el artículo 8, fracción IV, de la Ley de Voluntad Anticipada.
---	----	--------------------------	----	--------------------------	---

Designo como mi representante, para la verificación del cumplimiento exacto de lo antes dispuesto a:

Datos del Representante			
Nombre:	_____		
Domicilio:	_____		
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Identificación: _____
			Teléfono: _____



## FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

			Folio:
Nacionalidad:		Ocupación:	

Designo como testigos, que concurrieron a la celebración del presente acto y verificaron que mi voluntad fue manifestada a:

Datos de los Testigos			
Nombre:		Nombre:	
Domicilio:		Domicilio:	
Teléfono:	Edad:	Teléfono:	Edad:
Sexo:	Estado Civil:	Sexo:	Estado Civil:
Identificación:	Folio:	Identificación:	Folio:
Nacionalidad:		Nacionalidad:	
Ocupación:		Ocupación:	

Observaciones
Observaciones: _____
_____
_____
_____

La aplicación de las disposiciones establecidas en el presente Formato exime de responsabilidad, sea de naturaleza civil, penal o administrativa, a quien interviene en su realización, si actúa en concordancia con las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, su Reglamento y demás legislación aplicable.

En México, Distrito Federal, siendo las \_\_\_ horas, con \_\_\_ minutos, del día \_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
TESTIGO



## FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL SUSCRIPTOR Y REPRESENTANTE DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

FORMATO NÚMERO CEVA/\_\_\_\_\_/20\_\_

Unidad Médica Hospitalaria	
Nombre:	_____
Domicilio:	_____
Área de atención:	_____

Datos del enfermo en etapa terminal					
Nombre:	_____			No. de Expediente:	_____
Domicilio: _____					
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Identificación: _____		
			Folio: _____		
Nacionalidad: _____		Ocupación: _____		Teléfono: _____	
Dx. Terminal: _____					

Datos del Suscriptor y Representante			
(Cuando el enfermo se encuentre impedido para manifestar su voluntad, sea menor de edad, o incapaz legalmente declarado, según lo establecido en el artículo 7, fracciones III y IV, 19 y 20 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal)			
Nombre: _____			
Domicilio: _____			
			Teléfono: _____
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Identificación: _____
			Folio: _____
Nacionalidad: _____		Ocupación: _____	Parentesco: _____

El que actúa en calidad de suscriptor y representante con plena capacidad de ejercicio, manifiesto que se me ha explicado la enfermedad que padece por quien suscribo, la cual ha sido médicamente diagnosticada como terminal de conformidad con lo establecido en los artículos 3, fracción VI, de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal; y artículo 2, fracción III, del Reglamento para la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal por lo que actuando de manera libre de coacción, consciente, seria, inequívoca y reiterada expreso la decisión de que no sea sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios, encaminados a prolongar su vida, protegiendo así en todo momento su dignidad.

<b>Manifestación para Donación de Órganos</b>	sí		no	*Con fundamento en el artículo 8, fracción IV, de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.
---	----	--	----	---



## FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL SUScriptor Y REPRESENTANTE DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

Nombro como testigos, que concurrieron al acto y verificaron que mi voluntad fue manifestada a:

Datos de los Testigos			
Nombre:		Nombre:	
Domicilio:		Domicilio:	
Teléfono:	Edad:	Teléfono:	Edad:
Sexo:	Estado Civil:	Sexo:	Estado Civil:
Identificación:	Folio:	Identificación:	Folio:
Nacionalidad:		Nacionalidad:	
Ocupación:		Ocupación:	

Observaciones.

La aplicación de las disposiciones establecidas en el presente Formato exime de responsabilidad, sea de naturaleza civil, penal o administrativa, a quien interviene en su realización, si actúa en concordancia con las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, se Reglamento y demás legislación aplicable.

En México, Distrito Federal, siendo las \_\_\_ horas, con \_\_\_ minutos, del día \_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
SUScriptor Y REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
TESTIGO