

Voluntades anticipadas en Geriátría. Propuesta de algoritmo de manejo

Advance Directives in Geriatrics:
Proposed Management Algorithm

Eduardo Daniel Anica-Malagón^{1a}, Yareni Natividad Salgado-Abrego^{2b}, David de Jesús Scherling-Hernández^{1c}

Resumen

Este trabajo integra un artículo de revisión y la propuesta de un modelo operativo para la implementación de voluntades anticipadas en adultos mayores con enfermedades en fase terminal o agónica, dentro del servicio de Geriátría, como una estrategia ética y clínica orientada a promover la autonomía al final de la vida.

A través de una revisión normativa, bioética y epidemiológica, así como del análisis de barreras institucionales, desarrollamos un algoritmo que abarca la identificación de candidatos, la provisión de información al paciente y sus familiares, la obtención del consentimiento informado, la formalización del documento, su registro y el seguimiento correspondiente.

La metodología se fundamentó en la integración de evidencia nacional e internacional, la experiencia clínica del equipo y la legislación vigente en México. Nuestra propuesta tiene como objetivo fomentar la toma de decisiones anticipadas de manera compartida, reducir intervenciones fútiles y humanizar el proceso de morir.

Concluimos que la institucionalización de protocolos claros respecto a las voluntades anticipadas mejora la calidad de los cuidados paliativos, facilita la planificación anticipada, disminuye los conflictos familiares y fortalece el respeto a la dignidad de la persona mayor.

“Así como la vida te recibe con un abrazo, con otro debería despedirte.”

Abstract

This work encompasses both a review article and the proposal of an operational model for the implementation of advance directives in older adults with terminal or end-stage illnesses within the Geriatrics Department, conceived as an ethical and clinical strategy aimed at promoting autonomy at the end of life.

Through a comprehensive regulatory, bioethical, and epidemiological review, as well as an analysis of institutional barriers, we developed an algorithm that includes candidate identification, provision of information to patients and their families, obtaining informed consent, formalization of the document, registration, and ongoing follow-up.

The methodology was grounded in the integration of national and international evidence, the clinical experience of the team, and current Mexican legislation. Our proposal seeks to foster shared anticipatory decision-making, reduce futile interventions, and humanize the dying process.

We conclude that the institutionalization of clear protocols regarding advance directives enhances the quality of palliative care, facilitates proactive planning, decreases family conflicts, and strengthens respect for the dignity of older adults.

“Just as life welcomes you with an embrace, so too should it bid you farewell.”

¹Secretaría de Salud, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, Servicio de Geriátría. Ciudad de México, México

²Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Ciudad de México, México

ORCID: 0000-0002-2850-9445^a, 0009-0008-7040-1113^b, 0009-0004-8215-6486^c

Palabras clave

Geriátría
Cuidados Paliativos
Autonomía Personal
Toma de Decisiones
Voluntades Anticipadas

Keywords

Geriatrics
Palliative Care
Personal Autonomy
Decision Making
Advance Directives

Fecha de recibido: 07/07/2025

Fecha de aceptado: 06/08/2025

Comunicación con:

Eduardo Daniel Anica Malagón
✉ anicamalagon@gmail.com
☎ 55 2789 2000, extensión 1059

Cómo citar este artículo: Anica-Malagón ED, Salgado-Abrego YN, Scherling-Hernández DJ. Voluntades anticipadas en Geriátría. Propuesta de algoritmo de manejo. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2025;63(6):e6721. doi: 10.5281/zenodo.17342365

Introducción

El envejecimiento poblacional, junto con el aumento sostenido de enfermedades crónicas, multimorbilidad y fragilidad, ha configurado un nuevo escenario clínico y ético para los equipos de salud. Frente a estas transiciones, surge la necesidad impostergable de promover estrategias que respeten la autonomía de los adultos mayores, especialmente de aquellos con enfermedades en fase terminal o agónica. En este contexto, la planificación anticipada de cuidados, y en particular, las voluntades anticipadas, se consolidan como herramientas clave para garantizar una atención centrada en la persona, congruente con sus valores, deseos y circunstancias vitales.

Como equipo clínico comprometido con el desarrollo de una atención geriátrica y paliativa de calidad, reconocemos la relevancia de institucionalizar procesos que permitan operacionalizar el derecho a decidir sobre el propio cuidado, incluso en ausencia de capacidad plena. Las voluntades anticipadas, lejos de ser un simple documento administrativo, representan un acto clínico, ético y legal que fortalece la relación médico-paciente, reduce intervenciones fútiles y permite humanizar el proceso de morir.

Sin embargo, la práctica clínica cotidiana nos ha mostrado que, a pesar del marco normativo vigente en México y de los beneficios documentados en la literatura internacional, la formalización de voluntades anticipadas sigue siendo limitada. Persisten barreras estructurales, formativas y culturales que dificultan su aplicación sistemática en los servicios hospitalarios. Esta situación es particularmente crítica en pacientes geriátricos con enfermedades en fases avanzadas, donde la ventana de oportunidad para ejercer la autonomía suele ser breve y requiere de equipos capacitados, protocolos claros y voluntad institucional.

En respuesta a esta necesidad, nuestro equipo ha desarrollado un algoritmo de manejo para la implementación de voluntades anticipadas en el servicio de Geriátrica, adaptado al marco legal federal vigente y basado en principios bioéticos, evidencia científica y experiencia clínica. Este protocolo busca facilitar la identificación de candidatos, orientar el proceso de toma de decisiones compartidas, estandarizar la documentación y fortalecer la cultura institucional del respeto a la autonomía y la dignidad al final de la vida.

Con esta propuesta, aspiramos a contribuir a la construcción de un modelo de atención geriátrica que no solo trate enfermedades, sino que reconozca a la persona en su integridad, promueva el diálogo sobre el final de la vida y garantice el derecho a morir con dignidad, sin dolor evitable y sin intervenciones médicamente innecesarias.

1. Cuidados paliativos en Geriátrica

El envejecimiento poblacional ha transformado profundamente la última etapa de la vida, caracterizándose por trayectorias prolongadas de enfermedades crónicas, fragilidad, deterioro funcional y deterioro cognitivo. En este contexto, la convergencia de la Geriátrica y los cuidados paliativos no solo es deseable, sino indispensable. La atención geriátrica paliativa (AGP) se concibe como una colaboración interespecializada que busca mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades avanzadas y condiciones que limitan la vida.¹

Ambas disciplinas comparten una base antropológica y ética que reconoce la complejidad biopsicosocial del paciente geriátrico. Mientras la geriatría se enfoca en la funcionalidad, autonomía y participación social, los cuidados paliativos buscan aliviar el sufrimiento en todas sus dimensiones, incluyendo el control de síntomas, el apoyo espiritual y el acompañamiento al final de la vida.¹ Esta sinergia se hace aún más relevante ante la evidencia de que la mayoría de los adultos mayores fallecen por enfermedades crónicas no oncológicas, muchas veces sin acceso a una atención centrada en la persona ni a decisiones compartidas sobre su proceso de morir.²

Uno de los pilares fundamentales de esta integración es la evaluación geriátrica integral (EGI), que permite identificar síndromes geriátricos, necesidades no satisfechas y capacidades preservadas, lo cual es esencial para planificar cuidados proporcionales y centrados en los valores del paciente.³ La EGI, aplicada por equipos multidisciplinarios, mejora la calidad de vida, la tolerancia a tratamientos, la satisfacción del paciente y la planificación anticipada de cuidados.³

En este contexto, las voluntades anticipadas cobran un rol estratégico. Alrededor del 70% de los adultos mayores en fases terminales carecen de capacidad plena de decisión al momento de tomar decisiones críticas de salud, lo que resalta la urgencia de implementar programas efectivos de planificación anticipada de cuidados.¹ Las directrices anticipadas, lejos de ser documentos burocráticos, representan herramientas éticas y clínicas que permiten alinear los cuidados al deseo del paciente, evitar intervenciones fútiles y reducir el sufrimiento al final de la vida.²

Asimismo, se ha demostrado que la inclusión temprana de cuidados paliativos en la atención hospitalaria de adultos mayores, especialmente mediante discusiones de metas terapéuticas, se asocia con una menor tasa de reingresos hospitalarios y una mayor probabilidad de egreso a cuidados paliativos o instituciones de atención prolongada.² Esta evidencia subraya la importancia de estructurar modelos de

atención que incluyan la toma de decisiones anticipadas desde fases tempranas de hospitalización.

No obstante, el desarrollo de la atención geriátrica paliativa enfrenta múltiples desafíos, entre ellos: la fragmentación del sistema de salud, la escasa formación interprofesional, la subrepresentación de adultos mayores frágiles en la investigación clínica y las barreras culturales que dificultan el diálogo sobre el final de la vida.¹ Superar estos desafíos requiere una estrategia coordinada que contemple desde la educación profesional continua hasta políticas de salud que promuevan modelos de atención centrados en el paciente y sus cuidadores.

2. La relevancia de las voluntades anticipadas en los cuidados paliativos

En el ámbito de los cuidados paliativos, las voluntades anticipadas adquieren una relevancia particular, ya que permiten al paciente delinear sus preferencias respecto a intervenciones médicas, asegurando que las decisiones tomadas estén alineadas con sus valores y deseos, incluso cuando no pueda expresarlos directamente.

La historia de las voluntades anticipadas, desde un enfoque médico, refleja cómo la medicina y la ética han evolucionado en respuesta a los avances tecnológicos y los cambios sociales. Originalmente, surgieron como una reacción ante la capacidad tecnológica de prolongar la vida más allá de lo que muchos pacientes desearían, especialmente en estados de salud gravemente comprometidos o terminales.

La historia de las voluntades anticipadas constituye un tema fundamental en la bioética y en la práctica médica, particularmente en la toma de decisiones al final de la vida. El concepto fue introducido formalmente en el ámbito legal y médico por Louis Kutner en 1969, a través de su artículo "*Due Process of Euthanasia: The Living Will, a Proposal*", publicado en el *Indiana Law Journal*. Kutner propuso el "*testamento en vida*" como un mecanismo para que los pacientes pudieran expresar sus deseos respecto al tratamiento médico en situaciones en las que no pudieran comunicarse debido a enfermedades terminales o condiciones incapacitantes.⁴

A nivel internacional, las voluntades anticipadas han evolucionado considerablemente desde la propuesta de Kutner. En Estados Unidos, la implementación de estas directrices recibió un impulso significativo con la promulgación de la *Patient Self-Determination Act* en 1991, la cual requería a las instituciones de salud informar a los pacientes sobre su derecho a formular voluntades anticipadas al recibir aten-

ción médica financiada por el gobierno. Larson y Eaton, en su artículo "*The Limits of Advance Directives: A History and Assessment of the Patient Self-Determination Act*", discuten tanto los avances como los límites de esta legislación, señalando que, aunque incrementó la conciencia sobre las voluntades anticipadas, no necesariamente mejoró la calidad de la toma de decisiones al final de la vida.^{4,5}

En México, la legislación sobre voluntades anticipadas tomó forma con la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, promulgada el 7 de enero de 2008. Esta ley permite a cualquier persona mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales documentar sus preferencias respecto al tratamiento médico para el caso de que, en el futuro, se encuentre incapacitada para expresarlas. Esta legislación marcó un precedente importante y propició la creación de normativas similares en otras entidades federativas.⁶

A lo largo del tiempo, tanto la teoría como la práctica en torno a las voluntades anticipadas han continuado evolucionando. Según M. Sauler (2012), en "*The Past, Present, and Future of Advance Directives as a Guide to End-of-Life Decision Making*", estas no deben entenderse únicamente como documentos legales, sino como parte de un proceso continuo de comunicación entre pacientes, familiares y profesionales de la salud sobre las preferencias de atención médica al final de la vida. Este enfoque favorece la toma de decisiones médicas alineadas con los valores individuales del paciente.⁷

Por su parte, el *Online Journal of Issues in Nursing*, en su artículo "*Nurses in the Know: The History and Future of Advance Directives*", destaca el papel crucial del personal de enfermería en la implementación de las voluntades anticipadas. Se enfatiza la necesidad de que los profesionales de enfermería estén bien informados y capacitados para acompañar a los pacientes en la formulación de estas directrices, asegurando su respeto e implementación conforme a los deseos del paciente.⁸

En México, la voluntad anticipada se encuentra respaldada por un marco normativo y jurídico que permite a los individuos establecer directrices sobre su atención médica futura, en situaciones donde ya no puedan expresar su voluntad. Este marco busca respetar la autonomía del paciente y su derecho a decidir sobre tratamientos médicos al final de la vida.

Entre la legislación relevante, destaca la Ley General de Salud, que en sus artículos 166 Bis 1 al 166 Bis 21 regula los cuidados paliativos y las voluntades anticipadas. En ellos se define este derecho como la facultad de cualquier persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, de expresar su consentimiento o rechazo a tratamientos

médicos futuros, en caso de que llegue un momento en que no pueda tomar decisiones por sí misma.⁹

Esta legislación concibe la voluntad anticipada como un instrumento fundamental que no pretende alterar la duración de la vida, sino que respeta el curso natural de la muerte. Bajo este enfoque, se promueve la provisión de cuidados paliativos centrados en el acompañamiento integral del paciente, evitando intervenciones médicamente innecesarias o desproporcionadas.¹⁰

A nivel estatal, diversas entidades federativas en México han desarrollado sus propias leyes y reglamentos para regular las directrices anticipadas, adecuándolas a sus necesidades y contextos locales. La Ciudad de México fue pionera en este ámbito con la promulgación de su ley en 2008.¹¹ Hasta la fecha, las entidades que cuentan con regulación sobre voluntades anticipadas incluyen: Ciudad de México, Coahuila, Aguascalientes, San Luis Potosí, Michoacán, Hidalgo, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Estado de México, Colima, Oaxaca, Puebla (promulgada en julio de 2024), Yucatán y Tlaxcala.¹²

Es importante enfatizar que la voluntad anticipada no es equivalente a la eutanasia. La voluntad anticipada regula y favorece a la ortotanasia; considerada como la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable o en fase terminal; y no a la eutanasia o acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente.¹²

En México, la eutanasia es ilegal y está regulada por el Código Penal Federal. Aunque no existe una tipificación específica del término “eutanasia”, esta se considera un homicidio, regulado por el artículo 312, que establece:

“El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si llegare a prestarlo hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la pena será de cuatro a doce años de prisión.”¹³

Adicionalmente, el artículo 166 Bis 21 de la Ley General de Salud refuerza esta prohibición, señalando:

“Queda prohibida la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido, conforme lo señala el Código Penal Federal, bajo el amparo de esta ley. En tal caso, se estará a lo que señalan las disposiciones penales aplicables.”¹⁴

Este artículo fue adicionado en el año 2009 como parte de los esfuerzos para establecer límites éticos y legales claros en torno a la atención médica al final de la vida.

2.1. Modalidades de voluntades anticipadas

Para poder ejercer la voluntad anticipada existen dos modalidades: 1. Mediante el formato que se firma en las instituciones de salud, sin importar si son públicas o privadas, contando con un diagnóstico de enfermedad terminal, y 2. Por medio del documento que se firma en notarías de las entidades federativas que cuentan con Ley de Voluntades Anticipadas, sin la necesidad de contar con un diagnóstico de enfermedad terminal. En ambos casos, el paciente o familiar debe estar en pleno y cabal uso de sus facultades mentales, libre de cualquier presión y poder manifestar su deseo sin ninguna duda. Durante la realización de las voluntades anticipadas, se debe nombrar un representante (ejecutor) que vigilará su cumplimiento y se señala la intención respecto a la donación o no de órganos.

Entre los requisitos para llevar a cabo el formato de voluntad anticipada en hospitales están: 1. Ser adultos o menores de edad con alguna enfermedad amenazante o limitante para la vida, diagnosticada por su médico tratante; 2. Contar con identificación oficial vigente (INE, cédula profesional con fotografía, cartilla de servicio militar, pasaporte); en caso de ser menor de edad, deberán presentar acta de nacimiento, CURP o credencial escolar con RVOE; 3. Resumen clínico de la institución médica donde el paciente esté recibiendo la atención, y 4. Contar con un representante y dos testigos con identificaciones oficiales vigentes.¹⁴

En el caso de la Ciudad de México, entre 2008 y 2022, como ejemplo de entidad federativa que utiliza las voluntades anticipadas como herramienta esencial de los cuidados paliativos en sus instituciones de salud públicas y privadas, se reportan los siguientes datos:

En el aspecto de distribución por sexo, en el periodo analizado se registraron un total de 6,747 suscriptores. De estos, el 54% fueron mujeres (3,672 suscripciones) y el 46 % hombres (3,075 suscripciones). Esto indica que las mujeres han mostrado una mayor participación en la suscripción de voluntades anticipadas en comparación con los hombres.

En cuanto al rango de edad de los suscriptores, la distribución muestra que la mayoría pertenecen a grupos etarios mayores. El análisis destaca que los grupos de edad de 70 a 79 años y de 60 a 69 años concentran el mayor porcentaje de suscriptores. Los grupos de menores de 50 años tienen una participación significativamente menor, lo que sugiere que el interés por suscribir voluntades anticipadas aumenta con la edad.

Respecto al tipo de formato utilizado, el 77 % de los suscriptores optaron por el formato de “Representante” (5,173

personas), mientras que el 19 % utilizaron el formato de “Paciente” (1,325 personas). Solo un 4% utilizó otro tipo de formato. Esto refleja que la mayoría prefiere delegar la toma de decisiones a un representante en caso de que ellos no puedan hacerlo.

Para la distribución por diagnóstico, el 57 % de los suscriptores fueron personas con condiciones no oncológicas, mientras que el 43 % fueron pacientes con enfermedades oncológicas. Esto refleja una alta participación de personas con enfermedades crónicas no malignas que también buscan asegurar el respeto a su autonomía al final de la vida.¹⁴

Este ejemplo de la Ciudad de México en la aplicación del formato de voluntad anticipada nos ayuda a resaltar que las voluntades anticipadas han sido adoptadas principalmente por mujeres, personas mayores y quienes prefieren delegar las decisiones a representantes. Además, existe una participación significativa de pacientes con diagnósticos no oncológicos, lo que sugiere una creciente conciencia sobre la necesidad de planear decisiones médicas al final de la vida, independientemente del tipo de diagnóstico.

3. La relevancia de las voluntades anticipadas en los adultos mayores al final de la vida

En el marco del envejecimiento poblacional y el aumento sostenido de enfermedades crónicas y multimorbilidad, las voluntades anticipadas emergen como una herramienta fundamental para la toma de decisiones centrada en la persona al final de la vida. Su relevancia se acentúa en la población geriátrica, donde la pérdida progresiva de la capacidad funcional y cognitiva conlleva un mayor riesgo de incapacidad para expresar preferencias en momentos críticos de atención médica.¹⁵

Las voluntades anticipadas forman parte integral de la planificación anticipada de cuidados, un proceso continuo de comunicación entre el paciente, su familia y el equipo de salud, destinado a esclarecer valores, metas de atención y preferencias terapéuticas ante futuros escenarios de incapacidad. En adultos mayores hospitalizados, este proceso adquiere especial importancia debido a la alta carga de síntomas, la coexistencia de fragilidad, demencia, comorbilidades complejas y la frecuente exposición a transiciones entre niveles asistenciales.¹⁶

En muchos casos, los adultos mayores presentan enfermedades no oncológicas con trayectorias de declive prolongado, impredecible y clínicamente incierto, lo que dificulta la identificación del momento óptimo para implementar decisiones de limitación de tratamientos fútiles. En este sentido,

las voluntades anticipadas permiten establecer directrices claras que respeten la autonomía del paciente, reduzcan la carga moral del cuidador y orienten al equipo clínico hacia un cuidado proporcional y éticamente fundamentado.^{15,16}

Sin embargo, la evidencia revela que este recurso se encuentra subutilizado. Muchos pacientes geriátricos no cuentan con documentos de voluntad anticipada al momento de su ingreso hospitalario o no han sostenido conversaciones previas con sus familiares o médicos sobre sus deseos en torno al final de la vida.¹⁶ Esta omisión se traduce, frecuentemente, en decisiones improvisadas, intervenciones agresivas desalineadas con los valores del paciente y mayor sufrimiento al final de la vida.

La inclusión sistemática de la planificación anticipada de cuidados desde fases tempranas de la atención geriátrica y la promoción de voluntades anticipadas como práctica habitual en consultas ambulatorias, hospitalización y centros de cuidados prolongados constituyen medidas clave para garantizar una atención congruente con los valores del adulto mayor. Además, al considerar el contexto familiar, sociocultural y religioso del paciente, las voluntades anticipadas pueden facilitar el respeto a la diversidad y promover una muerte digna, evitando intervenciones invasivas no deseadas.¹⁶

4. Impacto y efectividad de las voluntades anticipadas en el adulto mayor en fase terminal

Las voluntades anticipadas (VA) constituyen un instrumento fundamental en la atención geriátrica, especialmente al final de la vida. Permiten a la persona expresar de manera anticipada y formal sus deseos respecto a tratamientos médicos cuando ya no se encuentra en capacidad de decidir por sí misma. Este derecho, basado en el principio bioético de la autonomía, adquiere especial relevancia en el contexto del envejecimiento, donde la progresiva pérdida de funciones cognitivas o físicas puede comprometer la capacidad de decisión.¹⁷

Diversos estudios coinciden en que la implementación de las VA mejora la calidad de la atención al final de la vida, incrementa la satisfacción de los pacientes y reduce el estrés emocional de las familias. Además, su uso favorece el respeto a los valores personales y evita intervenciones médicas fútiles, lo que resulta particularmente importante en adultos mayores con enfermedades avanzadas o en fase terminal.¹⁸

Pese a su relevancia, la efectividad de las VA en adultos mayores se ve limitada por diversos factores. A nivel internacional, la prevalencia de documentos formalizados sigue

siendo baja, incluso en poblaciones altamente sensibilizadas, como la geriátrica. En el estudio de Gomes *et al.*, solo el 20% de los participantes (entre acompañantes de pacientes, profesores y estudiantes de medicina) conocía el concepto de directivas anticipadas, y menos de la mitad expresó intención de realizarlas incluso después de ser informados.¹⁹ Esta baja apropiación se debe a barreras como la falta de información, el temor a hablar de la muerte y la preferencia por delegar las decisiones a la familia o al equipo médico.²⁰

Los estudios también han demostrado que el entorno cultural y familiar influye considerablemente en la toma de decisiones anticipadas. En culturas como la taiwanesa o la brasileña, donde predominan valores como la armonía familiar y el respeto a la autoridad médica, los adultos mayores tienden a confiar en que sus familiares decidirán lo mejor para ellos, limitando así el alcance práctico de las VA.^{19,20}

Sin embargo, se ha documentado que los programas educativos e intervenciones estructuradas pueden aumentar significativamente la frecuencia de completamiento de las voluntades anticipadas. En un estudio realizado en hospitales del Reino Unido, la implementación de intervenciones estructuradas —como reuniones clínicas breves con listas de verificación— aumentó sustancialmente la documentación de voluntades anticipadas en pacientes hospitalizados mayores, pasando de niveles muy bajos a cifras considerablemente más altas.²¹

Asimismo, se ha demostrado que las consultas específicas de planificación anticipada realizadas por profesionales capacitados incrementan la tasa de completamiento de documentos de VA del 1% al 65-70% en diversos entornos clínicos, como atención primaria y oncología.²² Una investigación internacional tipo Delphi en cinco regiones asiáticas identificó elementos clave y recomendaciones para la implementación efectiva de la planificación anticipada, destacando la necesidad de adaptabilidad cultural, continuidad comunicacional e involucramiento activo del equipo sanitario.²³

Por otro lado, una intervención digital reciente denominada *PreCare* -basada en inteligencia artificial- demostró mejorar significativamente la exploración de valores personales, el conocimiento del paciente y la confianza en la toma de decisiones.²⁴

A pesar de estos esfuerzos, persiste un desfase entre el valor percibido de las voluntades anticipadas y su aplicación real. Diversos estudios recientes coinciden en que los documentos escritos, por sí solos, pueden ser insuficientes si no se complementan con conversaciones profundas y continuas con familiares y cuidadores. Las preferencias de los pacientes pueden cambiar con el tiempo y ante nuevas

circunstancias clínicas, por lo que se requiere un enfoque dinámico y centrado en la persona.²⁵

5. Antecedentes de frecuencia de las voluntades anticipadas en el adulto mayor en fase terminal en el mundo, América Latina y México

El envejecimiento poblacional global ha traído consigo una creciente atención sobre los procesos de toma de decisiones al final de la vida, particularmente en relación con las voluntades anticipadas. Estas directrices permiten a las personas expresar sus preferencias respecto a cuidados médicos futuros, especialmente cuando ya no son capaces de tomar decisiones por sí mismas. Sin embargo, a pesar de su importancia bioética y clínica, la adopción de las VA entre adultos mayores en fase terminal ha sido históricamente baja en distintas regiones del mundo.

5.1. Nivel mundial

En países desarrollados como Estados Unidos, Canadá, Alemania o Japón, se estima que entre el 10 y el 20% de la población general ha completado algún tipo de directiva anticipada, aunque la aceptación pública de estas herramientas oscila entre el 60 y el 90%.²⁶ En EE. UU., uno de cada tres adultos ha documentado sus voluntades anticipadas.²⁷

En Corea del Sur, donde se ha legislado desde 2018 el derecho a rechazar tratamientos al final de la vida, apenas una fracción de la población adulta mayor ha completado voluntades anticipadas.²⁸ Un estudio reciente, basado en una muestra nacional de 9,920 adultos mayores, reportó que factores como el nivel educativo, el estado de salud y la preparación ante la muerte influyen significativamente en su formalización.²⁸ A pesar del marco normativo, en siete de cada diez casos las decisiones sobre tratamientos de soporte vital siguen siendo tomadas por familiares, lo que refleja desafíos culturales y educativos.²⁹

5.2. América Latina

En el contexto latinoamericano, la frecuencia de uso de voluntades anticipadas sigue siendo baja. En Brasil, por ejemplo, solo el 20% de una muestra de cuidadores, profesores y estudiantes de medicina reportó tener conocimiento sobre este tipo de directivas. A pesar de que el 72 % de los pacientes terminales preferiría morir en casa recibiendo cuidados paliativos, únicamente el 40% expresó su intención de formalizar una voluntad anticipada, incluso después de recibir información al respecto.¹⁹

Estos datos reflejan una importante brecha entre las preferencias al final de la vida y su formalización documental. La escasa difusión del tema en la sociedad, junto con la limitada formación profesional, contribuyen a este fenómeno. Además, persisten barreras estructurales como la ausencia de sistemas accesibles para registrar las voluntades anticipadas o la falta de mecanismos legales sólidos para garantizar su respeto en los servicios de salud.

5.3. México

En México, la regulación sobre voluntades anticipadas inició formalmente con la publicación de la Ley de Voluntad Anticipada en la Ciudad de México en 2008. Sin embargo, su adopción ha sido lenta y desigual. La mayoría de los adultos mayores terminales no cuenta con un documento formal de voluntad anticipada, y los profesionales de la salud reportan un bajo nivel de familiaridad con la normativa aplicable.¹⁹

En el ámbito clínico, se ha observado que muchas decisiones son tomadas en contextos de urgencia, donde los familiares asumen el rol de portavoces sin documentación previa que respalde las decisiones del paciente.

El desconocimiento de los instrumentos legales disponibles, la persistente medicalización del final de la vida y la escasa promoción institucional de los cuidados paliativos han limitado la expansión de las VA. Sin embargo, algunas entidades federativas han comenzado a replicar el modelo legal de la capital, lo que podría traducirse en un incremento paulatino de su frecuencia y formalización.

6. Propuesta de algoritmo

A. Justificación

La implementación de un protocolo específico para la formalización de voluntades anticipadas en pacientes adultos mayores con diagnóstico de enfermedad en fase terminal o agónica, dentro del contexto del servicio de Geriátrica y Cuidados Paliativos, responde a necesidades clínicas, éticas, legales y humanísticas prioritarias en este grupo poblacional. A continuación, se expone una justificación estructurada:

1. *Respeto a la autonomía del adulto mayor*

La autonomía es un principio ético fundamental que reconoce el derecho del paciente a decidir sobre su aten-

ción médica. En el caso del adulto mayor con enfermedad avanzada, cuya capacidad para expresar sus deseos puede verse comprometida por deterioro cognitivo o funcional, contar con un protocolo de voluntades anticipadas permite que sus decisiones previamente expresadas sean respetadas, salvaguardando su dignidad y valores personales.

2. *Mejora de la calidad de la atención paliativa*

La identificación y documentación de los deseos del paciente respecto a intervenciones como reanimación cardiopulmonar, intubación, nutrición artificial o ingreso a unidades críticas, permite al equipo de salud alinear dichas intervenciones con el plan terapéutico paliativo. Esto favorece una atención centrada en la persona, orientada a la reducción del sufrimiento y a la prevención de medidas fútiles o desproporcionadas.

3. *Reducción de conflictos éticos y familiares*

En etapas terminales o agónicas, los conflictos entre familiares y personal de salud pueden intensificarse ante la incertidumbre sobre lo que el paciente hubiera deseado. El protocolo proporciona un marco claro y consensuado para la toma de decisiones, reduciendo ambigüedades, sufrimiento emocional y disputas al final de la vida.

4. *Facilitación de la planificación anticipada de cuidados*

Promover el diálogo anticipado sobre el final de la vida en pacientes geriátricos permite un proceso de reflexión compartido entre el paciente, su familia y el equipo médico. Este ejercicio contribuye a identificar objetivos realistas de cuidado, valorar los límites terapéuticos y establecer directrices claras que orienten la atención en momentos críticos.

5. *Cumplimiento de marcos legales y éticos nacionales*

En México, la Ley General de Salud reconoce el derecho de los pacientes a establecer directrices anticipadas. La aplicación sistemática de un protocolo de voluntades anticipadas asegura que el hospital cumpla con la normativa vigente, fortalezca su marco bioético institucional y contribuya a procesos de acreditación de calidad en los servicios de salud.

6. Apoyo emocional y decisional a los cuidadores y familiares

La toma de decisiones al final de la vida representa una carga emocional significativa para los familiares, especialmente en ausencia de directrices claras. Un protocolo bien implementado proporciona tranquilidad a los cuidadores, al saber que están cumpliendo la voluntad del paciente, promoviendo así un cierre más humano, respetuoso y menos traumático del proceso de vida.

En la figura 1 se presenta el algoritmo propuesto para la realización de voluntades anticipadas en el servicio de Geriatria.

dad en fase terminal o agónica, así como de sus familiares, en el contexto del servicio de Geriatria o Cuidados Paliativos. Este protocolo busca asegurar el respeto a la autonomía del paciente y a sus decisiones sobre tratamientos médicos futuros.

Alcance

Este protocolo aplica a todos los pacientes adultos mayores con enfermedad avanzada ingresados en áreas de hospitalización geriátrica, medicina interna o cuidados paliativos, así como a sus familiares y al personal sanitario involucrado en su atención.

C. Desarrollo del algoritmo de manejo

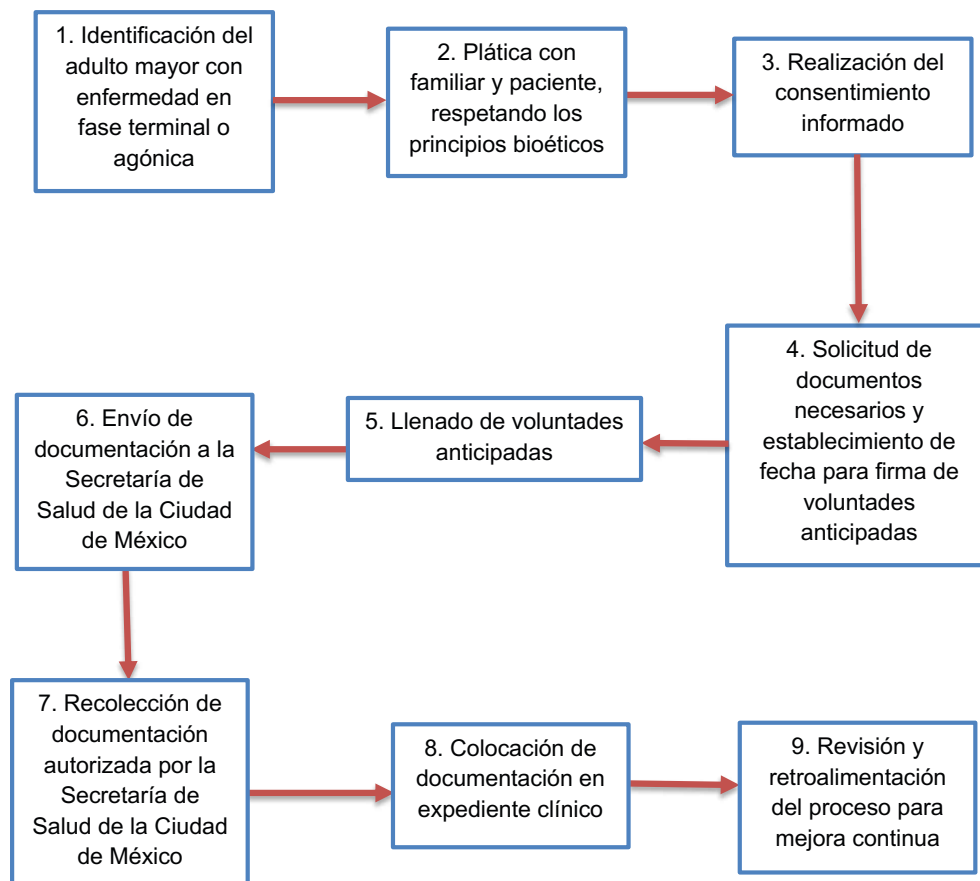
Objetivo

Establecer un procedimiento claro y sistemático para la gestión y formalización de voluntades anticipadas por parte de pacientes adultos mayores con diagnóstico de enferme-

Procedimiento

1. Identificación del adulto mayor con enfermedad en fase terminal o agónica El médico tratante, en conjunto con el equipo de Geriatria y/o Cuidados Paliativos, valora la situación clínica, cognitiva y funcional del paciente para determinar si es candidato para formalizar voluntades anticipadas. En casos complejos, se podrá solicitar inter-

Figura 1 Algoritmo de manejo para realización de voluntades anticipadas en el servicio de Geriatria



consulta al Comité de Bioética Hospitalaria o el apoyo de Trabajo Social y Psicología Clínica.

2. Plática con el paciente y/o familiares, respetando los principios bioéticos Se brinda información empática y clara sobre la naturaleza y valor de las voluntades anticipadas, adaptando los materiales educativos al nivel cognitivo y cultural del paciente y su núcleo familiar.
3. Realización del consentimiento informado Se asegura que el paciente o su representante legal comprenda completamente la información y otorgue un consentimiento libre y sin coacciones. Se documenta adecuadamente en el expediente clínico.
4. Solicitud de documentos necesarios y establecimiento de fecha para la firma de voluntades anticipadas Se recopilan los documentos requeridos y se agenda la fecha para la firma oficial, con el acompañamiento del equipo multidisciplinario (Trabajo Social, Psicología, Enfermería y asesoría jurídica o espiritual, si se requiere).
5. Llenado del formato de voluntades anticipadas Se completa el formato oficial de la Ciudad de México, conforme a la legislación vigente. Este debe ser firmado por el paciente o su representante legal, y por dos testigos no vinculados al equipo tratante. Se digitaliza la siguiente documentación:
 - Formato requisitado
 - Nota médica de terminalidad
 - Identificaciones oficiales del paciente, familiar y testigos
6. Envío de la documentación a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México La documentación digitalizada se envía al correo institucional: leydevoluntadanticipada@gmail.com para su registro y validación oficial.
7. Recepción de la documentación autorizada por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México En un plazo de 24 a 48 horas, se recibe respuesta con número de folio y sello oficial. Se imprime y valida el formato de registro.
8. Colocación de la documentación en el expediente clínico Se archiva la documentación oficial tanto en el expediente físico como en el digital del paciente, asegurando su disponibilidad para todo el personal tratante.
9. Revisión y retroalimentación del proceso para mejora continua Se implementan auditorías internas periódicas para evaluar la aplicación del procedimiento. Asimismo,

se promueven sesiones de capacitación continua al personal de Geriatría, Medicina Interna y Cuidados Paliativos, con énfasis en el respeto a la dignidad al final de la vida.

Responsabilidades

- Médico tratante (geriatra o paliativista): Evaluar la situación clínica, brindar información y acompañamiento, supervisar el llenado del formato, enviar la documentación y asegurar su resguardo en el expediente clínico.
- Enfermería: Acompañar el proceso educativo, brindar apoyo logístico y participar en el seguimiento clínico de las decisiones establecidas.
- Trabajo Social: Facilitar la comunicación y coordinación entre el paciente, los familiares y el equipo de salud. Identificar barreras psicosociales para la toma de decisiones anticipadas.
- Psicología o consejería espiritual (cuando aplique): Ofrecer contención emocional, escucha activa y acompañamiento durante el proceso reflexivo del paciente y su familia.
- Administración hospitalaria: Garantizar la capacitación del personal y la disponibilidad de recursos materiales y legales para la implementación del protocolo.

Conclusión

La implementación de voluntades anticipadas en el ámbito de la Geriatría representa no solo una necesidad clínica, sino una responsabilidad ética, legal y humana en el marco de una medicina centrada en la persona. Frente a los desafíos que impone el envejecimiento, la pérdida progresiva de autonomía y la complejidad de los escenarios terminales, establecer mecanismos estructurados para respetar la voluntad del adulto mayor es un acto de justicia, compasión y buen cuidado.

Este artículo propone un modelo operativo que busca traducir los principios bioéticos en acciones concretas, adaptadas al contexto hospitalario, normativo y sociocultural mexicano. El algoritmo desarrollado por nuestro equipo tiene como propósito facilitar el diálogo anticipado, fortalecer la toma de decisiones compartidas y promover una atención digna, proporcional y libre de intervenciones fútiles.

Sabemos que aún persisten resistencias, vacíos formativos y barreras institucionales, pero también reconocemos

una creciente sensibilidad social y profesional hacia el respeto al final de la vida.

Fomentar las voluntades anticipadas no es acelerar la muerte, sino humanizarla. Es garantizar que quien ha vivido con dignidad pueda también morir con ella. Es permitir que la medicina no imponga, sino acompañe; que no prolongue el sufrimiento, sino que alivie. En última instancia, es afirmar que la muerte no es un fracaso, sino una parte natural de la existencia que merece ser vivida con sentido, en compañía y con respeto.

“Así como la vida te recibe con un abrazo, con otro debería despedirte.”

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Voumard R, Rubli-Truchard E, Benaroyo L, et al. Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. *BMC Geriatr*. 2018;18:220. doi: 10.1186/s12877-018-0914-0.
2. Saracino RM, Bai M, Blatt L, et al. Geriatric palliative care: Meeting the needs of a growing population. *Geriatr Nurs*. 2017; 38(1):1-5. doi: 10.1016/j.gerinurse.2017.09.004.
3. Binns-Emerick L, Patel P, Deol BB, et al. Multidisciplinary palliative care of the older adult: a narrative review. *Ann Palliat Med*. 2024;13(4):1002-1011. doi: 10.21037/apm-23-541. Epub 2024 Jun 6. PMID: 38859592.
4. Kutner L. Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal. *Indiana Law J*. 1969;44(4):539-554. Disponible en: <https://www.repository.law.indiana.edu/ilj/vol44/iss4/2>
5. Larson EJ, Eaton TA. The limits of advance directives: a history and assessment of the Patient Self-Determination Act. 1997. Disponible en: https://digitalcommons.law.uga.edu/fac_artchop/260
6. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. *Gaceta Oficial del Distrito Federal*. México; 2008.
7. Sauler M, Siegel MD. The Past, Present, and Future of Advance Directives as a Guide to End-of-Life Decision Making. *Chest*. 2012;141(1):9-10.
8. Miller B. Nurses in the Know: The History and Future of Advance Directives. *OJIN Online J Issues Nurs*. 2017;22(3). Disponible en: <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-22-2017/number-3-september-2017/the-history-and-future-of-advance-directives/>
9. Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud, artículos 166 bis 1 al 166 bis 21. México: Diario Oficial de la Federación; 2018.
10. Silveira MJ, Wiitala W, Piette J. Advance Directive Completion by Elderly Americans: A Decade of Change. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(4):706-710. doi: 10.1111/jgs.12736.
11. Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Ciudad de México: Gaceta Oficial del Distrito Federal; 2008.
12. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Ley de Voluntad Anticipada: El derecho a una muerte digna. INAPAM. 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/ley-de-voluntad-anticipada-el-derecho-a-una-muerte-digna>
13. Código Penal Federal. México. Última reforma publicada en el DOF. 2017 Dec 29. Art. 312.
14. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Voluntad anticipada. Secretaría de Salud de la Ciudad de México; 2025. Disponible en: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/acciones/voluntad-anticipada>
15. Wang X, Lin Y, Liang T, et al. Advance care planning for frail elderly: are we missing a golden opportunity? A mixed method systematic review and meta analysis. *BMJ Open*. 2023; 13:e067101.
16. Santivasi WL, Partain DK, Whitford KJ. The role of geriatric palliative care in hospitalized older adults. *Hosp Pract* (1995). 2020 Mar;48(sup1):37-47. doi: 10.1080/21548331.2019.1703707.
17. Bolcato V, Fassina G, Conti A, et al. Advance directives in capacity-affecting diseases: The medico-legal perspective. *Acta Biomed Atenei Parm*. 2024;95(6):2024125. doi: 10.23750/abm.v95i6.16232.
18. American Geriatrics Society. Advance Care Planning for Older Adults. New York: AGS; 2017. Disponible en: <https://www.healthinaging.org>
19. Wilkin K, Fang ML, Sixsmith J. Implementing advance care planning in palliative and end of life care: a scoping review of community nursing perspectives. *BMC Geriatr*. 2024;24(1):294. doi: 10.1186/s12877-024-04888-4.
20. Gomes BMM, Salomão LA, Simões AC, et al. Advance directives in geriatric medicine. *Rev Bioét (Impr)*. 2018;26(3): 429-439.
21. Ke LS, Hu WY, Dai YT, et al. Factors influencing older adults' end-of-life care preferences. *J Hosp Palliat Nurs*. 2022;24(3): E205-E211.
22. Walker LE, Liwonjo A, Goyal DG. Interventions to increase utilisation of advanced care planning documentation for hospitalised older adults. *BMJ Open Qual*. 2025;14(1):e002703. doi: 10.1136/bmjopen-2023-002703.
23. Leak A, Gustetic C, McCormick R, et al. Impact of advance care planning consults on advance directives completion in primary care and oncology settings. *Am J Manag Care*. 2021;27(10):450-456.
24. Mori M, Chan HYL, Kizawa Y, et al. Definition and recommendations of advance care planning: A Delphi study in five Asian sectors. *Palliat Med*. 2024;39(1):35-42. doi: 10.1177/02692163241284088.
25. Hsu YL, Chou YR, Chang CJ, et al. PreCare: Designing AI assistants for advance care planning (ACP) to enhance personal value exploration, patient knowledge, and decisional confidence. *arXiv preprint*. 2025 May 14 [citado 2025 Jul 5]; arXiv:2505.09115. Disponible en: <https://arxiv.org/pdf/2505.09115>
26. Navarro-Bravo B, Sánchez-García M, Andrés-Pretel F, et al. Declaración de voluntades anticipadas: estudio cualitativo en personas mayores y médicos de Atención Primaria. *Aten Pri*

- maria. 2020;52(3):167-173. doi: 10.1016/j.aprim.2018.09.009.
27. Sudore RL, Heyland DK, Lum HD, et al. Outcomes that define successful advance care planning: A Delphi panel consensus. *J Pain Symptom Manage*. 2018;55(2):245-255.e8. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.08.025.
28. Ashana DC, Chen X, Agiro A, et al. Advance care planning claims and health care utilization among seriously ill patients near the end of life. *JAMA Netw Open*. 2019;2(11):e1914471. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.14471.
29. Choi S, Ko H. Factors affecting advance directives completion among older adults in Korea. *Front Public Health*. 2024;12:1329916. doi: 10.3389/fpubh.2024.1329916.