



Gobierno
de Navarra

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS





Departamento de Salud

Servicio de Asistencia Sanitaria

Dirección C/ Amaya 2 A - 3ª Planta. 31002 - Pamplona

Teléfonos: 848 423511 (Centralita), 848 423535/ 848 423506

Correo electrónico: aseprest@cfnavarra.es

Documento de voluntades anticipadas

© GOBIERNO DE NAVARRA

Impresión: Espacegrafic

Depósito legal: NA-2.892-2009

EL Documento de Voluntades Anticipadas

En la actualidad, los ciudadanos reflexionamos y nos implicamos cada vez más en las decisiones que afectan a nuestra salud. El respeto a la gestión de nuestra salud y nuestra vida, conlleva el derecho a decidir si se desea o no recibir un tratamiento sanitario, aunque esa decisión no siempre coincida con las opiniones médicas.

La Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica, regula la posibilidad de expresar decisiones y planificar cuidados para el futuro mediante el documento de voluntades anticipadas.

La manifestación de voluntades anticipadas o instrucciones previas, constituye un modo de decidir de forma anticipada sobre los tratamientos y cuidados sanitarios que deseamos recibir cuando hayamos perdido la capacidad de expresar nuestra voluntad.

Redactar un documento de voluntades anticipadas requiere realizar una reflexión previa sobre sus objetivos y sus consecuencias. La información y la ayuda del médico de familia, del médico especialista, y de otras personas cercanas y de confianza, sean sanitarias o no, nos serán de utilidad en esa reflexión.

Disponer de un documento de voluntades anticipadas supone, además, un respaldo para los profesionales sanitarios que conocen así, de primera mano, los deseos de sus pacientes y puede servir de ayuda en la toma de decisiones sobre las actuaciones médicas.

Esta guía, pretende orientar a aquellas personas que desean elaborar un documento de voluntades y, asimismo, informa sobre el funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas existente en Navarra.

¿Qué es el documento de voluntades anticipadas?

Es un documento en el cual una persona manifiesta sus instrucciones sobre la asistencia sanitaria que desea recibir cuando no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad.

¿Quién puede elaborarlo?

En Navarra, cualquier persona mayor de dieciséis años o menor emancipada, que esté capacitada y actúe libremente.

¿Cómo se otorga?

Para que el documento de voluntades anticipadas tenga validez deberá realizarse de una de estas dos formas:

- **Ante tres testigos mayores de edad.** En este caso, dos de ellos no deben tener relación familiar ni patrimonial hasta segundo grado con el interesado.
- **Ante notario.**

¿Qué debe contener?

- **Los datos de identificación del otorgante y de los testigos:**
Nombre y apellidos, DNI, domicilio y teléfono.

- **La declaración de voluntades anticipadas.**

El contenido de la declaración es libre, y en ella se pueden incluir:

1. Valores y opciones personales que orientan su proyecto vital y, en concreto, los que pueden orientar las decisiones respecto a los momentos finales de la vida u otras situaciones de grave limitación física o psíquica.
2. Situaciones sanitarias concretas en las que se quiere que se tenga en cuenta la aceptación o rechazo de determinados tratamientos.
3. Instrucciones sobre los tratamientos y cuidados que se desean o no recibir en esas situaciones.
4. Decisión sobre la donación de órganos o tejidos para trasplantes, docencia o investigación.

- **La designación de representante.**

Se podrá designar representante a cualquier persona que conozca la voluntad y los valores personales del otorgante, para que actúe como interlocutor válido con el médico o el equipo sanitario que le asista.

Su actuación estará orientada a hacer valer lo que el otorgante hubiera preferido en el caso de que estuviera en condiciones de manifestar su decisión.

Es conveniente que el representante conozca su designación, la acepte y la firme.

Modelo de documento

Existen diferentes modelos de documentos de voluntades anticipadas que pueden ayudar y orientar en la elaboración del mismo. En esta guía se incluye un modelo orientativo que contiene algunos ejemplos sobre situaciones sanitarias e instrucciones concretas.

El documento debería ser fruto de una reflexión personal, y de un proceso de consulta con personas de confianza y de la comunicación con los profesionales sanitarios.

¿Se puede sustituir o revocar el documento?

En cualquier momento se puede anular el documento de voluntades anticipadas o sustituirlo por otro nuevo, para reflejar cambios en las instrucciones o para adecuarlas a nuevas situaciones, siguiendo el mismo procedimiento que se utilizó para elaborar el documento inicial.

¿A quién va dirigido?

Las instrucciones manifestadas en el documento se dirigen al médico responsable y al equipo sanitario que le asista, en el caso de no poder expresar personalmente su voluntad.

Los profesionales sanitarios deberán respetar las instrucciones manifestadas en el documento y dejar constancia en la historia clínica de las decisiones adoptadas.

En el caso de existir un representante designado por el paciente, el equipo sanitario deberá consultar con él para adoptar las decisiones que correspondan, teniendo en cuenta las instrucciones y valores que se contienen en el documento.

Es aconsejable que el representante u otras personas de confianza tengan conocimiento de la existencia del documento e incluso copia del mismo.

¿Dónde se entrega?

Se recomienda entregar el documento de voluntades anticipadas en el **Departamento de Salud** (Calle Amaya, 2-A, Pamplona) para su inscripción en el Registro de Voluntades Anticipadas de Navarra.

Además, se puede entregar una copia en el centro o centros sanitarios donde habitualmente sea atendido, para que se incorpore a su historia clínica.

¿Para qué sirve el Registro de Voluntades Anticipadas?

En el Registro de Voluntades Anticipadas de Navarra se inscriben y archivan los documentos de voluntades anticipadas.

El Registro sirve para que los profesionales sanitarios puedan conocer la existencia de documentos de voluntades anticipadas y, cuando sea necesario, puedan consultar su contenido.

El Registro de Voluntades Anticipadas de Navarra establecerá las relaciones necesarias con el Registro Nacional de Instrucciones Previas y otros registros de voluntades anticipadas para permitir la consulta de los documentos disponibles.

¿Cómo se realiza la inscripción en el Registro de Voluntades Anticipadas de Navarra?

- La solicitud de la persona otorgante del documento, será presentada mediante escrito dirigido al Departamento de Salud.
- La solicitud irá acompañada de:
 1. El **documento** que se pretenda inscribir en el Registro de Voluntades Anticipadas de Navarra.
 2. Copia compulsada del **documento nacional de identidad o del pasaporte** de la persona otorgante y de cada una de las personas que hayan actuado de testigos.
 3. En caso de que el documento de voluntades anticipadas se haya autorizado notarialmente, tiene que presentarse una **copia autenticada**.

La inscripción en el Registro implica la incorporación de los documentos de voluntades anticipadas a un fichero automatizado que garantiza la confidencialidad de la información registrada.

¿Quién tiene acceso al Registro?

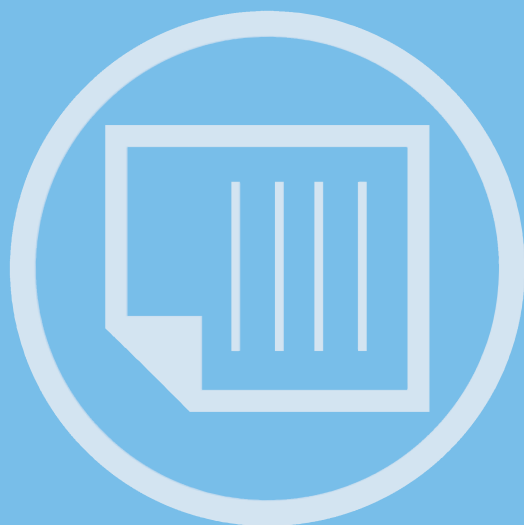
Pueden acceder al documento:

- La persona otorgante o su representante legal.
- Los representantes que consten en el documento registrado.
- El médico responsable o un miembro del equipo médico que se encuentre prestando asistencia sanitaria al otorgante del mismo, cuando el paciente no pueda expresar su voluntad.
- El personal encargado del Registro.

Los profesionales que acceden al Registro están obligados a guardar secreto sobre el contenido de los documentos.

¿Cuál es la normativa aplicable?

- Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica (B.O.N. núm. 58, de 13 de mayo).
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (B.O.E. núm. 274, de 15 de noviembre).
- Decreto Foral 140/2003, de 16 de junio, por el que se regula el Registro de Voluntades Anticipadas (B.O.N. núm. 81, de 30 de junio).



MODELO ORIENTATIVO DE DOCUMENTO



Yo,, con DNI,
y con domicilio en, calle, núm., teléfono, con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar.

Expreso las instrucciones que quiero que se tengan en cuenta sobre mi atención sanitaria cuando me encuentre en una situación en que, por diferentes circunstancias derivadas de mi estado físico y/o psíquico, no pueda expresar mi voluntad.

I. CRITERIOS QUE DESEO QUE SE TENGAN EN CUENTA

Para mi proyecto vital la calidad de vida es un aspecto muy importante, y esta calidad de vida la relaciono con unos supuestos que, a modo de ejemplo, podrían ser los siguientes:

- La posibilidad de comunicarme y relacionarme con otras personas.
- El hecho de no sufrir dolor importante ya sea físico o psíquico.
- La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo para las actividades propias de la vida diaria.
- No prolongar la vida por sí misma si no se dan los mínimos que resultan de los apartados precedentes cuando la situación es irreversible.
- En caso de duda en la interpretación de este documento, quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante.
- Otros criterios ...

II. SITUACIONES SANITARIAS

Quiero que se respeten los criterios mencionados en el apartado anterior, en las situaciones médicas se especifican a continuación:

- Enfermedad irreversible que tiene que conducir inevitablemente en un plazo breve a mi muerte.
- Estado vegetativo crónico.
- Estado avanzado de la enfermedad de pronóstico fatal.
- Estado de demencia grave.
- Otras situaciones ...



III. INSTRUCCIONES SOBRE LAS ACTUACIONES SANITARIAS

De acuerdo con los criterios expuestos y en las situaciones sanitarias especificadas, mis decisiones son:

- No prolongar inútilmente de manera artificial mi vida, por ejemplo mediante técnicas de soporte vital (ventilación mecánica, diálisis, reanimación cardiopulmonar, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial).
- Que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo el malestar, el sufrimiento psíquico y dolor físico que me ocasione mi enfermedad.
- Que sin perjuicio de las decisiones tomadas, se me garantice la asistencia necesaria para procurarme una muerte digna.
- No recibir tratamientos complementarios y terapias no contrastadas, que no demuestren efectividad o sean fútiles en el propósito de prolongar mi vida.
- Si estuviera embarazada y ocurriera alguna de las situaciones descritas en el apartado II, quiero que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre que eso no afecte negativamente al feto.
- Igualmente, manifiesto mi deseo de hacer donación de mis órganos para trasplantes, tratamientos, investigación o enseñanza.
- Otras instrucciones ...

FECHA Y FIRMA DEL OTORGANTE

IV. DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS (OBLIGATORIO)

Los abajo firmantes, mayores de edad, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

Asimismo, los firmantes como testigos primero y segundo, declaramos no mantener ningún tipo de vínculo familiar o patrimonial con la persona que firma este documento.

Primer testigo

Nombre y apellidos

DNI Dirección

Localidad Teléfono

FECHA Y FIRMA DEL TESTIGO



Segundo testigo

Nombre y apellidos

DNI Dirección

Localidad Teléfono

FECHA Y FIRMA DEL TESTIGO

Tercer testigo

Nombre y apellidos

DNI Dirección

Localidad Teléfono

FECHA Y FIRMA DEL TESTIGO

V. REPRESENTANTE (OPCIONAL)

Designo como mi representante para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario que me atenderá, en el caso de encontrarme en una situación en que no pueda expresar mi voluntad a:

Nombre y apellidos

DNI Dirección

Localidad Teléfono

Autorizo a mi representante para que tome decisiones con respecto a los tratamientos y cuidados que me vayan a aplicar en el caso de que yo no pueda expresar mi voluntad.

Limitaciones que podrían indicarse en la actuación del representante:

- No deberá contradecir las voluntades expresadas en este documento.
- Limitaciones específicas.
- Otras.



VI. ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE (OPCIONAL)

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser el representante de, en el caso de que éste no pueda expresar sus directrices con respecto a su atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona que represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien represento no pueda expresar por ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la parte que a mí me afecta.

FECHA Y FIRMA DEL REPRESENTANTE

En el supuesto de imposibilidad de actuación del primer representante designado, nombro como representante sustituto o alternativo a:

Nombre y apellidos

DNI Dirección

Localidad Teléfono

Acepto la representación en las mismas condiciones que las expresadas anteriormente.

FECHA Y FIRMA DEL REPRESENTANTE

D O C U M E N T O
DE VOLUNTADES ANTICIPADAS