



GUIA GUIA PRÀCTICA SOBRE EL DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

Data: abril 2004

**Responsable manteniment:
Anna M. Rodríguez Ferré**

**Anna Ribas i Casals
Directora ABS Sta Eugènia de Berga**

Arxiu informàtic: Au!Gènia Digital > Protocols



ABS Santa Eugènia de Berga

c/. de les Escoles, 1
Telèfon 93.885.45.56 / FAX 93.883.45.03
08507 - Sta. Eugènia de Berga (Osona)
sebcap@osona.scs.es

GUIA PRÀCTICA SOBRE EL DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES (DVA) I LA SEVA ELABORACIÓ

ABS Sta. Eugènia de Berga.
Responsable: Anna M. Rodríguez Ferré
Elaboració: 2004

INTRODUCCIÓ

La llei 21/2000, del 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, aprovada pel Parlament de Catalunya, incorpora canvis culturals importants en relació amb els malalts i, per tant, afecta metges, centres i relacions clíniques. Principalment suposa la substitució de la tradicional medicina paternalista pel foment i el reforçament de la llibertat i l'autonomia del malalt en les decisions clíniques.

El DVA està fonamentat en el dret a consentir a rebutjar la realització d'intervencions mèdiques, com exercici del dret fonamental a la dignitat i a la llibertat personal en el moment de l'assistència mèdica concreta i quan no s'estigui en condicions per a manifestar la voluntat particular.

QUÈ ÉS?

És un document, adreçat al metge/sa responsable, en el qual una persona major d'edat, amb capacitat suficient i de manera lliure, expressa les instruccions que cal tenir en compte quan es trobi en una situació en què les circumstàncies que concorren no li permetin expressar personalment la seva voluntat.

En aquest document, la persona també pot designar un **representant**, que és l'interlocutor vàlid i necessari amb el metge/ssa o l'equip sanitari, perquè la substitueixi en el cas que no pugui expressar la seva voluntat per ella mateixa.

QUÈ SIGNIFICA?

Que en una situació clínica en què la comprensió, l'expressió o la decisió estigui anul·lada o molt disminuïda en el malalt, el metge/ssa no haurà de recórrer als familiars d'aquest per obtenir el consentiment sobre els

tractaments agressius o compassius disponibles per aplicar sinó que haurà de seguir la voluntat del malalt expressada al document.

FINS ON VINCULA EL METGE?

El DVA sempre és **vàlid** i sempre s'ha de tenir en compte. Però si el document demana alguna cosa que la llei no accepti, que contradigui la normopraxi assistencial o que no es correspongui exactament amb el supòsit de fet que el malalt ha previst a l'hora d'emetre les seves voluntats, eximeix el metge/ssa de seguir o fer el que diu el document. En aquest cas, s'ha de fer l'**anotació raonada** pertinent a la història clínica del pacient.

QUINA VIGÈNCIA TÉ?

El document **sempre s'ha de tenir en compte**. No té caducitat. Ara bé, el document mai té una vigència o vinculació absoluta ni indefinida, donat que podrien donar-se avenços tècnics en el camp de la medicina que permetin pensar al metge/ssa que l'aparició d'aquests faria canviar la decisió expressada pel malalt en el DVA.

Així, doncs, és recomanable una **renovació o actualització** periòdica del document.

QUI HA DE PARLAR AMB EL PACIENT SOBRE AQUEST DOCUMENT?

El metge/ssa és el màxim coneixedor/a de la previsible situació clínica futura del pacient, i dels impediments que podria tenir per expressar la seva voluntat. Sembla que seria la persona més idònia per:

- informar de l'existència, possibilitat i la utilitat de formalitzar un DVA.
- participar en la seva confecció amb un doble objectiu:
 - Ajudar al pacient amb les explicacions i informacions tècniques sobre els supòsits mèdics previsibles de la malaltia, per tal que pugui decidir amb ple coneixement de causa i una informació de qualitat.
 - Per orientar-se ell/a mateix/a quan es doni el supòsit de fet previst i tenir més clara la pauta d'actuació desitjada pel pacient.

COM ES FORMALITZA EL DVA?

Es pot formalitzar per dues vies:

1. Davant un **notari**
2. Davant la presència de **tres testimonis**, majors d'edat i amb plena capacitat d'obrar, dos dels quals no han de tenir relació de parentiu fins el segon grau ni estar vinculats amb l'atorgant per cap relació patrimonial.

POSSIBLE CONTINGUT D'UN DVA

Si bé el DVA és **únic**, podem recomanar-ne a la pràctica unes parts bàsiques (Annex 1: Model Col·legi de Metges de Barcelona)(Annex 2: Model del Departament de Sanitat i Seguretat Social):

- Els criteris que tinguin en compte la **priorització dels valors i expectatives personals**
- Les **situacions sanitàries concretes** en què vol que es tinguin en compte les instruccions.
- Instruccions i llista l'actuació mèdica davant decisions previstes, sobretot quan es té informació de probabilitats evolutives.
- El **representant** és la persona que es nomena perquè actuï com a interlocutor vàlid i necessari amb el metge/ssa o equip sanitari. Ha de conèixer quina és la **voluntat de l'atorgant** i ha de tenir facultats per interpretar-la i aplicar-la. No pot contradir el DVA. És aconsellable que la família conegui qui exercirà de representant. El professional responsable del malalt **no pot ser** el seu representant.
- També poden especificar-se altres consideracions, com la voluntat d'incineració, o donació d'òrgans.

QUÈ ÉS EL REGISTRE DE VOLUNTATS ANTICIPADES?

El Departament de Sanitat i Seguretat Social ha creat un Registre (fitxer automatitzat) on s'inscriuen els documents independentment de si s'han emès davant de notari o de testimonis.

La finalitat d'aquest Registre és **facilitar l'accés** del metge/ssa responsable d'una persona malalta perquè conegui si aquesta ha atorgat un DVA i quin és el seu contingut.

COM S'INSCRIU EL DOCUMENT AL REGISTRE?

La sol.licitud comporta l' autorització de la cessió de les dades de caràcter personal que es continguin en el DVA al metge/ssa responsable.

La inscripció del DVA al registre **no és obligatòria**, si bé, aconsellable.

- En el cas que el DVA s' hagi emès davant de testimonis, la persona atorgant del document ha d' omplir un **imprès de sol.licitud d' inscripció registral (Annex 3)**, i **juntament amb l' original del document, caldrà una còpia compulsada del DNI de l' atorgant i dels testimonis.**

Des de qualsevol centre sanitari o des de les delegacions territorials del Departament de Sanitat i Seguretat Social es pot indicar la voluntat que es registri el document: **Caldrà enviar la documentació per correu ordinari o certificat, a la Seu del Departament de Sanitat: "Registre de DVA", Pavelló Ave Maria (Travessera de les Corts, 139-151. Barcelona 08028) o bé portar-la personalment**, la pròpia persona atorgant, o delegar en el representant, degudament acreditat.

La informació de l' existència del DVA, independentment, ha de quedar enregistrada dins la e-cap (Pacients/Dades personals/DVA) i l' original guardat a la història clínica (HCAP), o en el seu defecte s' utilitzaran processos informàtics com "escanear" el document per mantenir una còpia dins la HCAP.

També seria aconsellable donar constància de l' existència del DVA als hospitals de referència de la comarca, enviant una còpia.

- En el cas que el DVA s' hagi autoritzat notarialment, s' ha habilitat un procediment amb tots els notaris de Catalunya per tal que a indicació de la persona atorgant **es trameti una còpia autèntica, acompanyada d' un escrit de sol.licitud d' inscripció registral.**

L' accés del metge/ssa responsable al Registre es farà a través del portal AOC (Administració Oberta de Catalunya), depenent del Col.legi de Metges de Barcelona, mitjançant un sistema que garanteix tècnicament la identitat de la persona destinatària de la informació, la integritat de la comunicació, la disponibilitat les 24 hores del dia, la conservació de la informació comunicada i la constància de la transmissió, inclosa la data, i, alhora, garantir la confidencialitat de les dades.

La persona atorgant del document inscrit, pot accedir en qualsevol moment al Registre de DVA per tal de revisar el contingut, per això cal que ell o el seu representant degudament acreditat es dirigeixi al Registre de la Seu del Departament de Sanitat.

ÉS POT REVOCAR EL DVA?

El DVA **és susceptible de revocació** en qualsevol moment per part de la persona atorgant. Si la revocació és parcial s' haurà d' expressar clarament la part modificada i els termes en què la voluntat resta emesa.

**A L' EQUIP MÈDIC
(al meu metge)**

DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

Consideracions i informació personal:

Jo, (identificació).....,
(DNI).....,(domicili).....

.....,
major d' edat, amb capacitat per fer i comprendre, conec que la Llei 21/2000 de 29 de desembre del Parlament de Catalunya sobre els drets d' informació concernent la salut i l' autonomia del pacient, i la documentació clínica, reconeix el dret de les persones a poder manifestar el seu consentiment o rebuig davant la realització d' una intervenció mèdica com a expressió del respecte al dret fonamental a la dignitat i llibertat personal.

També conec que aquesta llei permet que les persones expressin de manera lliure i per escrit, amb ajut i orientació professional, les directrius que han de permetre mantenir la seva dignitat i llibertat davant intervencions mèdiques sobre el propi cos quan afectats per un estat d' inconsciència o dèficit cognoscitiu i intel.lectual no puguin emetre la seva voluntat, i en el moment de l' assistència precisa.

Valoro i entenc aquest document com l' oportunitat de fer respectar i promoure la meua autonomia, permetent-me continuar exercint la meua autonomia individual en aquells supòsits en que les circumstàncies concurrents no m' ho permetin.

El meu estat de salut futura i els procediments que pugui necessitar són per a mi desconeguts. De fet és innecessari per a exercir la meua llibertat personal conèixer-los en la dimensió mèdica tècnica.

Aquest document és un manament però sobretot ha de ser una guia pel maneig de la meua persona quan el meu estat de salut m' impideixi donar el meu consentiment a les intervencions mèdiques que sobre la meua salut poguessin ser possibles.

Manifesto la meua confiança en el Dr./Dra..... perquè d' acord amb el metge i/o equip terapèutic responsable de l' assistència decideixin quins són aquells mitjans proporcionats a la meua situació, seguint els criteris deontològics de correcta pràctica definits per la comunitat mèdica

sense que siguin condicionats per opinions o demandes de tercers, encara que siguin familiars directes.

Accepto qualsevol intervenció mèdica que tingui finalitat per la supervivència amb la màxima qualitat de vida, entenent que aquest concepte és personalíssim.

Demano que quan els responsables de la meva assistència hagin optat per prendre decisions mèdiques i/o terapèutiques sobre la meva persona, adreçades a perllongar la vida quan es donin limitacions cognitives o motores que tinguin caràcter d'irreversibles amb magnitud suficient, no s'apliquin aquelles intervencions.

Manifesto a l'equip mèdic, al meu metge Dr./Dra....., familiars i/o representant (si n'hi ha) que l'anterior és la meva voluntat expressada als efectes legals oportuns i a l'empara de l'article 8 de la Llei 21/2000 de 29 de desembre del Parlament de Catalunya sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, agraint a tothom el seguiment d'aquest document de voluntats anticipades.

(OPCIONAL) Designo, com el meu representant i pel cas que em vegi impossibilitat per a que expressi les meves voluntats com a interlocutor vàlid amb els professionals sanitaris, interpretant i garantint el seguiment i compliment de les voluntats expressades en aquest document de voluntats anticipades, i perquè prengui les decisions necessàries amb aquesta finalitat, a:

Nom i cognoms representant.....
DNI núm.....

Em reservo el dret de revocar i deixar sense efecte aquesta declaració en qualsevol moment, de forma verbal o per escrit.

Aquest document és prorrogable o renovable anualment, comportant la seva ratificació, coherència en el temps

Data.....Lloc.....Signatura.....

I per a que així consti que aquest document s'atorga en les condicions esmentades en l'encapçalament, el formalitzo davant dels següents TESTIMONIS:

1.- Nom i cognoms....., major d'edat, DNI núm.....sense tenir amb mi cap relació de parentiu fins el segon grau ni vinculació patrimonial.

Signatura.....

2.- Nom i cognoms.....,
major d'edat, DNI núm.....sense tenir amb mi cap relació de
parentiu fins el segon grau ni vinculació patrimonial.

Signatura.....

3.- Nom i cognoms.....,
major d'edat, DNI núm.....sense tenir amb mi cap relació de
parentiu fins el segon grau ni vinculació patrimonial.

Signatura.....

BIBLIOGRAFIA

1. Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica. DOGC núm. 3303 de l'11 de gener de 2001. Pág. 464
2. Decret 175/2002, de 25 de jun, pel qual es regula el Registre de Voluntats Anticipades. DOCG núm. 3665 del 27 de juny de 2002.
3. Ley General de Sanidad, del 25 de abril de 1986.
4. Broggi MA. "La Nova Llei catalana i els documents de voluntats anticipades". Annals de Medicina Volum 84, núm. 3. 2001
5. Consideracions sobre el document de VOLUNTATS ANTICIPADES. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Març 2002.
6. Busquets JM, Váñez C. "Consideracions entorn les voluntats anticipades". Annals de Medicina. Volum 86, núm. 2, 2003
7. Subirana M i cols. "Aplicació pràctica de la Llei de Voluntats Anticipades". Annals de Medicina. Volum 86, núm. 2, 2003
8. www.gencat.es/sanitat/portal/cat "Signatura de dos convenis per posar en funcionament el registre de voluntats anticipades". 22-7-2002
9. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Servei de Responsabilitat. Servei d'Informació col·legial. Gener-març 2001
10. Royes i Qui A. "Documentos de voluntades anticipadas". FMC. Volumen 9, núm. 10. Diciembre 2002

Jo, _____, major d'edat, amb el DNI núm. _____ i amb domicili a _____, carrer _____, núm. _____ i telèfon _____, amb capacitat per prendre una decisió de manera lliure i amb la informació suficient que m'ha permès reflexionar,

Expresso les instruccions que vull que es tinguin en compte sobre la meva atenció sanitària quan em trobi en una situació en què, per diferents circumstàncies derivades del meu estat físic i/o psíquic, no pugui expressar la meva voluntat.

I. CRITERIS QUE DESITJO QUE ES TINGUIN EN COMPTE

Per al meu projecte vital la qualitat de vida és un aspecte molt important, i aquesta qualitat de vida la relaciono amb uns supòsits que, a tall d'exemple, podrien ser els següents:

La possibilitat de comunicar-me de qualsevol manera i relacionar-me amb altres persones.

El fet de no patir dolor important, ja sigui físic o psíquic.

La possibilitat de mantenir una independència funcional suficient que em permeti ser autònom per a les activitats pròpies de la vida diària.

No prolongar la vida per si mateixa si no es donen els mínims que resulten dels apartats precedents quan la situació és irreversible.

En cas de dubte en la interpretació d'aquest document, vull que es tingui en compte l'opinió del meu representant.

II. SITUACIONS SANITÀRIES

Vull que es respectin de forma genèrica els principis esmentats en l'apartat anterior, i en situacions mèdiques com les que s'especifiquen a continuació, entre d'altres:

Malaltia irreversible que ha de conduir inevitablement en un termini breu a la meva mort.

Estat vegetatiu crònic.

Estat avançat de la malaltia de pronòstic fatal.

Estat de demència greu.

III. INSTRUCCIONS SOBRE LES ACTUACIONS SANITÀRIES

El que s'ha assenyalat anteriorment, d'acord amb els criteris i les situacions sanitàries específiques, implica prendre decisions com les següents:

No prolongar inútilment de manera artificial la meva vida, per exemple mitjançant tècniques de suport vital: ventilació mecànica, diàlisi, reanimació cardiopulmonar, fluids intravenosos, fàrmacs o alimentació artificial.

Que se'm subministrin els fàrmacs necessaris per pal·liar al màxim el malestar, el patiment psíquic i dolor físic que m'ocasiona la meva malaltia.

Que, sense perjudici de la decisió que prengui, se'm garanteixi l'assistència necessària per procurar-me una mort digna.

No rebre tractaments de suport i teràpies no contrastades que no demostrin efectivitat o que siguin fútils en el propòsit de prolongar la meva vida.

Si estigués embarassada i ocorregués alguna de les situacions descrites en l'apartat II, vull que la validesa d'aquest document quedi en suspens fins després del part, sempre que això no afecti negativament el fetus.

Igualment, manifesto el meu desig de fer donació dels meus òrgans per a trasplantaments, tractaments, investigació o ensenyament.

IV. REPRESENTANT

D'acord amb l'article 8 de la Llei 21/2000, designo com a representant meu, perquè actuï com a interlocutor vàlid i necessari amb el metge o l'equip sanitari que m'atendrà, en el cas de trobar-me en una situació en què no pugui expressar la meva voluntat, _____, amb el DNI núm. _____, amb domicili al carrer _____, núm. _____, població _____ i telèfon _____.

En conseqüència, autoritzo el meu representant perquè prengui decisions respecte a la meva salut en el cas que jo no pugui per mi mateix.

Sempre que no es contradiguin amb cap de les voluntats anticipades que consten en aquest document.

Limitacions específiques.

Data _____

Signatura del representant

Representant alternatiu o substitut

Nom i cognoms _____ DNI _____

Adreça _____ Telèfon _____

Data _____

Signatura del representant alternatiu

Signatura de l'atorgant

Lloc i data _____

V. DECLARACIÓ DELS TESTIMONIS

Els sotasignats, majors d'edat, declarem que la persona que signa aquest document de voluntats anticipades ho ha fet plenament conscient, sense que haguem pogut apreciar cap tipus de coacció en la seva decisió.

Així mateix, els sotasignats com a testimonis primer i segon declarem no mantenir cap tipus de vincle familiar o patrimonial amb la persona que signa aquest document.

Testimoni primer

Nom i cognoms _____ DNI _____

Adreça _____ Telèfon _____

Data _____ *Signatura del primer testimoni*

Testimoni segon

Nom i cognoms _____ DNI _____

Adreça _____ Telèfon _____

Data _____ *Signatura del segon testimoni*

Testimoni tercer

Nom i cognoms _____ DNI _____

Adreça _____ Telèfon _____

Data _____ *Signatura del tercer testimoni*

VII. REVOCACIÓ

Jo, _____ , major d'edat, amb el
DNI núm. _____ , amb capacitat per prendre una decisió de manera lliure i amb la infor-
mació suficient que m'ha permès reflexionar, deixo sense efecte el document de voluntats anticipades
signat amb data _____ .

Signatura de l'atorgant

Lloc i data _____



Sol·licitud d'inscripció al registre de voluntats anticipades de documents atorgats en presència de testimonis

Nom i cognoms

DNI

Edat

Adreça

Codi postal

Població

Telèfon

CIP

Exposició de fets

1. Manifesto que en data _____ vaig atorgar document de voluntats anticipades, en presència de les persones següents que actuen en qualitat de testimonis:

Testimoni

Nom i cognoms

DNI

Adreça

Testimoni

Nom i Cognoms

DNI

Adreça

Testimoni

Nom i Cognoms

DNI

Adreça

2. He nomenat un/a representant per a aquells supòsits en què no pugui expressar personalment la meua voluntat en relació amb les decisions assistencials que concerneixen la meua persona, que és (1):

Nom i cognoms

DNI

Telèfon de contacte

Adreça

3. Per tal de facilitar l'accés del personal facultatiu dels centres, serveis i establiments sanitaris a aquesta informació i al contingut del meu document de voluntats anticipades, quan sigui necessari,

Sol·licito la inscripció del document de voluntats anticipades en el registre de voluntats anticipades del Departament de Sanitat i Seguretat Social, amb benentès que es tracta d'inscriure:

- un primer document de voluntats anticipades
- una revocació parcial d'un anterior document de voluntats anticipades inscrit
- una revocació total d'un anterior document de voluntats anticipades inscrit, sense substituir-lo
- una substitució

Declaro, sota la meua responsabilitat, que el document de voluntats anticipades que vaig atorgar en el seu dia s'ajusta, tant pel que fa al seu contingut com pel que fa al compliment de les exigències formals, a la Llei 21/2000, de 29 de desembre, i en concret que les persones que actuen com a testimonis i la persona nomenada representat, gaudeixen de la capacitat necessària i que els testimonis no incorren en la incompatibilitat que la Llei estableix.

Aquesta sol·licitud comporta l'autorització per a la cessió de les dades de caràcter personal que es continguin en el document de voluntats anticipades al professional mèdic responsable, en els termes de la Llei 21/2000, de 29 de desembre.

I, en senyal de conformitat, signo aquest document

_____, de _____ de 20__

Sr/Sra. director/a general de Recursos Sanitaris del Departament de Sanitat i Seguretat Social

(1) Només s'ha d'emplenar si s'hanomenat un/a representant en el document de voluntats anticipades