

## EL TESTAMENTO VITAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID (DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS)

Veinte años después de que la Asociación DMD publicara el primer Testamento Vital en castellano, por fin queda establecido el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid, procedimiento que facilita que la autonomía del ciudadano sea respetada de una forma más eficaz.

**Registro de Instrucciones Previas: C/ Sagasta 6, 1ª Pl. (metro Bilbao)  
Cita al teléfono 914000000**

El Testamento Vital es una de las herramientas que promueve el necesario proceso previo de reflexión para un mejor afrontamiento de la muerte (todos moriremos), y también para planificar anticipadamente las decisiones sanitarias que puedan llegar a tomarse caso de no poder expresar nuestra voluntad y, sobre todo, lo que deseamos evitar al final de nuestra vida. Porque, qué significa para cualquiera de nosotros morir con dignidad, qué esperamos de los demás (profesionales y allegados), cómo y quiénes deberían decidir al final de una vida si el paciente no pudiera hacerlo. Creencias, valores, decisiones que ahora tendrán que ser compartidos con las personas que estarán a su lado, especialmente con su representante, fundamental como interlocutor con el equipo médico.

En la Comunidad de Madrid no es obligatorio registrar el Testamento Vital, pues si lo tenemos firmado ante notario o ante tres testigos tiene la misma validez legal; pero aún así, **DMD recomienda registrarlo** a fin de facilitar su consulta desde cualquier centro sanitario y además otorgarle la relevancia social que merece.

El registro del Testamento Vital se hace personalmente. Deberá acudir con su representante o, en su lugar, llevar firmado el documento **Declaración de Aceptación de mi Representante Interlocutor** con una fotocopia de su DNI. El documento lo firmará ante funcionario público en el mismo sitio del Registro.

### MODELO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

#### DECLARO:

#### QUE QUIERO SE TENGAN EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

(Señale los que correspondan con su proyecto vital).

- 1.1 La capacidad de comunicarme y de relacionarme con otras personas.
- 1.2 La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita realizar las actividades propias de la vida diaria.
- 1.3 Preferencia por no prolongar la vida por sí misma en situaciones clínicamente irreversibles.

1.4 Preferencia por permanecer en mi domicilio habitual durante los últimos días de mi vida La capacidad de comunicarme y de relacionarme con otras personas.

1.5 Preferencia por permanecer en mi domicilio habitual durante los últimos día de mi vida.

1.6 En caso de encontrarme transitoriamente en estado de lucidez, no deseo ser informado sobre mi diagnóstico fatal.

### **SITUACIONES CLÍNICAS EN QUE DESEO SE CONSIDERE ESTE DOCUMENTO.** (Señale las que desea se tengan en cuenta)

**2.1 Enfermedad d incurable avanzada** (Enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo)

**2.2 Enfermedad terminal** (Enfermedad avanzada, en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de la autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, en un contexto de fragilidad progresiva).

**2.3 Situación de agonía** (La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de la relación e ingesta y pronóstico de vida de días u horas).

### **INSTRUCCIONES QUE DESEO SE TENGAN EN CUENTA EN MI ATENCIÓN MÉDICA** (Señale las que desea)

3.1 Deseo finalizar mi vida sin la aplicación de técnicas de soporte vital, respiración asistida o cualquier otra medida extraordinaria, desproporcionada y fútil que sólo esté dirigida a prolongar mi supervivencia artificialmente, o que estas medidas se retiren, si ya han comenzado a aplicarse.

3.2 Deseo que se me proporcionen los tratamientos necesarios para paliar el dolor físico o psíquico o cualquier síntoma que me produzca una angustia intensa.

3.3 Rechazo recibir medicamentos o tratamientos complementarios y que se me realicen pruebas o procedimientos diagnósticos, si en nada van a mejorar mi recuperación o aliviar mis síntomas.

3.4 Deseo que se facilite a mis seres queridos y familiares el acompañamiento en el trance final de mi vida, si ellos así lo manifiestan y dentro de las posibilidades del contexto asistencial.

3. 5 Deseo me sean aplicados todos los tratamientos precisos para el mantenimiento de la vida hasta donde sea posible, según el buen criterio médico.

### **INSTRUCCIONES SOBRE MI CUERPO** (Señale las que desea)

(1) Deseo donar mis órganos para ser trasplantados a otra persona que los necesite; (2) mis órganos a la investigación; (3) mi cuerpo para la investigación, incluida la autopsia, cuando fuera necesaria según criterio facultativo; (4) mis órganos para la enseñanza universitaria; (5) mi cuerpo para la enseñanza universitaria.

### **OTRAS INSTRUCCIONES**

## CONSIDERACIONES DE DMD AL MODELO OFICIAL

Los dos primeros apartados del impreso, **criterios** en la toma de decisiones y **situaciones clínicas** previstas, son similares al Testamento Vital de DMD. Sorprende la incorporación del punto 1.6 de no desear ser informado en un documento cuya finalidad es defender la autonomía del paciente. Por otro lado, en las circunstancias previstas (estado de lucidez transitorio), no sería adecuado informar sobre un diagnóstico fatal, pues no sería una buena práctica médica.

Respecto al tercer apartado **instrucciones en la atención médica**:

1. Falta concretar conceptos con diversas interpretaciones, como medida extraordinaria, desproporcionada y fútil, ya que hay profesionales que consideran que la alimentación e hidratación artificiales no son tratamientos, sino cuidados imprescindibles a los que no se puede renunciar aunque alarguen la supervivencia o la agonía.
2. Los cuidados paliativos y la sedación terminal (morir dormido) son derechos cuya finalidad es morir en paz, objetivo más ambicioso que el tratamiento del dolor físico, psíquico o la angustia intensa.
3. El punto 3.5 es contradictorio con lo expresado anteriormente.

**La Asociación DMD ha acordado con el Registro que todo ciudadano que desee seguir nuestras recomendaciones podrá añadir en el último apartado las siguientes instrucciones:**

1. Deseo finalizar mi vida con una **limitación del esfuerzo terapéutico**, evitando todos los medios artificiales, tales como técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos (incluidos los antibióticos), alimentación artificial (sonda nasogástrica) o cualquier otro tratamiento que pueda prolongar mi supervivencia.
2. Deseo unos **cuidados paliativos** adecuados al final de la vida, que se me administren los fármacos que palien mi sufrimiento y aquellos cuidados que me ayuden a morir en paz, especialmente –aún en el caso de que pueda acortar mi vida- la sedación terminal.
3. Si para entonces la legislación regula el derecho a morir con dignidad mediante **eutanasia activa**, es mi voluntad morir de forma rápida e indolora de acuerdo con la *lex artis ad hoc*.

## **MARCO LEGISLATIVO DEL TV EN LA C. DE MADRID**

Legislativamente este largo camino se inició con la firma por el Consejo de Europa del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano (Oviedo 1997).

En diciembre de 2000 Cataluña legisla por primera vez sobre el Testamento Vital denominándolo documento de **Voluntades Anticipadas** .

Un año después la Comunidad de Madrid, en la **Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria**, lo titula documento de **Instrucciones Previas**, al igual que la **Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**, de ámbito estatal, que dispone, en su artículo 11, que en virtud de dicho documento

**una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.**

Además el otorgante del documento puede designar un **representante** para que, llegado el caso, sirva como interlocutor con el médico o el equipo sanitario con el fin de procurar el cumplimiento de las Instrucciones Previas. El resto de dicho artículo 11 se dedica a reconocer la competencia de las Comunidades Autónomas en lo que se refiere al procedimiento adecuado para garantizar su cumplimiento; establecer su constancia siempre por escrito; determinar los límites de aplicación de las instrucciones previas; permitir en cualquier momento su revocación y prever la creación en el Ministerio de Sanidad y Consumo de un Registro nacional.

En 2005 la Comunidad de Madrid publica la **Ley 3/2005 por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente** .

### ***Requisitos para la formalización del documento*** . (Artículo 5)

1. Las instrucciones previas deberán constar siempre por escrito, de manera que exista seguridad sobre el contenido del documento, debiendo figurar en el mismo la identificación del autor, su firma, fecha y lugar de otorgamiento.
2. Podrá otorgarse mediante cualquiera de los siguientes procedimientos:
  - a. Ante **Notario** , en cuyo supuesto no será necesaria la presencia de testigos.
  - b. Ante el **personal al Servicio de la Administración**, en las condiciones que se determinen mediante Orden del Consejero de Sanidad y Consumo. (...)
  - c. Ante **tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no deberán tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por matrimonio o vínculo de análoga relación de afectividad en la forma establecida legalmente, relación laboral, patrimonial, de servicio u otro vínculo obligacional con el otorgante.**

### ***Contenido del documento*** . (Artículo 6)

1. La manifestación anticipada de los deseos puede referirse a los cuidados y al tratamiento de la salud o, una vez llegado el fallecimiento, al destino del cuerpo o de sus órganos o piezas anatómicas. En todo caso, en el supuesto de situaciones críticas vitales e irreversibles respecto a la vida, **podrá incorporar declaraciones para que se evite el sufrimiento con medidas paliativas, no se prolongue la vida artificialmente por medio de tecnologías y tratamientos desproporcionados o extraordinarios.**
2. Las instrucciones sobre el tratamiento pueden incluir previsiones relativas a las **intervenciones médicas que se deseen recibir, aquellas que no se deseen recibir u otras cuestiones relacionadas con el final de la vida, siempre que sean conformes con la «lex artis».**

En el documento de instrucciones previas, los pacientes pueden manifestar anticipadamente su voluntad de estar acompañados en la intimidad en los momentos cercanos al exitus, y a que los acompañantes reciban el trato apropiado a las circunstancias.

### ***Límites de las instrucciones previas***. (Artículo 11)

1. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la lex artis, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En estos supuestos se dejará constancia razonada en la historia clínica mediante las anotaciones correspondientes. Así como se informará por escrito al paciente o a sus familiares si así lo solicitaran.
2. Tampoco serán aplicables, y en consecuencia se tendrán por no puestas, las instrucciones relativas a las intervenciones médicas que la persona otorgante haya manifestado que desee recibir cuando resulten contraindicadas para su patología, debiendo figurar anotadas y motivadas dichas contraindicaciones en la historia clínica del paciente. Así como se informará por escrito al paciente o a sus familiares si así lo solicitaran.

En noviembre de 2006 la Comunidad de Madrid regula en el **Decreto 101/2006** el **Registro de Instrucciones Previas** .

### ***Funciones***. (Artículo 4).

El Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid desarrollará las siguientes funciones:

- a) Inscribir, a solicitud del otorgante, las instrucciones previas, así como su modificación, sustitución o revocación, cuando se cumplan los requisitos establecidos.
- b) Expedir certificaciones de las instrucciones previas registradas.
- c) Garantizar el acceso a los contenidos de las instrucciones previas a las personas previstas en el artículo 5 del presente Decreto.

- d) Proporcionar información a los ciudadanos para facilitarles el ejercicio de su derecho a otorgar, modificar, sustituir, revocar y, en su caso, inscribir, sus instrucciones previas.
- e) Realizar las acciones necesarias para la coordinación en el Registro de Instrucciones Previas que se establezca en el Sistema Nacional de Salud.

### ***Acceso al Registro*** .(Artículo 5)

Podrán acceder al Registro:

- a) El otorgante en cualquier caso, acreditando su identidad.
- b) Cualquier persona con poder bastante al efecto.
- c) El médico encargado de la asistencia, o cualquier persona del equipo sanitario en quien delegue por escrito, de lo que se dejará constancia en la historia clínica.
- d) Los testigos y el representante interlocutor, en su caso, a los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Las **solicitudes** de inscripción de las instrucciones previas se presentarán en el Registro de Instrucciones Previas **personalmente por el otorgante o por persona con poder bastante al efecto** , acompañando la documentación que proceda, en función del procedimiento elegido para otorgarlas (Artículo 6.2).

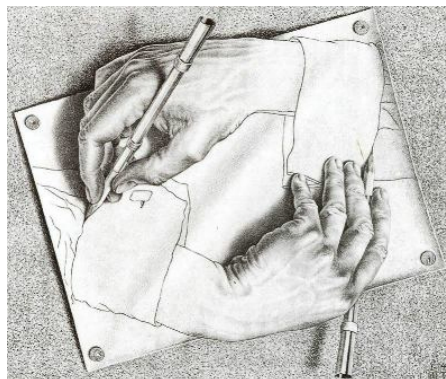
El órgano competente dictará y notificará **resolución** sobre la solicitud de inscripción en el plazo de tres meses desde la fecha en que esta hubiese sido presentada en el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid. Si, finalizado dicho plazo, no se hubiese dictado y notificado resolución expresa, la solicitud de inscripción se entenderá estimada (Artículo 8).

### ***Aportación del documento.*** (Artículo 10).

1. El otorgante **podrá hacer entrega del documento de instrucciones previas no inscrito al médico encargado de su asistencia para su incorporación en la historia clínica.**
2. Si el otorgante se encuentra en situación de incapacidad, podrá entregar las instrucciones previas en su lugar quien las tenga en su poder, con la misma finalidad.
3. En todo caso, la Administración sanitaria arbitrará los mecanismos necesarios para que las instrucciones previas inscritas sean incorporadas a la historia clínica.

## GUÍA FÁCIL PARA EL REGISTRO

1. Infórmese de qué es el Testamento Vital o Documento de Instrucciones Previas. Si es socio puede hacerlo en la Asociación Derecho a Morir Dignamente de Madrid (Tel. **913691746** , L a V de 10:00-13:00, o en [www.eutanasia.ws](http://www.eutanasia.ws)).
2. Elija representante (si no lo hace, en caso de consulta el orden de prioridad es: cónyuge, descendientes, ascendientes, hermanos).
3. Llame al Registro y pida cita (teléfono **914000000**) . Si es urgente, dígaselo al funcionario.
4. Acuda al Registro en la C/ Sagasta nº 6, 1ª Pl. el día de la cita. Si el representante no puede acompañarle lleve firmado el **documento Aceptación de mi Representante Interlocutor (anexo a este documento) y la fotocopia del DNI del representante.**
5. Comuníquese al funcionario del Registro que es socio de DMD y que desea que se incluyan en el apartado de observaciones **las instrucciones propuestas por la Asociación DMD** (conocidas y concertadas con el Registro). Si quiere añadir algo más, hágalo.
6. Fírmelo ante el funcionario público que el Registro pondrá a su disposición.
7. Una vez inscrito el Testamento Vital, si usted desea y siempre que sea socio de DMD, envíe una **fotocopia a DMD Madrid** (Pza. de Tirso de Molina 12, 4ºD; 28012 Madrid), para su registro en la Asociación, que siempre estará a su disponibilidad en caso necesario.



**DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE MI REPRESENTANTE INTERLOCUTOR**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, nacido en  
el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y, por lo tanto, mayor de edad, con plena capacidad de  
obrar, y con domicilio en \_\_\_\_\_, Localidad  
Provincia \_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_, con teléfono1 \_\_\_\_\_ y con teléfono2  
y correo electrónico \_\_\_\_\_

**ACEPTO REPRESENTAR A:**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ nacido en  
el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, a fin de hacer efectiva la aplicación de las Instrucciones  
Previas que ha otorgado, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la  
que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se  
crea el registro correspondiente, así como en su desarrollo reglamentario posterior.

Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este Documento por la  
persona a la cual 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.

Me comprometo a guardar confidencialidad de la información contenida en este Documento,  
según la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma y rúbrica del representante

**DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE MI REPRESENTANTE INTERLOCUTOR SUSTITUTO**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ nacido en  
el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y, por lo tanto, mayor de edad, con plena capacidad de  
obrar, y con domicilio en \_\_\_\_\_, Localidad  
Provincia \_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_, con teléfono1 \_\_\_\_\_ y con teléfono2  
y correo electrónico \_\_\_\_\_

**ACEPTO REPRESENTAR DE FORMA SUSTITUTORIA A:**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ nacido en  
el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, a fin de hacer efectiva la aplicación de las Instrucciones  
Previas que ha otorgado, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la  
que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se  
crea el registro correspondiente, así como en su desarrollo reglamentario posterior.

Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este Documento por la  
persona a la cual 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.

Me comprometo a guardar confidencialidad de la información contenida en este Documento,  
según la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma y rúbrica del representante