



Ministerio
**de Salud
Pública**

Dirección General
de la Salud

Área Programática
del Adulto Mayor

¿Qué es la voluntad anticipada?



msp.gub.uy

Antecedentes e introducción

Uruguay tiene una de las más elevadas expectativas de vida de América Latina y el Caribe, para la mujer llega al entorno de los 80 años. Según los datos del último censo del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), ya superamos un 14 % de la población mayor de 65 años y existe un incremento acelerado de la población de mayores de 80 años. Son más de 500 los centenarios y los escenarios demográficos prevén que para 2050 más del 22 % de la población será mayor de 65 años y así superará en número a los menores de 15 años.

Proyecciones más actualizadas que consideran los datos del último censo establecen que ya en la actualidad habría 1300 personas centenarias y hacia el año 2100 serían unos 13.000 (OPP, Escenarios, 2017).

¿Qué es la voluntad anticipada?

La voluntad anticipada es el conjunto de preferencias que una persona tiene respecto al cuidado futuro de su salud, de su cuerpo y de su vida, las que decide cuando está en pleno uso de sus facultades mentales, anticipándose a la posibilidad de que en algún momento futuro se encuentre incapacitada para expresar esas preferencias y tomar decisiones por sí misma. Se relaciona con el bien morir y la dignidad a cualquier edad. Es necesario tener herramientas que garanticen a las personas el ejercicio de sus derechos independientemente de la edad.

Puede ser entendida como la decisión anticipada y meditada, libre de coacción o dolor, que toma una persona siendo mayor de edad y con lucidez, respecto a ser, o no, sometida a tratamientos, medios o procedimientos médicos invasivos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal, con el objetivo de proteger en todo momento la dignidad de la persona. Por lo tanto, la persona decide cómo quiere que se resuelvan situaciones complejas de salud en el final de su vida; se establece cómo se quiere ser asistido y cuidado.

Por ejemplo, si en determinadas condiciones no se quiere ser trasladado a hospitales o a unidades de cuidados intensivos, o si la persona no quiere que se le realicen maniobras agresivas, intervenciones que no contribuyan a la recuperación o supongan un encarnizamiento terapéutico innecesario.

Esta herramienta no prolonga ni acorta la vida, sino que respeta el momento natural de la muerte y favorece la atención y los cuidados paliativos al final de la vida, es decir, ofrece acompañamiento al paciente sin intervención médica durante la última etapa de su vida. De alguna manera contiene, no solo las preferencias, sino también los valores de la persona, su entorno cultural y sus creencias religiosas o filosóficas.

Conocer la voluntad individual de una persona en estas circunstancias de forma accesible y libre es un ejercicio de autonomía, libertad y autodeterminación; importa que perdure más allá de la capacidad de expresarse, es un ejercicio de libertad que le sobrevive en decisiones serias en salud, su cuerpo, su atención y cuidados que no delega en terceros salvo excepciones que la propia persona disponga y, en esos casos, también elige en quiénes. La voluntad anticipada facilita la toma de decisiones, limita la incertidumbre y genera una mejor calidad de atención y cuidados en los servicios de salud.

Las instituciones públicas y privadas de prestación de servicios de salud deben tener disponible y accesible el formulario estructurado y gratuito en sus páginas, además de darles difusión en los entornos y espacios de atención.

La voluntad anticipada es revocable en cualquier momento por sola voluntad del usuario y debe notificarse al prestador para que lo integre a la historia clínica en cualquier formato.

Para tramitar el documento se necesita cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser mayor de edad.
- Estar en pleno uso de sus facultades mentales, documentado ello desde el punto de vista sanitario.
- Completar el formulario adjunto.
- Elegir un representante sustituto.
- Firmar ante dos testigos.
- Presentar la voluntad anticipada con duplicado a su prestador de salud y solicitar que se deje constancia en su historia clínica papel y electrónica.
- Que le den un recibo o constancia de recibido.
- La norma dispone que existen dos posibilidades: recurrir al formulario gratuito que se encuentra a disposición en este sitio o bien hacerlo con un escribano.
- La voluntad anticipada no es un testamento

En Uruguay, la herramienta de la voluntad anticipada se ampara en lo dispuesto en la Ley N°18.473 y su decreto reglamentario (N° 385/013) que incluye en sus anexos un formulario tipo. La norma permite y hace accesible manifestar gratuitamente la voluntad anticipada ante las instituciones públicas y privadas de prestación de servicios de salud y debe incluirse en la información de la historia clínica del usuario o bien mediante intervención de un escribano público, lo que tiene el costo de los honorarios del profesional para el usuario.

En el artículo 20 del Decreto 385/013 se establece: " Las instituciones públicas y privadas de prestación de servicios de salud no condicionarán la aceptación del usuario ni lo discriminarán basándose en si éstos han documentado o no su voluntad anticipada". El artículo 21 establece el contenido del formulario de la voluntad anticipada que se reproduce a continuación y cualquier usuario puede bajar de esta página, completar y entregarlo a su prestador de salud integral. En tal caso debe ser por duplicado y asegurarse de que se reciba en el prestador.

EXPRESIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA

FORMULARIO

_____ (Ciudad), _____ de _____ de _____ (Fecha)

Yo (nombre completo) _____,
mayor de edad, con cédula de identidad N° _____ - _____, con domicilio
en _____,
con capacidad para tomar una decisión de manera libre y reflexiva, con la
información suficiente, expreso las siguientes instrucciones que quiero se
tengan en cuenta sobre la atención de mi salud cuando me encuentre en una
situación en que, por diferentes circunstancias derivadas de mi estado físico y/o
psíquico, no pueda expresar mi voluntad.

INDICAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A SU VOLUNTAD (circular SI):

SI TUVIERA UNA ENFERMEDAD INCURABLE EN ESTADO
TERMINAL ME OPONGO A LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS
Y PROCEDIMIENTOS SI MÉDICOS QUE PROLONGUEN MI
VIDA, PERJUDICANDO LA CALIDAD DE LA MISMA.

SI

SI TUVIERA UNA ENFERMEDAD INCURABLE EN ESTADO TERMINAL
NO ME OPONGO A LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS Y SI
PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE PROLONGUEN MI VIDA,
PERJUDICANDO LA CALIDAD DE LA MISMA.

SI

PESE A ESTA DECISIÓN, QUIERO QUE SE ME GARANTICE ASISTENCIA DE CALIDAD AL
FINAL DE LA VIDA, MEDIANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS QUE CORRESPONDAN.

¿Qué es la voluntad anticipada?

**QUIERO QUE SE TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE
AL MOMENTO DE TOMAR DECISIONES (OPCIONAL):**

Indique con una cruz si se adjunta
anexo ampliatorio de este apartado: SI _____ NO _____

A) REPRESENTANTES: En caso de no poder expresar mi voluntad, designo a las siguientes personas, mayores de edad, para que tomen las decisiones necesarias:

PRIMER REPRESENTANTE

Nombre completo: _____
Cédula de Identidad: _____ - _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____
Teléfono: _____ Celular: _____
Correo electrónico: _____ @ _____

SEGUNDO REPRESENTANTE (OPCIONAL)

Nombre completo: _____
Cédula de identidad: _____ - _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____
Teléfono: _____ Celular: _____
Correo electrónico: _____ @ _____

Estas personas no perciben remuneración alguna de mi parte o de mi familia, como profesionales o cuidadores por actividades vinculadas a la atención de mi salud.

En caso de duda en la interpretación de este documento, deseo que se tome en cuenta la opinión de mi/s representante/s.

¿Qué es la voluntad anticipada?

B) DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS: Los abajo firmantes, mayores de edad, declaramos que la persona que firma este documento de voluntad anticipada es de nuestro conocimiento, y lo ha hecho plenamente consciente, sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión. Asimismo, los abajo firmantes como testigos declaramos no ser médico tratante, empleados del médico tratante ni directivos o funcionarios de la institución de salud a la cual el titular pertenece. Declaramos asimismo no ser propietarios, socios o accionistas, directores y empleados a cualquier título de residencias de larga estadía y centros de día en la que el titular se encuentre residiendo; asimismo declaramos, que dicha persona no reside en nuestros domicilios particulares, entendiéndose por estos el lugar donde vivimos con ánimo de permanecer allí a cualquier título.

PRIMER TESTIGO

Nombre completo: _____

Cédula de Identidad: _____ - _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

FIRMA:

SEGUNDO TESTIGO

Nombre completo: _____

Cédula de Identidad: _____ - _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

FIRMA:

FIRMA DEL TITULAR:

¿Qué es la voluntad anticipada?

REVOCACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA

_____ (Ciudad), _____ de _____ de _____ (Fecha)

Yo (nombre completo) _____,
revoco la Voluntad Anticipada anteriormente expresada.

FIRMA DEL TITULAR:

ANEXO AMPLIATORIO:

QUIERO QUE SE TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE
AL MOMENTO DE TOMAR DECISIONES (OPCIONAL):

FIRMA DEL
TITULAR:

FIRMA DEL
PRIMER TESTIGO:

FIRMA DEL
SEGUNDO TESTIGO:

Observación: El texto del marco normativo establece las condiciones a considerar en testigos.

En otros adjuntos añadimos ejemplos de prestadores que ponen a disposición el formulario gratuito, con los contenidos señalados en el decreto reglamentario de la Ley 18.473.

¿Qué es la voluntad anticipada?



Dirección
Avda. 18 de Julio 1892.
Montevideo, Uruguay.
Teléfono
1934



msp.gub.uy