

Decreto Provincial B N° 839/2009

Reglamenta Ley Provincial B N° 4264

Artículo 1º - Sin reglamentar.

Artículo 2º - La información fehaciente se realizará en los términos de la Ley Provincial R N° 3.076, consistiendo en una explicación cuidadosa de todos los aspectos relevantes realizada en forma comprensible. Se deberá implementar mediante el formulario aprobado en el Anexo II del presente.

Artículo 3º - El acta deberá adecuarse o bien contener, al menos, los elementos establecidos en el formulario aprobado en el Anexo II del presente.

Artículo 4º - Sin reglamentar.

Artículo 5º - Sin reglamentar.

Artículo 6º - Se entenderá por paciente en estado crítico aquel que posea una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, por lo que su supervivencia sería comprometida de no tomar medidas activas sobre sus funciones vitales.

Artículo 7º - Sin reglamentar.

Artículo 8º - Sin reglamentar.

Artículo 9º - El dictamen emanado del Comité de Bioética no será vinculante.

Artículo 10 - Sin reglamentar.

Artículo 11 - Sin reglamentar.

Artículo 12 - De la objeción de conciencia realizada por los profesionales que así lo deseen se remitirá una copia a la Coordinación Provincial de Fiscalización Sanitaria, dependiente del Ministerio de Salud a los efectos de su archivo en el legajo personal del profesional.

ANEXO I

Decreto Provincial B N° 839

GLOSARIO

Enfermedad irreversible: Aquella patología que, aunque pueda ser manejada transitoriamente, conducirá inevitablemente a la muerte.

Enfermedad incurable: Aquella que no tiene un final cierto como producto del tratamiento o en forma espontánea con o sin ayuda médica.

Estadio Terminal: A aquel en que la muerte es posible en un breve período de tiempo medido mas bien en días o semanas que en meses o años.

Procedimiento de reanimación artificial: Son aquellos procesos de reanimación cardiopulmonar primaria mediante masaje cardíaco externo, respiración boca a boca

y que se continúan de ser necesario con otros procedimientos más complejos tales como asistencia respiratoria mecánica, etcétera.

Medidas de soporte vital: Son las técnicas o tratamientos que aplicados al organismo, pueden sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida.

Agonía: Es el estadio de un paciente en el que por sus condiciones clínicas, que indican deterioro severo de los sistemas orgánicos, la muerte se espera en el transcurso de horas.

Prolongación innecesaria de la agonía: Consiste en la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas, generalmente con objetivos curativos no indicados en fases avanzadas y terminales, de manera desproporcionada, o el uso de medios extraordinarios con el objeto de alargar innecesariamente la vida en la situación claramente definida de agonía.

Sufrimiento inevitable: Cuando en el curso de una enfermedad las expectativas hacen prever que no habrá forma de eludirlo sin medidas especiales adecuadas.

Acciones tendientes al confort y control de síntomas: Son aquellas destinadas a mejorar el bienestar del paciente a través de medidas tendientes a disminuir los síntomas que le producen dolor y/o sensaciones molestas.

ANEXO II
Decreto Provincial B N° 839
FORMULARIO DE INFORMACION FEHACIENTE

....., DNI N°, domiciliado realmente en calle, N°, Piso, Departamento, de la ciudad de, Provincia de, con capacidad para actuar libremente, considerando que he recibido suficiente información y tras haber reflexionado cuidadosamente, tomo la decisión de expresar a través de este documento mi voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado.

Asimismo deseo que sean tenidas en cuenta para mi atención sanitaria, si me llego a encontrar en situación de no poder expresar mi voluntad por deterioro físico o psíquico, que si en un futuro no puedo tomar decisiones sobre mi cuidado médico como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental.

Lo anteriormente manifestado siempre en el caso que a juicio del personal médico que entonces me atiende, no existen expectativas de recuperación sin que se produzcan secuelas que me impidan llevar una vida con un mínimo de comunicación con otras personas y de independencia funcional para las actividades de la vida diaria, así como sin dolor severo y continuado.

Por ello manifiesto que MI VOLUNTAD ES:

1. Que no sean aplicadas, o que se retiren si ya han sido comenzadas a aplicarse, aquellas medidas de soporte vital cardiorrespiratorio y que no se dilate mi vida por medios artificiales como fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial que sólo estén dirigidos a prolongar mi supervivencia.

2. Que cuando los responsables de mi asistencia tengan que optar por tomar decisiones médicas y/o terapéuticas sobre mi persona dirigidas a alargar la vida cuando se den limitaciones cognitivas o motoras que tengan carácter de irreversibilidad con magnitud suficiente, no se apliquen dichas intervenciones.
3. Que se instauren las medidas y se me suministren los fármacos que sean necesarios para controlar con efectividad los síntomas que puedan causarme dolor, padecimiento, angustia o malestar, aunque eso pueda acortar mi expectativa de vida.
4. Que en el caso de que el o los profesionales sanitarios que me atiendan aleguen motivos de conciencia para no actuar de acuerdo con mi voluntad aquí expresada, solicito ser atendido por otros profesionales que estén dispuestos a respetarla.

El presente documento se formaliza ante los dos testigos abajo firmantes, que DECLARAN:

1. Que son mayores de edad, con plena capacidad de obrar y al menos dos de ellos sin relación de parentesco hasta el segundo grado y sin vínculos de relación patrimonial alguna con el otorgante.
2. Que la persona que firma este documento de Voluntades Anticipadas lo ha hecho, hasta donde les es posible apreciar, de forma consciente y voluntaria.

Primer testigo: DNI N°

Firma:

Segundo testigo: DNI N°

Firma:

SOLICITO: la inscripción de este documento de voluntades anticipadas, en el Registro de Voluntades Anticipadas del Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro, indicando que esta inscripción implica la autorización para la cesión de los datos de carácter personal contenidos en este documento, con el fin de facilitar el acceso del personal sanitario que me atienda a esta información cuando lo consideren necesario.

En la ciudad de, a los días del mes de, de