



EXPT. D

324

/09-10



Provincia de Buenos Aires
Honorable Cámara de Diputados

PROYECTO DE LEY

EL HONORABLE SENADO Y LA HONORABLE CAMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

SANCIONAN CON FUERZA DE LEY:

Artículo 1º: El objetivo de la presente Ley es regular la aplicación de las Declaraciones de Voluntad Anticipada, en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires.

Artículo 2º: Defínese como Declaración de Voluntad Anticipada al documento escrito, elaborado por una persona capaz y competente, que pretende guiar las decisiones del cuidado de su salud cuando ya no sea capaz de transmitir sus preferencias o de participar en la toma de decisiones médicas.

Artículo 3º: Toda persona capaz, mayor de 18 años puede en cualquier momento manifestar por medio de un documento escrito:

- a) Su voluntad expresa y previa de consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, cirugías y técnicas artificiales de prolongación de la vida.
- b) Designar a un representante plenamente identificado que haga cumplir su voluntad respecto de las decisiones escritas y en caso de no haberlas, le sustituya en el otorgamiento del consentimiento informado, en los casos en que éste proceda.
- c) Su decisión respecto de la donación de sus órganos o de alguno de ellos en concreto, en el supuesto que se produzca el fallecimiento de acuerdo a lo establecido por la legislación específica en la materia.



Provincia de Buenos Aires
Honorable Cámara de Diputados



Artículo 4º: Para que una Declaración de Voluntad Anticipada sea válida:

- a) El firmante debe ser mayor de ²¹18 años.
- b) Debe estar en uso pleno de sus facultades mentales.
- c) La declaración debe efectuarse de manera voluntaria, reflexiva y sin ninguna presión externa.

Artículo 5º: Es requisito de forma para la Declaración de Voluntad Anticipada, que la misma sea escrita, fechada y firmada por la persona interesada ante Escribano Público o ante quien designe la Autoridad de Aplicación, para tal fin.

Artículo 6º: Las Declaraciones de Voluntad Anticipada serán válidas hasta tanto no medie expresa revocación de las mismas por el interesado, de acuerdo a procedimiento similar al citado en el artículo precedente.

Artículo 7º: El equipo de salud deberá mantener en todos los casos las medidas que permitan la mejor calidad de vida de las personas involucradas en la Declaración de Voluntad Anticipada.

Artículo 8: Ningún profesional del equipo de salud que haya obrado de acuerdo a las disposiciones de presente Ley estará sujeto a responsabilidad civil, penal ni administrativa derivada del estricto cumplimiento de la misma.

Artículo 9º: El Poder Ejecutivo determinará la Autoridad de Aplicación de la presente Ley.

Artículo 10º: Créase un Registro de Declaraciones de Voluntad Anticipada destinado a la guarda y preservación de las mismas, dependiente de la Autoridad de Aplicación.

Artículo 11º: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Prof. Dr. EDUARDO CARLOS FOX
Diputado Provincial
Bloque Unión Peronista
!! C. de Diputados de la Pcia. de Bs. As.



Provincia de Buenos Aires
Honorable Cámara de Diputados

FUNDAMENTACIÓN

Existen en Argentina y en el mundo varios intentos para elaborar guías para que las personas comuniquen un grupo de valores de vida, además de sus elecciones sobre tratamientos específicos; en varios países existen leyes que determinan el marco normativo respectivo. Es imposible imaginar todas las situaciones y enfermedades posibles. Quienes proporcionan el cuidado de los pacientes son más capaces de conocer cómo influye su religión, sus creencias, sus valores familiares en sus decisiones trascendentales.

Es útil incluir en las conversaciones previas a familiares y amigos cercanos ya que podemos observar diversos matices culturales y apoyar sus decisiones futuras.

En Estados Unidos, varios Estados poseen leyes que receptan las denominadas Declaraciones de Voluntad Anticipada, también conocidas como Directivas Anticipadas.

En España, Cataluña, Galicia, Aragón y Madrid han aprobado leyes sobre Derechos de Información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica.

En el año 2003 se aprobó en Andalucía la Declaración de Voluntad Anticipada.

El 14 de noviembre de 2002 se aprobó en España a nivel federal la "Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica" que incluye un reconocimiento del Testamento Vital.

En nuestro país, en enero de 2005, se creó un Registro para Actos de Autoprotección en el ámbito del Colegio de Escribanos de la Provincia de Buenos Aires con el fin de asentar escrituras públicas que contengan información acerca de actos voluntarios tales como las Declaraciones de Voluntad Anticipadas.

Al carecer de norma jurídica este registro no tiene fuerza de Ley, y el cumplimiento o no de las Directivas Anticipadas queda en el ámbito de los Jueces, aunque mucho se habla del respeto por la autonomía de las personas.

Se entiende por autonomía, la capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir y cómo



Provincia de Buenos Aires
Honorable Cámara de Diputados



enfrentar las enfermedades, la dependencia y la muerte, de acuerdo a las normas y preferencias propias.

Es por ello que solicito a las Señoras y Señores Legisladores, acompañar con el voto afirmativo el presente **PROYECTO DE LEY**.

Prof. Dr. EDUARDO CARLOS FOX
Diputado Provincial
Bloque Unión Peronista
C. de Diputados de la Pcia. de Bs. As.



Provincia de Buenos Aires
Honorable Cámara de Diputados

MODELO DE DECLARACION DE VOLUNTAD ANTICIPADA

(Yo), _____, am of
sound mind, and I voluntarily make this declaration. **(en plenas condiciones mentales y en forma voluntaria hago la presente declaración)**

If I become terminally ill or permanently unconscious as determined by my doctor and at least one other doctor, and if I am unable to participate in decisions regarding my medical care, I intend this declaration to be honored as the expression of my legal right to consent to or refuse medical treatment. **(Si llegara a padecer una enfermedad terminal o a quedar permanentemente inconsciente según así lo disponga mi médico y al menos otro médico más, o si no me encuentro en condiciones aptas para participar en las decisiones concernientes al cuidado de mi salud, suscribo esta declaración para que sea considerada como la expresión de mi derecho legal de consentir o rechazar un tratamiento médico.)**

My desires concerning medical treatment are **(mis deseos concernientes a tratamientos médicos son)**

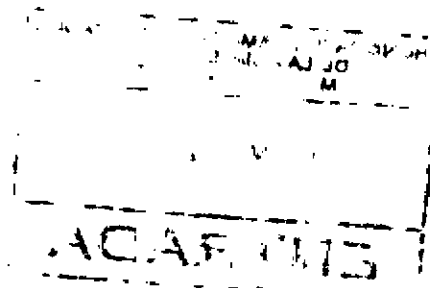
My family, the medical facility, and any doctors, nurses and other medical personnel involved in my care shall have no civil or criminal liability for following my wishes as expressed in this declaration. **(Mi familia, el equipo médico, y cualquier doctor, enfermera y otro personal médico involucrado en mi cuidado, no debe tener responsabilidad civil ni penal por seguir mis deseos tal como los expreso en esta declaración.)**

I may change my mind at any time by communicating in any manner that this declaration does not reflect my wishes. **(Puedo cambiar mi opinión o revocarla en cualquier momento y de cualquier forma comunicando que esta declaración no refleja mis deseos.)**

Photostatic copies of this document, after it is signed and witnessed, shall have the same legal force as the original document. **(Las copias fotoestáticas de este documento, luego de ser firmado ante los testigos, tendrá la misma fuerza legal que el documento original)**



Provincia de Buenos Aires
Honorable Cámara de Diputados



I sign this document after careful consideration. I understand its meaning and I accept its consequences. **(Firmo este documento bajo cuidadosa consideración. Entiendo su significado y acepto sus consecuencias)**

Signed **(Firmado)** _____ Dated **(Fechado)** _____

Address **(Dirección)** _____

This declaration was signed in our presence. The declarant appears to be of sound mind, and to be making this declaration voluntarily without duress, fraud or undue influence. **(Esta declaración fue firmada en nuestra presencia. El declarante parece / aparenta / demuestra estar en plenas condiciones mentales, y hacer esta declaración voluntariamente sin presión, fraude, o bajo influencias.)**

Signed by witness **(Firmado por testigo)** _____

Address **(Dirección)** _____

Signed by witness: **(Firmado por testigo)** _____

Address:
(Dirección) _____