

# Una guía para decisiones sobre los cuidados al final de la vida

Una breve introducción ética  
sobre decisiones médicas  
respecto a los tratamientos de  
mantenimiento vital  
en la tradición católica

Un suplemento a "Directivas anticipadas para el cuidado de salud:  
Una perspectiva católica"



DE LOS OBISPOS CATÓLICOS DE MINNESOTA

Gracias al P. Tom Knoblach a partir de cuyo trabajo se desarrolló esta guía; a los miembros del Comité de Vida, Familia y Cuidado de Salud de la Conferencia Católica de Minnesota y al National Catholic Bioethics Center [Centro Nacional Católico de Bioética] por sus ediciones y sugerencias.

# ÍNDICE

La vida es un regalo de Dios.....	p. 2
Medicina y ser buenos custodios del don de la vida...	p. 3
Por qué morir puede ser más difícil hoy.....	p. 4
Eutanasia: Una falsa misericordia.....	p. 6
La enfermedad y la muerte afectan a la persona completa.....	p. 8
La ciencia médica y la aceptación de la muerte....	p. 12
Medios ordinarios vs. extraordinarios.....	p. 15
Evaluación de medios ordinarios y extraordinarios...	p. 16
Retener versus retirar intervenciones de mantenimiento vital.....	p. 20
Certeza moral.....	p.21
Directivas anticipadas.....	p. 23
¿Qué hago si todavía tengo más preguntas?.....	p. 28
Conclusión y lectura adicional.....	p. 29

# LA VIDA ES UN REGALO DE DIOS

La tradición católica reconoce que la vida es un regalo de Dios, nuestro Creador. De hecho, la vida humana es el fundamento para poder disfrutar de todos los demás bienes de esta vida. Además, Dios hizo al hombre a su imagen y nos llama a la vida eterna. Por lo tanto, la dignidad inviolable de cada vida humana individual, hecha a imagen de Dios, es la base de todas las demás enseñanzas morales católicas.

## *Cristo revela el sentido de nuestras vidas*

Gracias a la Encarnación, Cristo participa plenamente nuestra vida y, por tanto, transforma cada momento de la vida humana, desde la concepción hasta la muerte. La obra salvífica de Jesús no elimina el sufrimiento y la muerte de la condición humana. Sin embargo, a los ojos de la fe, Él transforma el sentido del sufrimiento y la muerte. Podemos unir nuestros propios sufrimientos a los de Cristo y compartir de una manera profunda su sacrificio salvífico. Cuando llegamos al fin de nuestra peregrinación terrenal ante los ojos de Dios, podremos abrazar la muerte según la voluntad de Dios como un paso a una nueva vida.

# Medicina y ser buenos custodios del don de la vida

---

Las contribuciones de la medicina y la tecnología son una parte importante de ser buenos custodios del don de la vida y de nuestro cuidado de la creación de Dios. Sin embargo, el cuidado de salud no es un fin en sí mismo. Evaluamos los tratamientos de mantenimiento vital a la luz de su impacto en la persona humana individual, en sus circunstancias específicas. Es cierto que somos responsables de preservar razonablemente la vida y la salud en este mundo. Al mismo tiempo, también reconocemos las limitaciones de la medicina y el hecho de que Dios nos llama a la vida eterna y a la plenitud con Él.

## ***El punto intermedio entre la eutanasia y una dependencia excesiva de la tecnología***

El regalo de Dios de la vida humana es el fundamento de todos Sus otros regalos. El derecho más básico de cada persona incluye el derecho a preservar su vida. Cuando se necesita atención médica profesional, debemos dar nuestro consentimiento al uso razonable de atención y tratamiento médicos apropiados por respeto a la dignidad que Dios nos ha dado y la naturaleza sagrada de la vida; y también para que podamos cumplir con nuestros deberes para con Dios, nuestros seres queridos y todos los que dependen de nosotros. Cuando los pacientes consienten en someterse a intervenciones médicas, esperan una cura, una mejora, un consuelo o una ayuda para mantenerse con vida, pero esto no significa que todos esos tratamientos beneficiosos sean moralmente obligatorios.

# Por qué morir puede ser más difícil hoy

---

***En cierto modo, morir es más difícil hoy que en el pasado por varias razones:***

1) Si bien los avances en la tecnología médica permiten mejorar la calidad de vida y la longevidad de muchas personas, también crean nuevos desafíos éticos. Ahora podemos mantener la vida mediante tecnología que no estaba disponible para las generaciones anteriores. ***Pero el simple hecho de que podamos prolongar la vida no significa necesariamente que debamos hacerlo.*** Estos avances pueden dificultar la determinación de cuándo ocurre la muerte. Desdibujan la línea entre la atención ordinaria y las intervenciones tecnológicas extraordinarias y plantean dudas sobre la asignación de recursos médicos limitados.

2) Aunque en el pasado la muerte fue una parte familiar del ciclo de la vida, muchas personas ahora tienden a esperar que el notable progreso en la medicina implique que pueden evitar experimentar sufrimiento e incluso la muerte. Además, nuestra cultura inevitablemente margina a las personas con enfermedades crónicas, ancianos, discapacitados o moribundos porque exaltamos la juventud, la vitalidad, la productividad y la decisión individual. Asimismo, las personas tienden a mudarse con más frecuencia, la población está envejeciendo y los pacientes suelen consultar a una amplia variedad de proveedores de cuidado de salud en lugar de consultar solamente a

su "médico de familia". Por lo tanto, la muerte puede convertirse en una amenaza a evitar siempre que sea posible o algo que hay que "controlar" cuando ya no sea posible evitarla. El sufrimiento, la discapacidad y la pérdida parecen ser experiencias sin sentido para muchos y, cada vez más, algunos proponen el suicidio asistido y la eutanasia como una solución razonable para escapar de ese sinsentido.

**3)** A pesar de muchos avances en la medicina de alta tecnología, el manejo inadecuado del dolor y otras molestias que pueden acompañar a la muerte sigue siendo motivo de preocupación. De hecho, este miedo al sufrimiento incontrolado es parte del impulso para legalizar el suicidio asistido y la eutanasia.



## Eutanasia: Una falsa misericordia



Eutanasia significa literalmente “buena muerte”. Entre los antiguos griegos, el término era descriptivo y se refería a la feliz circunstancia de morir después de una vida larga y plena, rodeado de familiares y amigos, y libre de dolor y sufrimiento, un escenario ideal para el final de la vida. En los últimos años, sin embargo, algunos utilizan este término para referirse al acto de activamente poner fin a la vida para aliviar el sufrimiento físico y/o psicológico. La Iglesia define el término: “Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor” (Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración sobre la Eutanasia Jura et Bona [5 de mayo de 1980], n. 2).

A veces, la gente llama a la eutanasia “asesinato por piedad”. Parece preferible –un acto de “misericordia”– evitar el sufrimiento cuando sea posible, incluso provocando la muerte, en lugar de soportar el dolor,

la desesperación y la sensación de ser una carga para los demás. El suicidio asistido es simplemente una forma de eutanasia en la que el paciente pone fin directamente a su propia vida y no indirectamente por la acción de otra persona.

***La tradición católica, sin embargo, rechaza la eutanasia, ya sea infligida por uno mismo o por otros, como una falsa misericordia.*** Estamos totalmente de acuerdo en que el sufrimiento es un mal que se debe evitar cuando sea posible y apoyamos el manejo del dolor y los síntomas para aliviar el malestar físico y la angustia psicológica. De hecho, la tradición católica apoya aliviar el dolor con medicamentos, incluso cuando esto pueda acelerar la muerte de la persona, siempre que este efecto sea meramente previsto pero no directamente intencionado. Los efectos del pecado original perjudican nuestro mundo y limitan nuestra capacidad para prevenir el sufrimiento. Pero actuar directamente para poner fin a la vida de una persona no es el medio moral para aliviar el sufrimiento.



# La enfermedad y la muerte afectan a la persona completa

---

Aunque la “muerte” es un evento (un momento particular en el que el alma abandona el cuerpo y termina la vida terrenal), “morir” es muchas veces un proceso que se extiende a lo largo de un período de tiempo. Este proceso de morir (especialmente en una enfermedad prolongada) suele implicar sufrimiento a todos los niveles de la persona:

*Físico | Emocional/Psicológico  
Relacional/Social | Espiritual*

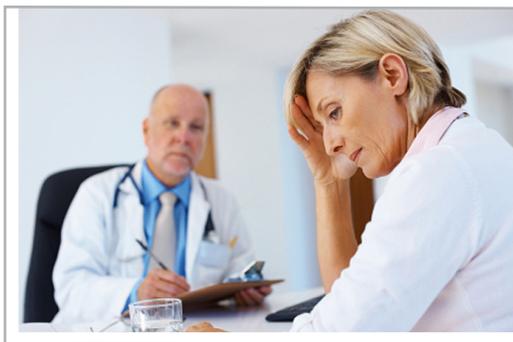
**Físico** - Si se utilizan correctamente, los medicamentos para el tratamiento del dolor son extremadamente eficaces. La Iglesia enseña que el uso de tales analgésicos es completamente aceptable, incluso si su uso puede causar pérdida del conocimiento o incluso acelerar la muerte, siempre y cuando la intención al usar los medicamentos sea únicamente aliviar el dolor y no causar directamente



la muerte. Los cuidados paliativos proporcionan una amplia gama de medicamentos y técnicas para controlar el sufrimiento, el dolor y otros síntomas que acompañan a enfermedades graves. Nadie tiene por qué sufrir de manera insoportable.

Además, todo el cuidado que normalmente se brindaría a los pacientes debe brindarse a aquellos que tienen enfermedades terminales, los moribundos, personas de edad avanzada, que padecen formas de demencia o que se encuentran en “estado vegetativo persistente”. Distinguimos entre intervenciones **terapéuticas** que pretenden curar o sanar una enfermedad existente y los medios o intervenciones **paliativos** encaminados a proporcionar comodidad y aliviar al sufrimiento. Incluso cuando no es posible una cura, estamos obligados a ofrecer comodidad y cuidados normales.

**Emocional/Psicológico** – Es natural y normal que una persona con una enfermedad grave, una edad avanzada u otras situaciones cercanas a la muerte experimente una variedad de emociones que incluyen incredulidad, miedo, arrepentimiento, ansiedad, tristeza, ira, depresión y, por otro lado, una eventual aceptación y paz. La escucha sincera y empática, la presencia de familiares y amigos y las interacciones amables y comprensivas por parte de los profesionales de cuidado de salud ayudarán a aliviar la angustia emocional de la persona; estas medidas recuerdan a la persona (y a todos los presentes) su valor como persona única con un valor y una dignidad infinitos.





**Relacional/Social** – La persona moribunda puede experimentar aislamiento, soledad y cambios inevitables en las relaciones con la necesidad de poner fin y despedirse a sus seres queridos. La presencia de familiares y amigos es muy importante en momentos de enfermedad, y especialmente cuando se acerca la muerte. La persona moribunda a menudo experimenta un gran consuelo cuando sus seres queridos lo rodean, incluso si él o ella no puede responder conscientemente a ellos. Estar presente también es importante para los propios familiares y amigos, para que puedan despedirse y llegar a la aceptación y soltar el dolor. En ocasiones, puede ser necesaria la reconciliación y el perdón para que la persona pueda morir con tranquilidad y paz espiritual.

**Espiritual** – El misterio de la muerte nos abre naturalmente a las dimensiones trascendentes de la vida humana. Sin embargo, este misterio también puede causar una crisis de fe al poner a prueba la confianza en Dios y la esperanza de la vida eterna. La persona moribunda debería tener la oportunidad de visitar a representantes de su propia comunidad de fe. Los pacientes católicos deben ser fortalecidos en esta etapa final de la vida con cuidado pastoral y los sacramentos de la Reconciliación, la Unción de los Enfermos y la Eucaristía (si pueden recibir la Comunión).



# La ciencia médica y la aceptación de la muerte

---

Hay un momento en cada vida en el que agotamos todas las posibilidades razonables de prevenir la muerte. La tradición católica no exige prolongar la vida terrenal de todas las formas posibles ni a toda costa. Semejante posición sería contraria a la dignidad humana, a la intuición moral y a la voluntad de Dios. ***Cuando los esfuerzos adicionales para mantener la vida terrenal resulten ineficaces o excesivamente onerosos sin ofrecer una esperanza razonable de beneficio, dichos esfuerzos o intervenciones podrán renunciarse o retirarse si ya están en uso.***

Aceptar los límites de la ciencia médica y de los esfuerzos humanos para prevenir la muerte no es una falta de fe o de caridad; de hecho, es una expresión de fe y un compromiso de acompañar a la persona en las etapas finales de su peregrinación terrena.



Cuando se acerca el momento de la muerte, nuestro compromiso con la sanación y el cuidado no termina, sino que toma una forma distinta: desviamos nuestra atención de los esfuerzos por restaurar la salud y la función hacia mantener la comodidad y la preparación para la muerte. Este tiempo es único para cada persona en su caso específico, y para discernirlo deben entrar en juego una variedad de factores y voces.

Determinar cuándo ha llegado este momento puede resultar difícil. La complejidad de algunos casos, desde el punto de vista médico y moral, puede desdibujar la línea entre un “permitir morir” moralmente justificado y un “causar la muerte” moralmente repugnante en la mente de los involucrados. El criterio más simple para trazar esta línea correctamente es responder honestamente a esta pregunta: **“¿Qué causará esta muerte?”** ¿Es la patología o lesión subyacente la que resiste todos los esfuerzos razonables para curarla o tratarla? En caso afirmativo, entonces estamos permitiendo que la persona muera al renunciar a intervenciones inútiles o excesivamente gravosas. O, por otro lado, ¿la acción u omisión realizada causaría la muerte intencionalmente? ¿sin tal acción u omisión continuaría la vida por el momento? Si es así, entonces es eutanasia.





## Medios ordinarios y extraordinarios

La tradición de la Iglesia y el consenso de la comunidad médica han distinguido durante mucho tiempo entre medios ordinarios y medios extraordinarios para mantener la vida. A veces la gente utiliza otros términos para esta distinción. Puede haber una discusión sobre medios “proporcionados” y “desproporcionados”, enfatizando la diferencia entre el beneficio esperado y las cargas incurridas. **Medios proporcionados** son aquellos que ofrecen una esperanza razonable de beneficio y no implican una carga excesiva para el paciente; es decir, no imponen riesgos graves, dolor excesivo, costos prohibitivos o alguna otra carga extrema.

A veces la gente utiliza los términos “éticamente obligatorio” y “éticamente opcional” para enfatizar que evaluar las posibles opciones médicas no es simplemente una evaluación médica, sino que tiene un componente ético.

***Cualesquiera que sean los términos utilizados para hacer la distinción, la tradición católica sostiene que uno está moralmente obligado a utilizar medios ordinarios para preservar la vida. Está permitido, pero no es obligatorio, utilizar medios extraordinarios.***

Aunque esta enseñanza es bastante sencilla a nivel teórico, en casos reales puede resultar bastante difícil determinar qué es ordinario y se debe hacer y qué es extraordinario y, por lo tanto, no es requerido. Como se señaló anteriormente, los avances en la tecnología médica, los cambios en la prestación de cuidado de salud y otros factores han hecho que sea cada vez más complicado trazar una línea clara entre lo ordinario y lo extraordinario.

# Evaluación de medios ordinarios y extraordinarios

Los criterios útiles para determinar si las intervenciones propuestas son ordinarias o extraordinarias incluyen la consideración de los siguientes factores: preferencias del paciente; riesgo; gastos; esperanza; disponibilidad; y beneficios/cargas.

**Preferencias del paciente:** La autonomía del paciente es un valor importante en la ética del cuidado de salud, arraigado en los mismos compromisos con la responsabilidad y la libertad moral que la necesidad de consentimiento informado para el tratamiento. El paciente competente tiene la palabra principal sobre lo que se hará o no.

Los proveedores de cuidado de salud, por su parte, normalmente están obligados a seguir los deseos del paciente, siempre que no sean contrarios a la ley o a las obligaciones éticas de la institución que presta los cuidados. Asimismo, cada paciente está obligado a tomar decisiones médicas siguiendo estos mismos criterios, incluyendo la responsabilidad de tomar medidas razonables para preservar la vida y la salud.

Cuando la persona se vuelve incapaz de elegir debido a la inconsciencia o a la falta de capacidad, los miembros de la familia u otros representantes que toman decisiones entran en el proceso. En tales casos, es de gran ayuda contar con una directiva anticipada para las decisiones de cuidado de salud, que indique los deseos de la persona para que otras personas que toman decisiones los conozcan claramente.

# Evaluación de medios ordinarios y extraordinarios

Más información sobre las directivas anticipadas se encuentra en las páginas 23-27.

**Riesgo:** Cuando una intervención aún es experimental, o cuando existe un peligro al utilizar la intervención para esta persona en particular, existe un riesgo. Cualquier procedimiento médico conlleva algún riesgo. Por lo tanto, debemos evaluar los riesgos y los beneficios potenciales en cada circunstancia.

**Gastos:** Este factor puede relacionarse con términos financieros absolutos o relativos. Dadas las preocupaciones contemporáneas sobre los crecientes costos médicos y los recursos limitados, es importante evaluar los gastos cuidadosamente. Aunque el gasto puede ser un factor para determinar si una intervención es extraordinaria o no, no es el único factor; el derecho innato de la persona a la vida tiene prioridad sobre los costos. Pero el gasto puede ser un factor a considerar en la decisión cuando el riesgo o la carga son altos y la esperanza de beneficio es baja.

**Esperanza:** Esto se refiere a la expectativa razonable de que una intervención tendrá los beneficios previstos. Esto no siempre significa esperanza de una recuperación completa o de vuelta a plena salud y al funcionamiento. En algunos casos, dicha recuperación ya no es posible, pero aún podemos mejorar la calidad de vida de la persona. Deberíamos nivelar nuestras expectativas en función de la probabilidad de que un tratamiento particular logre su objetivo, así como de su efecto general en el bienestar del paciente.

# Evaluación de medios ordinarios y extraordinarios

**Disponibilidad:** Se refiere al acceso a una determinada intervención para esta persona, aquí y ahora. Por ejemplo, si una persona sólo pudiera tener acceso a una consulta a través de un hospital distante, pero el transporte requerido presentaría un riesgo grave, entonces dicha cirugía podría considerarse “no disponible” y, por tanto, ser extraordinaria para esa persona, incluso si es rutinariamente en el otro hospital. O, en situaciones de epidemia, cuando hay una demanda abrumadora del equipo o del personal necesarios, esas intervenciones pueden no estar “disponibles” en términos prácticos. Además, como principio moral general, el factor de disponibilidad nos recuerda que hay muchos lugares en nuestro mundo donde las personas no tienen acceso ni siquiera a los recursos mínimos y rutinarios que tomamos por garantizados.

**Beneficios/Cargas:** Este es el factor central para determinar si una intervención propuesta es ordinaria o extraordinaria. Se refiere a una “comparación” de la intervención propuesta en términos de los beneficios esperados para el paciente en relación con las cargas que soportaría.

Estos beneficios y cargas se refieren principalmente a los efectos de la intervención en el paciente. Deberíamos considerar de forma secundaria y subordinada los beneficios y cargas para la familia de la persona, sus cuidadores, los profesionales de la salud y la sociedad en

# Evaluación de medios ordinarios y extraordinarios

su conjunto. Siempre en el centro de la consideración está el paciente, cuyo bien no debemos poner en competencia con otros factores.

Deberíamos considerar los beneficios y las cargas de manera integral: es decir, incluyen no sólo factores físicos, sino también efectos emocionales/psicológicos, relacionales/sociales y espirituales. Cuando las cargas realmente superan los beneficios previstos, la intervención es extraordinaria y puede legítimamente renunciarse. Siempre que la persona sea capaz (a veces denominada "legalmente capaz"), tiene el derecho y la responsabilidad de hacer este juicio informado. En ocasiones, sin embargo, la persona no es capaz de tomar esta decisión debido a la inconsciencia, la demencia o algún otro factor. En tales casos, los encargados de tomar decisiones y los profesionales de la salud dialogan juntos para que se pueda tomar una decisión razonable para el paciente basada en cualquier deseo conocido previamente expresado del paciente y/o los mejores intereses del paciente.

Es bueno enfatizar nuevamente que debemos discernir los medios ordinarios y extraordinarios caso por caso. Es único para cada individuo en las circunstancias concretas del momento. Debemos reevaluar los medios periódicamente a medida que pasa el tiempo y cambia el estado del paciente.

# Retener versus retirar intervenciones de mantenimiento vital

---

Desde un punto de vista ético, si observamos los criterios anteriores, no hay diferencia moral entre retener una intervención y retirar una que ya está en uso. En cualquier caso, discernimos si los medios en cuestión son extraordinarios y, por tanto, éticamente opcionales.

Pero emocionalmente puede ser mucho más difícil retirar un medio actualmente en uso. Dado que puede producirse la muerte cuando se suspende el medio, puede parecer que la decisión de retirarlo es la causa directa de la muerte. Sin embargo, si el discernimiento es correcto, es la patología subyacente la que causa la muerte; la retirada de medios simplemente permite que la patología siga su curso natural, sin utilizar más medios tecnológicos para prevenir la muerte.

Retener un medio puede parecer menos dramático, pero, de hecho, requiere una mayor certeza moral porque debemos determinar si los medios propuestos serían extraordinarios. Cuando *se retira* un medio en uso, debe haber alguna evidencia de que el medio es ineficaz o excesivamente gravoso; *retener* un medio se basa en la especulación de que sería ineficaz o gravoso. No obstante, podemos discernir esto éticamente de acuerdo con los criterios anteriores con la debida diligencia al evaluar los hechos médicos y los resultados probables.

# CERTEZA MORAL

Es de vital importancia darse cuenta de que las decisiones éticas sobre asuntos importantes como estos son muy complejas y a menudo inciertas. Como señaló el gran filósofo griego Aristóteles más de cuatro siglos antes de Cristo: "Es propio del hombre instruido buscar la exactitud en cada género de conocimientos en la medida en que la admite la naturaleza del asunto". Santo Tomás de Aquino observó la misma realidad: que podemos tener certeza a nivel de principios, pero cuanto más tratamos casos específicos, mayor es la incertidumbre que encontramos. Por esta razón, la tradición católica no exige una "certeza absoluta" (el tipo de necesidad lógica que encontramos en las matemáticas, por ejemplo) sobre decisiones tan complejas frente al misterio de la muerte. Esto se debe a que es posible que no seamos capaces de presentar un argumento completamente satisfactorio y lógicamente convincente sobre el curso de acción que elegimos tomar; personas de igual buena voluntad pueden tener



# CERTEZA MORAL

opiniones diferentes; y es posible que tengamos que lidiar con ambigüedades y probabilidades en lugar de garantías claras.

La Iglesia sí exige, sin embargo, que tengamos “certeza moral”. Este tipo de certeza la alcanzamos en el diálogo con los demás. Primero, escuchamos todos los hechos de la situación, incluyendo:

- El diagnóstico y pronóstico médico;
- Las posibles alternativas de tratamiento;
- Los riesgos y beneficios de cada uno;
- Los costos económicos, psicológicos y sociales previstos con cada uno;
- Y los deseos y preferencias expresados por la persona.

Evaluamos estos hechos sin prejuicios ni parcialidades y los evaluamos cuidadosamente a la luz de la sabiduría acumulada que se encuentra en las enseñanzas de nuestra fe. Nos tomamos el tiempo para escuchar atentamente la voz de nuestra conciencia y buscar la voluntad de Dios en oración sincera. Consultamos con otras personas que tienen experiencia especial en los diversos aspectos de la cuestión y que pueden ayudarnos con un discernimiento honesto. Entonces, llegamos a una decisión que creemos sinceramente correcta en este caso concreto. Estas decisiones son un ejercicio de la virtud de la prudencia; por eso, a veces se les conoce como “juicios prudenciales”.

# DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Aunque las personas pueden expresar verbalmente sus preferencias sobre la atención y el tratamiento, la ley generalmente define una "directiva anticipada" como un documento escrito que un individuo prepara para instruir a los profesionales de la salud y a los miembros de la familia sobre sus preferencias de cuidado de salud en caso de que no pueda comunicárselas en un momento decisivo. Las directivas anticipadas son una extensión del derecho legítimo a dirigir la propia atención médica y a ejercer la responsabilidad y buena administración de los dones de la vida y la salud. La Iglesia apoya las directivas anticipadas siempre que dirijan la atención de acuerdo con los principios católicos.

Desde 1990, cada centro de cuidado de salud que recibe fondos federales está obligado a preguntar al paciente al ingresar si tiene una directiva anticipada y, en caso contrario, si le gustaría preparar una. A nadie se le pueden negar servicios ni se le puede dar un nivel diferente de atención si no hay una directiva anticipada, ni se le exige a la persona que la tenga.

A lo largo de los años, las directivas anticipadas adoptaron dos formas generales comúnmente llamadas "testamento vital" (living will en inglés) y "poder notarial duradero para el cuidado de salud" (DPAHC por sus siglas en inglés). El testamento vital era una clase anterior de directiva anticipada que intentaba ser específica acerca de las intervenciones, detallando condiciones y tecnologías particulares que una persona desearía o no en esas condiciones. Los testamentos vitales a menudo han demostrado ser ineficaces en la práctica porque

# DIRECTIVAS ANTICIPADAS

se redactaban mucho antes de la necesidad real y era imposible predecir la situación médica precisa de cada uno y cómo las circunstancias futuras y los desarrollos tecnológicos podrían afectar sus preferencias.

El poder duradero fue desarrollado para abordar estas preocupaciones. En el poder duradero, la persona nombra a un apoderado que toma decisiones o "agente de cuidado de salud" (y generalmente un suplente si la primera persona no está disponible cuando surge la necesidad) para tomar decisiones de cuidado de salud en su lugar. Este poder para el cuidado de salud opera sólo si el paciente no es capaz de tomar sus propias decisiones; el agente nunca puede anular los deseos de una persona capaz. Además, el agente aboga por las necesidades de atención continuas de la persona, en lugar de sólo en situaciones de muerte inminente. El agente debe hacer un esfuerzo sincero para dar un consentimiento verdaderamente informado y hablar en nombre de los mejores intereses del paciente tal como el paciente los vería. Suponemos que el paciente expresó claramente sus valores y preferencias al agente antes de que éste deba decidir.

Este poder notarial duradero otorga autoridad sólo para decisiones de cuidado de salud (no otorga al agente ningún poder sobre otros asuntos legales o financieros de la persona). El poder duradero formaliza lo que suele ocurrir en ausencia de directivas anticipadas: las personas más cercanas al paciente toman las decisiones. Más recientemente, otras formas de directivas anticipadas combinan características de estos dos métodos.

# DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Permiten tanto el nombramiento de un agente de cuidado de salud para hablar en nombre de la persona como la indicación de las preferencias de tratamiento. Debido a que existe tanta variedad de formularios, quienes elaboran una directiva anticipada deben leerlos detenidamente y buscar asesoramiento de expertos, si es necesario, para garantizar que el formulario utilizado exprese con precisión los deseos y compromisos éticos de la persona. **Animamos a los católicos a utilizar la Directiva católica de cuidado de salud de Minnesota, que está en línea en [www.MNCatholic.org](http://www.MNCatholic.org).** Este formulario cumple con las pautas legales de Minnesota para directivas anticipadas, proporciona una declaración de cuidado de salud consistente con la enseñanza católica y permite seleccionar un agente de cuidado de salud.

Entre los temas que la persona debe discutir con el agente de cuidado de salud está su preferencia con respecto a:

- reanimación cardiopulmonar (RCP);
- tener una orden de "no reanimar" (ONR);
- el uso de antibióticos para tratar infecciones;
- cirugía;
- hospitalización;
- nutrición e hidratación médicamente asistidas;
- estrategias de manejo del dolor;
- continuar con la diálisis u otras intervenciones o medicamentos que la persona pueda estar usando;
- deseos de cuidados paliativos y otros cuidados para enfermos terminales;
- y deseos de cuidado espiritual.

# DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Cualquiera puede redactar una directiva anticipada y no requiere los servicios de un abogado. Una persona puede revocar una directiva anticipada en cualquier momento. Se deben presentar copias de las directivas anticipadas al médico de atención primaria, al agente de cuidado de salud y tal vez a otros miembros de la familia; el objetivo es que estén fácilmente disponibles para consulta en caso de que surja la necesidad.

Las directivas anticipadas siempre requieren interpretación y aplicación a las particularidades concretas de cada situación. Por lo tanto, el factor más importante para honrar los deseos de una persona es que las personas cercanas a ella hablen con ella sobre sus preferencias y valores, de modo que el agente de cuidado de salud pueda hablar con confianza y tener acceso a información médica actualizada sobre la condición, pronóstico y opciones de tratamiento de la persona. Por eso siempre es preferible el nombramiento de un agente en vez de una mera lista de tratamientos.

**Para obtener más información sobre las directivas anticipadas, consulte el folleto complementario de esta guía, titulado “Directivas anticipadas para el cuidado de salud: Una perspectiva católica”, que incluye la Directiva católica de cuidado de salud de Minnesota. Se puede solicitar o descargar en [www.MNCatholic.org](http://www.MNCatholic.org).**

Más recientemente, se propuso un documento llamado POLST para garantizar que se cumplan los deseos de los pacientes al final de la vida. El documento se titula “Órdenes del médico para tratamientos de soporte vital”

# DIRECTIVAS ANTICIPADAS

(POLST por sus siglas en inglés). Aunque el objetivo de honrar los deseos de los pacientes y mejorar la atención al final de la vida es loable, existen algunas preocupaciones éticas con respecto al consentimiento informado y la suficiente atención a los detalles y la situación actual de un paciente con un formulario POLST que necesitan aclaración. ***Los obispos de Minnesota desaconsejan el uso de POLST para instituciones y pacientes católicos y, en cambio, alientan el diálogo cuidadoso con los proveedores y el nombramiento de un agente de cuidado de salud como se describió anteriormente.*** Si un centro de atención exige utilizar POLST, el National Catholic Bioethics Center [Centro Nacional Católico de Bioética] brinda orientación para completar los formularios POLST de acuerdo con la enseñanza católica. El recurso está disponible tanto en NCBC como en [www.MNCatholic.org](http://www.MNCatholic.org).



## ¿Qué hago si todavía tengo más preguntas?

---

Por supuesto, una guía como ésta no pretende responder todas las preguntas ni dar indicaciones para situaciones específicas. Los pacientes y sus familias deben sentirse libres de hacer preguntas a los proveedores de cuidado de salud, trabajadores sociales, capellanes y otro personal apropiado en hospitales o centros de atención a largo plazo. La mayoría de los centros cuentan con un comité de ética o un recurso similar que puede ayudar a abordar inquietudes y fomentar la comunicación, para que el agente de cuidado de salud pueda tomar las mejores decisiones para el bien de la persona. Los sacerdotes u otras personas de confianza familiarizadas con la enseñanza moral católica pueden abordar las preguntas que surjan sobre la doctrina católica.

Si uno se enfrenta a una cuestión ética difícil respecto a su propio cuidado de salud o del cuidado de salud de otra persona de la cual es responsable, el Centro Nacional Católico de Bioética brinda servicios de consulta gratuitos. Las consultas ofrecen consejos relacionados con las enseñanzas de la Iglesia sobre cuestiones bioéticas y orientación en la toma de decisiones morales. **Se puede enviar una solicitud de consulta enviando un correo electrónico a [Consults@NCBCenter.org](mailto:Consults@NCBCenter.org). En situaciones de emergencia, un especialista en ética del NCBC está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana llamando al 215-877-2660. Los especialistas en ética del NCBC no brindan asesoramiento legal ni médico.**

## Conclusión

---

En diálogo con médicos, enfermeras, otros profesionales de la salud, comités de ética, familiares y otras personas interesadas, podemos considerar propuestas de tratamientos de mantenimiento vital a la luz de estos criterios para determinar si son, en las circunstancias específicas de este paciente, ordinarios y por tanto requeridos, o extraordinarios y por tanto permitidos, pero no necesarios. El objetivo de este discernimiento es siempre hacer lo que juzgamos mejor para la persona que enfrenta el misterio de la muerte y a quien Dios llama a la vida eterna para estar con Él.

## Lectura adicional

*Evangelium vitae* (El Evangelio de la Vida): Sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana, San Juan Pablo II, 1995; [https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf\\_jp-ii\\_enc\\_25031995\\_evangelium-vitae.html](https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html).

*Directivas éticas y religiosas para organizaciones católicas de servicios médicos y de cuidado de salud*, 6ª edición, Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos, junio de 2018; disponible en <https://www.usccb.org/resources/spanish-usccb-ethical-religious-directives-sixth-edition-spanish.pdf>

“Vivir dignamente cada día”, Declaración sobre el suicidio asistido por un médico, Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos, 16 de junio de 2011; [www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/assisted-suicide/to-live-each-day/](http://www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/assisted-suicide/to-live-each-day/).

“Declaración sobre la Eutanasia” del Vaticano, Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, 5 de mayo de 1980; [https://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_sp.html](https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_sp.html).

Este folleto es publicado por los obispos de Minnesota para proporcionar orientación y apoyo a los católicos cuando consideran cuestiones importantes relacionadas con la toma de decisiones sobre el final de la vida para ellos mismos y sus seres queridos.

*La información contenida en este folleto no debe considerarse consejo legal.*

Publicado en diciembre de 2018

Revisado en diciembre de 2022

Publicado en Español en noviembre de 2023



**MINNESOTA CATHOLIC CONFERENCE**

[MNCatholic.org](http://MNCatholic.org)  [@MNCatholicConf](https://twitter.com/MNCatholicConf)  [@MNCatholic](https://facebook.com/MNCatholic)

525 Park St.  
Ste. 450  
Saint Paul, MN 55103

651-227-8777  
[Info@MNCatholic.org](mailto:Info@MNCatholic.org)

[www.MNCatholic.org](http://www.MNCatholic.org)  
[www.facebook.com/MNCatholic](https://www.facebook.com/MNCatholic)  
[www.twitter.com/MNCatholicConf](https://www.twitter.com/MNCatholicConf)