

# Directiva anticipada sobre cuidados de la salud

## Una perspectiva católica



**El Catecismo de la Iglesia Católica ofrece una orientación clara sobre las cuestiones relacionadas con el “final de la vida”:**

**2276** Aquellos cuya vida se encuentra disminuida o debilitada tienen derecho a un respeto especial. Las personas enfermas o disminuidas deben ser atendidas para que lleven una vida tan normal como sea posible.

**2277** Cualesquiera que sean los motivos y los medios, la eutanasia directa consiste en poner fin a la vida de personas disminuidas, enfermas o moribundas. Es moralmente inaceptable.

Por tanto, una acción o una omisión que, de suyo o en la intención, provoca la muerte para suprimir el dolor, constituye un homicidio gravemente contrario a la dignidad de la persona humana y al respeto del Dios vivo, su Creador. El error de juicio en el que se puede haber caído de buena fe no cambia la naturaleza de este acto homicida, que se ha de rechazar y excluir siempre.

**2278** La interrupción de tratamientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados puede ser legítima. Interrumpir estos tratamientos es rechazar el “encarnizamiento terapéutico”. Con esto no se pretende provocar la muerte; se acepta no poder impedirla.

Las decisiones deben ser tomadas por el paciente, si para ello tiene competencia y capacidad o si no por los que tienen los derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente.

**2279** Aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos a una persona enferma no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana si la muerte no es pretendida, ni como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable. Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados.



**The New Jersey Catholic Conference**

149 N. Warren Street, Trenton, NJ 08608 • 609-989-1120

[www.njcathconf.com](http://www.njcathconf.com)

Aprobado por los Obispos Católicos de Nueva Jersey: el 20 de octubre de 2011

**Documento combinado de  
Directiva anticipada sobre cuidados de la salud**

y

**Formulario para la designación de un agente de cuidados de la salud (apoderado)**

Las personas tienen el derecho de designar a un agente de cuidados de la salud (apoderado) y otorgar una directiva anticipada.

Antes de rellenar este documento, usted debe conversar sobre sus deseos de tratamiento médico con su familia, su(s) médico(s) y su agente de cuidados de la salud (apoderado). No es necesaria la asistencia de un abogado para rellenar una directiva anticipada, pero posiblemente le interese consultar con uno en su caso particular.

Después de rellenar una directiva anticipada, debe revisarla periódicamente para asegurarse de que sus deseos continúan siendo los mismos que cuando la redactó. Podrá modificarla o anularla cuando lo estime conveniente. Si así fuera el caso, deberá hacerlo por escrito y presentar copias de la nueva directiva, o directiva modificada, a su familia, su(s) médico(s) y su agente de cuidados de la salud (apoderado).



**Declaración de creencia**

Los católicos creemos que la vida es un don sagrado de un Dios benevolente que, si bien está bajo nuestra responsabilidad, no nos pertenece. Creemos que la muerte asistida y el suicidio destruyen la vida humana y no están permitidos bajo ninguna circunstancia.

Como persona adulta, tengo el derecho de tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud. Como católico/a, creo que nunca puedo elegir mi propia muerte, ni como fin ni como medio. Puede llegar un momento en que no pueda expresar mis propias decisiones sobre el cuidado de mi salud. A través de esta directiva anticipada, doy instrucciones y expreso mis deseos en cuanto a mis decisiones futuras en este tema.

Esta directiva anticipada de cuidados de la salud entrará en vigencia cuando no sea capaz de expresar mis decisiones sobre dichos cuidados, conforme lo determine el médico que me atienda.

Ordeno que todas aquellas personas responsables de mi atención tomen decisiones sobre el cuidado de mi salud de acuerdo con los deseos por mí expresados y con la enseñanza moral católica.

Ordeno a todas aquellas personas responsables de mi atención disponer lo necesario para que pueda recibir los sacramentos católicos de reconciliación, Eucaristía y unción de los enfermos.

Ordeno que esta directiva anticipada sea incluida en mi historia clínica permanente.

**Primera parte - Designación de mi agente de cuidados de la salud**

**A. He elegido a la siguiente persona para actuar como mi agente de cuidados de la salud.**

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Autorizo a la persona arriba designada a actuar como mi agente de cuidados de la salud para tomar decisiones respecto de dichos cuidados cuando no me encuentre capacitado/a para hacerlo por mí mismo/a. En caso de que mis deseos no sean claros o que se produzcan acontecimientos a los cuales no me haya referido, solicito a mi agente de cuidados de la salud que tome esas decisiones basándose en su conocimiento acerca de mis deseos y en las enseñanzas morales de la Iglesia Católica.

**B. He elegido a la(s) siguiente(s) persona(s) para sustituir a mi agente de cuidados de la salud en caso de que este último no pueda, no esté dispuesto o no se encuentre disponible para actuar en tal carácter:**

**Primer agente sustituto de cuidados de la salud:**

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

En caso de que la persona que he elegido para desempeñarse como primer agente sustituto de cuidados de la salud no pueda, no esté dispuesta o bien no se encuentre disponible para cumplir ese rol, autorizo a un segundo agente sustituto a actuar como mi agente de cuidados de la salud.

**Segundo agente sustituto de cuidados de la salud:**

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

En caso de que mis deseos no sean claros o se produzcan acontecimientos a los cuales no me haya referido, solicito que mi(s) agente(s) sustituto(s) de cuidados de la salud tome(n) esas decisiones basándose en su conocimiento acerca de mis deseos y en las enseñanzas morales de la Iglesia Católica.

He hablado con mi agente de cuidados de la salud y con mis agentes sustitutos (primero y segundo) de cuidados de la salud, sobre esta responsabilidad. Cada uno de ellos de su propia voluntad ha estado de acuerdo en aceptar y ejercer esta responsabilidad.

### **Segunda parte – Instrucciones sobre elección de tratamiento**

En la segunda parte se le solicita dar instrucciones sobre su atención médica futura. Esto implicará hacer elecciones importantes y difíciles. Es necesario que piense en diferentes situaciones, y las escriba, en las que **usted** desearía que le apliquen, o no, diferentes tipos de tratamiento médico, incluidas las acciones o procedimientos para prolongar la vida.

Antes de finalizar esta parte, debe revisar estas decisiones junto con su agente de cuidados de la salud, su(s) médico(s), su sacerdote, su diácono, su cónyuge, sus familiares o quienes puedan ser responsables de su cuidado.

#### **INSTRUCCIONES GENERALES: Ordeno a todas las personas responsables de mi cuidado realizar lo siguiente:**

**Firme con sus iniciales una de las siguientes declaraciones, A o B:**

- \_\_\_\_\_ A. Ordeno que se me administren todos los tratamientos que correspondan por indicación médica, como así también alimentos y agua (a través de tubos, si fuera necesario), con el fin de mantener mi vida, independientemente de mi condición física o mental. (Saltar B y C y pasar directamente a D), **o bien,**
- \_\_\_\_\_ B. Si sobreviene una enfermedad grave y mi médico de cabecera y al menos un médico más, después de haberme examinado personalmente, determinan que ha comenzado el proceso irreversible de la muerte y que esta está muy cerca, y si he recibido los sacramentos de la Iglesia Católica, ordeno que no se me someta a ningún tratamiento que solo sirviera para prolongar el proceso de muerte. Si estos tratamientos ya hubiesen comenzado, deberán discontinuarse. También deseo que me brinden toda la atención médica necesaria que sea adecuada para detener el dolor y hacerme sentir bien, incluso en el caso de que ello condujera indirecta o involuntariamente a acortar mi vida.

(Pasar a C)

- \_\_\_\_\_ C. Si después de ser revisado por mi médico de cabecera y al menos un médico más, calificado para hacer un diagnóstico de este tipo, se determina que me encuentre en un estado de coma permanente o en un estado vegetativo persistente, ordeno lo siguiente:

- \_\_\_\_\_ 1. que se utilice atención médica extraordinaria\*, en el

sentido que surge de las enseñanzas de la Iglesia Católica, incluidos alimentos y agua (a través de tubos, si fuera necesario), independientemente de mi condición física o mental, **o bien**,

\_\_\_\_\_ que no se utilice atención médica extraordinaria\*, en el sentido que surge de las enseñanzas de la Iglesia Católica. Ordeno que se continúe con la administración de alimentos y agua (a través de tubos, si fuera necesario) salvo que o hasta que exista un peligro o carga específica que supere claramente los beneficios que puedan obtenerse o bien que, con dicha administración, no se obtenga ningún beneficio.

\* Por atención médica extraordinaria se entiende todos los remedios, tratamientos u operaciones que puedan resultar muy costosos, ocasionar excesivo dolor u otras dificultades extremas o que probablemente no ofrezcan ninguna esperanza razonable de beneficio.

Los siguientes son ejemplos de medidas extraordinarias que desearía se tomen:

---

---

---

\_\_\_\_\_ D. En caso de estar embarazada, con un diagnóstico de haber ingresado en coma permanente o estado vegetativo persistente o de que ha comenzado el proceso de muerte o de que esta está cerca, ordeno que se tomen todas las medidas indicadas por los médicos y se me administren alimentos y agua (a través de tubos, si fuera necesario) para mantener mi vida, independientemente de mi condición física o mental, si con ello se lograra mantener la vida de mi hijo hasta su nacimiento.

\_\_\_\_\_ E. El estado de Nueva Jersey reconoce la cesación irreversible de todas las funciones de todo el cerebro, incluido el tronco encefálico (también conocida como muerte cerebral total), como un estándar jurídico para la declaración de muerte. En general, los médicos siguen este estándar. Sin embargo, si por razones personales de creencia religiosa usted no lo acepta, puede solicitar que no se aplique al determinar su muerte **firmando con sus iniciales** la siguiente declaración:

\_\_\_\_\_ Declarar mi muerte sobre la base de cesación irreversible de todas las funciones de todo el cerebro, incluido el tronco encefálico, iría en contra de mis creencias religiosas personales. Por lo tanto, ordeno que mi muerte sea declarada solamente sobre la base de los criterios tradicionales de cesación irreversible de la función cardiopulmonar (ritmo cardíaco y respiración).

---

## Donación de órganos

“La celebración del *Evangelio de la vida* debe realizarse sobre todo en la *existencia cotidiana*, vivida en el amor por los demás... Más allá de casos clamorosos, está el heroísmo cotidiano, hecho de pequeños o grandes gestos de solidaridad que alimentan una auténtica cultura de la vida. Entre ellos merece especial reconocimiento la donación de órganos, realizada según criterios éticamente aceptables, para ofrecer una posibilidad de curación e incluso de vida, a enfermos tal vez sin esperanzas” (Juan Pablo II, *Evangelium Vitae*, no. 86).

Por favor, **firmo con sus iniciales** una de las opciones:

- \_\_\_\_\_ Al producirse mi muerte, estoy dispuesto/a a donar cualquier parte de mi cuerpo que sea beneficiosa para otras personas.
- \_\_\_\_\_ Al producirse mi muerte, no estoy dispuesto/a a donar ninguna parte de mi cuerpo que pueda ser beneficiosa para otras personas.

### Tercera parte - Firma, testigos y copias

- A. FIRMA: Al otorgar la presente directiva anticipada, pido que mis deseos sean puestos en práctica, tal como fueron establecidos, por las personas indicadas para tomar decisiones de cuidado de la salud en mi nombre cuando yo no pueda más tomarlas por mí mismo/a. He conversado sobre las condiciones del presente acuerdo con mi agente de cuidados de la salud, quien, voluntariamente, ha aceptado la responsabilidad de tomar decisiones por mí de acuerdo con esta directiva anticipada. Entiendo el propósito y las consecuencias de este documento. Lo firmo voluntariamente, deliberadamente y luego de un examen minucioso.

Firmado en el día de hoy (día, mes y año) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Aclaración (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

- B. TESTIGOS: Declaro que la persona que firmó este documento más arriba lo hizo en mi presencia y, aparentemente, goza de plenas facultades mentales y no actuó bajo coacción o influencia indebida al rellenar esta directiva anticipada. Tengo 18 años/Soy mayor de 18 años y no estoy designado mediante este ni ningún otro documento como agente de cuidados de la salud de esta persona.

1. Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Aclaración del testigo (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

2. Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Aclaración del testigo (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

COPIAS: Se ha entregado una copia de esta directiva anticipada a las personas que se detallan a continuación.

***(Es importante que entregue una copia de este documento a su médico, a su agente de cuidados de la salud y a sus amigos o a los miembros de su familia según corresponda. Usted debe conservar el original).***

1. Nombre \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_