
**A CATHOLIC GUIDE
TO CRITICAL
END OF LIFE DECISIONS:
ADVANCE DIRECTIVES**



This pamphlet is published to provide help for Catholics when completing an Advance Directive. Catholic tradition and teaching offer helpful guidance when facing end-of-life decisions. This Guide will assist Catholics to knowledgeably and comfortably complete an Advance Directive. First published in 2007.

“A Catholic Guide to Critical End of Life Decisions: Advance Directives” was written by:

Reverend Gerald D. Coleman, S.S.
Vice-President
Corporate Ethics
Daughters of Charity Health System

A CATHOLIC GUIDE TO CRITICAL END OF LIFE DECISIONS:

Completing Your Directives

PART ONE

***We look for the resurrection of the dead,
and the life of the world to come***

[The Nicene Creed]

I believe:

- God created me for eternal life.
- My life is a precious gift from God.
- I am created in God's image and likeness.
- These truths inform all my decisions about health care.
- I have a duty to preserve my life and to use it for God's glory.
- Acts that intentionally and directly cause my death, e.g., physician-assisted suicide and euthanasia, are never morally permissible.
- Death is an inevitable part of life and is a transition to eternal life.
- Death has been redeemed by Christ and I do not need to resist it by any and every means.

I understand that:

- Medical treatments may be foregone or withdrawn if they offer no reasonable hope of benefit, are excessively burdensome, and only prolong my dying.

- There should be a presumption in favor of artificial nutrition and hydration (ANH) unless it is of no benefit to me.
- I can use medications and treatments that bring comfort and relieve pain, even if they indirectly and unintentionally shorten my life.
- When I am ill, I ask that all efforts be made that I receive the Sacraments of Reconciliation, Anointing of the Sick and the Eucharist.
- I do not want to be deprived of consciousness without a serious medical reason.

PART TWO

***Invoke the help of Christus medicus,
Jesus, the Physician and entrust your work
to the protection of Mary,
Consoler of the sick and Comforter of the dying
[John Paul II]***

Guiding Values

Some key values in the Catholic tradition are especially helpful in addressing issues of health care:

- **Sanctity of Human Life**
 - Respect for human life from conception until death is a fundamental commitment of the Catholic Church.
 - Human life is sacred. We need to do what is reasonable and what is beneficial to protect it.
- **Human Dignity**
 - Every person has an inherent and inalienable dignity or worth by the very fact that all persons are created in the image and likeness of God, redeemed by Christ, and destined for eternal life with God.
 - Inherent human dignity is central to all moral issues in health care.
- **Stewardship and Justice**
 - An individual is never an isolated person. Human beings are social by nature and exist in a variety of relationships. Persons live “in community.” We never enjoy unrestricted autonomy.
 - We are called to use God's gifts responsibly and with care.
 - We are stewards of what has been given to us, i.e., natural creation, our lives, and our bodies.

- o We do not have the right to take our own lives, or to directly bring about the death of any innocent person. Euthanasia and physician-assisted suicide are always immoral attacks on human life.
- **Care for the Poor and Vulnerable**
 - o The Scriptures reveal a God who is always on the side of the disadvantaged and marginalized.
 - o We must have a special concern for those who are poor, vulnerable, and on the margins of society.
- **Care for the Whole Person**
 - o We must treat all persons as a unity of body and spirit. Human beings are physical, spiritual, and social and should not be reduced to only one dimension.

PART THREE

***Christ's redemption and saving grace
embraces the whole person, especially in
his or her illness, suffering, and death***

[John Paul II]

Advance Directives

- The *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services* (2001) from the United States Conference of Catholic Bishops, speak about the “rights, under the laws of their state, to make an advance directive for their medical treatment.” However, a Catholic health care institution “will not honor an advance directive that is contrary to Catholic teaching.” (no. 24; also no. 25)
- An advance directive provides a person the opportunity to give direction on end-of-life care.
- An advance directive is a “Living Will” that states your intentions about your end-of-life care; or a Durable Power of Attorney for Health Care (sometimes called a Proxy Directive), which also states your intentions, but gives someone of your choice the legal authority to make health care decisions should you not be able to do so yourself. You trust this person to make the most prudential decisions possible in light of your own wishes.
 - o When choosing a person as your agent for medical decisions, discuss the specifics of your advance directive. You can also choose an alternate agent should your primary agent be unable to act on your behalf.
 - o Allow your agent and physician latitude to offer you appropriate care based on your actual end-of-life condition.
 - o Periodically review your advance directive.

- o Distribute your signed and witnessed advance directive to your agent(s), physician, any hospital or care-giving institution where you might be treated, and anyone else you think appropriate.
- o A Durable Power of Attorney for Health Care is “durable” because it remains in effect after a person is no longer able to make medical judgments.
- o Although not absolutely necessary, it is helpful to have both a Living Will and a Durable Power of Attorney for Health Care.

PART FOUR

***The Resurrection was like an explosion of light,
of love, that ushered in a new and transformed
dimension of being, of life***

[Benedict XVI]

Specific Concerns

- **Artificial Nutrition and Hydration (ANH)**
 - When a patient is unable to eat or drink on his or her own, or with the help of others, artificial nutrition and hydration (commonly called “tube feeding”) is a substitute. ANH is administered by a physician or qualified technician, e.g., through the nose, throat, esophagus, chest, stomach or intestine. Some of these procedures require surgical insertion.
- **Persons in a Vegetative State**
 - The *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services* present this guidance: “There should be a presumption in favor of providing nutrition and hydration to all patients, including patients who require medically assisted nutrition and hydration, as long as this is of sufficient benefit to outweigh the burdens involved to the patient.” (no. 58)
 - (1) In March 2004, John Paul II addressed ANH for persons in a persistent vegetative state (PVS). The Pope called ANH “comfort care” and not a “medical act.” He taught that ANH should always be presumed unless there is evidence to the contrary. Specifically, he said that ANH is “in principle” ordinary and proportionate, unless ANH is not nourishing PVS patients, is not alleviating their suffering, or is not available. “No one may ever decide

in good conscience to withhold medically assisted nutrition and hydration from persistently unconscious patients because their lives are deemed too burdensome or of too low a quality to be maintained." (no. 5)

(2) In a September 2007 statement, approved by Pope Benedict XVI, the Congregation for the Doctrine of the Faith upheld the teaching of John Paul II: ANH is basic care and morally obligatory for PVS patients except when it no longer nourishes the patient and becomes useless, becomes excessively burdensome for the patient, or is not available; and ANH cannot be discontinued even if competent physicians judge that a PVS patient will not recover consciousness.

- **Ventilators**

- o A ventilator pushes air and oxygen into the lungs and often saves lives.
- o It may be decided that the use of a ventilator for a particular patient becomes extraordinary or disproportionate because it no longer achieves its perceived outcome.

- **Resuscitation**

- o When a person's circulation stops, death occurs. If a person's heart stops, a person will die unless circulation is restarted quickly. The procedure of resuscitation is called cardiopulmonary resuscitation or CPR. One of the decisions a person makes in an advance directive is whether or not you want to be resuscitated if your heart stops beating.

- o Your indication “do not resuscitate” [DNR] is frequently called a “no code order.” The omission of CPR after cardiopulmonary arrest results in death. The decision to write a DNR order should be based on two crucial considerations:
 - The judgment that CPR is unlikely to restore normal cardiac rhythms.
 - The judgment that CPR amounts to medical futility, i.e., it is not beneficial.
- o CPR may be medically futile in the final stages of a terminal illness; or when it procures only a short-term survival.
- **Life-saving and life-prolonging procedures**
 - o The use of such procedures as dialysis, chemotherapy, radiation therapy, invasive surgery, heart-lung resuscitation, and antibiotics call for critical decisions in one’s life.
 - o These types of procedures may be judged morally extraordinary or disproportionate if they offer no true benefit to the patient. If there is doubt about whether a treatment will be beneficial or not, a time-limited trial is often useful. It is important, however, to define the time limit before starting a treatment.

PART FIVE

**Lord, for your faithful people
life is changed, not ended.
When the body of our earthly dwelling
lies in death we gain
an everlasting dwelling place in heaven**
[Preface for Christian Death]

Catholic Teachings and Decision-Making

Ordinary and Extraordinary Means of Health Care

- **The *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*:**
 - “A person has a moral obligation to use ordinary or proportionate means of preserving his or her life. Proportionate means are those that in the judgment of the patient offer a reasonable hope of benefit and do not entail an excessive burden or impose excessive expense on the family or the community.” (no. 56)
 - “A person may forgo extraordinary or disproportionate means of preserving life. Disproportionate means are those that in the patient’s judgment do not offer a reasonable hope of benefit or entail an excessive burden, or impose excessive expense on the family or the community.” (no. 57)
 - “There should be a presumption in favor of providing nutrition and hydration to all patients, including patients who require medically assisted nutrition and hydration, as long as this is of sufficient benefit to outweigh the burdens involved to the patient.” (no. 58)

- **The *Catechism of the Catholic Church*:**
 - o “Discontinuing medical procedures that are burdensome, dangerous, extraordinary, or disproportionate to the expected outcome can be legitimate; it is refusal of ‘over-zealous’ treatment. Here one does not will to cause death; one’s inability to impede it is merely accepted. The decision should be made by the patient if he is competent and able or, if not, by those legally entitled to act for the patient whose reasonable will and legitimate interests must always be respected.” (no. 2278)

Benefits and Burdens

- The benefits sought through medical care are the preservation or restoration of health and the alleviation of pain.
- Medical care does not always improve or restore health or prolong life; however, it might circumvent, abate, or alleviate the effects of an illness or disease but not eliminate it.
- The benefit of medical care enables one to pursue the physical, psychological, social or spiritual goods of life which are all ordered toward the ultimate good of friendship with God.
- Questions often arise: Will this surgery or treatment improve my overall well-being? Will it allow me a more pain-free life? Will it permit me to return to work?
- The burdens of medical care might be economic, physiological, psychological, social, or spiritual. They might be extreme or excessive pain, the risk of losing one's life, or a great subjective repugnance to a medical treatment.
- What seems to be an excessive burden to one person might not be considered as such for another person.
- The *Declaration on Euthanasia* from the Congregation for the Doctrine of the Faith (1980) states: "Today it is very important to protect, at the moment of death, both the dignity of the human person and the Christian concept of life, against a technological attitude that threatens to become an abuse . . . [All persons have] the right to die peacefully with human and Christian dignity. From this point of view, the use of therapeutic means can sometimes pose problems. In numerous cases, the complexity of the situation can be such as to cause doubts about the way ethical principles should be applied. In the final analysis, it pertains to the conscience either of the sick person,

or of those qualified to speak in the sick person's name, or of the doctors, to decide, in light of the moral obligations and the various aspects of the case." (IV)

When speaking about ordinary or proportionate means of preserving life, the *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services* likewise point out that it is "the judgment of the patient" that must be considered of first importance. (no. 56)

- What might not seem burdensome at one particular time may become burdensome over a period of time.

Medical Futility: Non-Beneficial Treatment

- "The possible decision either not to start or to halt a treatment will be deemed ethically correct if the treatment is ineffective or obviously disproportionate to the aims of sustaining life or recovering health." (John Paul II, 2004)
- Medical futility characterizes those treatments that must not be used because they are of no medical benefit to the patient.
- Hospitals have policies on "Medically Ineffective Treatment." It is important that the patient and family be helped by the physician and hospital pastoral staff and chaplains to properly understand the meaning of medical futility.

Stopping Treatment

- Sometimes people believe or feel that it is murder to stop treatment, e.g., a feeding tube or ventilator.
- Even if these treatments have been in place for a period of time, the treatment may be withdrawn if it is deemed extraordinary or disproportionate, i.e., it no longer benefits a patient. If such a decision is made to withhold or withdraw a treatment, the patient dies of his or her underlying medical condition, and not from the ending of treatment.

PART SIX

For to me to live is Christ, and to die is gain

[Philippians 1:21]

Controlling Pain

- Good pain management almost always controls your pain throughout the course of your illness.
- Medications to control pain aim at relieving your pain with minimal or tolerable side effects, e.g., constipation, drowsiness, muscle twitching.
- Patients should normally not have to accept permanent sedation or coma in order to be comfortable.
- Pain medications can cause you to breathe a little less effectively and even hasten your death. The Church's teaching is an important guide: "Patients should be kept as free of pain as possible so that they may die comfortably and with dignity, and in the place where they wish to die. Since a person has the right to prepare for his or her death while fully conscious, he or she should not be deprived of consciousness without a compelling reason. Medicines capable of alleviating or suppressing pain may be given to a dying person, even if this therapy may indirectly shorten the person's life so long as the intent is not to hasten death." (*Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*, no. 61)
- The *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services* add that "Since a person has the right to prepare for his or her death while fully conscious, he or she should not be deprived of consciousness without a compelling reason." (no. 61)

PART SEVEN

***None of us lives as our own master and
none of us dies as our own master.
While we live we are responsible to the Lord,
and when we die we die as Christ's servants.
Both in life and in death we are the Lord's***
[Romans 14:7-8]

Concluding Reflections

- Health is not merely the absence of disease. In their *Pastoral Letter on Health and Health Care* (1981), the United States Conference of Catholic Bishops reminds us that health is wholeness and well-being, the very fullness of life. The *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services* also teach that health care “is not limited to the treatment of a disease or bodily ailment but embraces the physical, psychological, social, and spiritual dimensions of the human person.”
- Illness, suffering, and death are a part of life. There comes a point when we must accept their hold on us and our own inevitable decline. We believe that the Easter mystery proclaims victory over death. We believe that in our vulnerability we encounter Christ. Illness can be a time of grace. Faith lets us glimpse meaning in our decline. Faith tells us that God is present in the midst of illness, suffering, and death. There is no place where God will not go to be with us.
- The *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services* remind us that “The task of medicine is to care when it cannot cure. Physicians and their patients must evaluate the use of technology at their disposal. Reflection on the innate dignity of human life in all its dimensions and on the purpose of medical care is indispensable for formulating a true moral judgment about the use of technology to

maintain life. The use of life-sustaining technology is judged in light of the Christian meaning of life, suffering, and death. Only in this way are two extremes avoided: on the one hand, an insistence on useless and burdensome technology even when a patient may legitimately wish to forgo it and, on the other hand, the withdrawal of technology with the intention of causing death.” (Part V)

- Catholic theology allows for the donation of organs and bodily tissue for ethically legitimate purposes, e.g., as a gift to another person, or for research after death (*Ethical and Religious Directives...*, nos. 63-66).
- Palliative care is given to a patient when it is decided that further medical treatment is burdensome and useless, e.g., comfort care, pain management.
- Hospice is a type of care normally available to dying patients and their families. While some communities have a designated hospice facility, the majority of hospice care is provided to patients and families in their own homes, whether a private residence or nursing home. Hospice care is also available to patients and their families in the hospital itself. Hospice care emphasizes physical comfort, pain relief, and symptom management, and addresses a patient's spiritual, psychological, social, and financial needs. Bereavement care for the family is also an integral part of hospice care. Dying patients and their families should always seek out hospice care to comfort them during the dying process.

REFERENCES

John Paul II

Evangelium Vitae (The Gospel of Life), 1995.

Allocution to the Pontifical Academy for Life and the International Federation of Catholic Medical Associations' International Congress on Life-Sustaining Treatments and Vegetative State, 2004.

Congregation for the Doctrine of the Faith

Declaration on Euthanasia, 1980.

"Responses to Certain Questions Concerning Artificial Nutrition and Hydration," *Origins* 37:16 (2007), 241-242; and 242-245.

The Catechism of the Catholic Church, 1994.

National Conference of Catholic Bishops

Health and Health Care: A Pastoral Letter of the American Catholic Bishops, 1981.

Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services, 4th edition, United States Conference of Catholic Bishops, 2001.

Comfort & Consolation: *Care for the Sick and Dying*, Roman Catholic Bishops of Maryland, 2007.

Making Health Care Decisions: *A Catholic Guide to Advance Health Care Directives*, Liquori: The Catholic Health Association, 2006.

**GUÍA CATÓLICA
PARA LAS DECISIONES
CRÍTICAS DEL
FINAL DE LA VIDA:
DIRECTIVAS
ANTICIPADAS**



Este folleto se publica para ayudar a los católicos a completar una Directiva anticipada. La tradición y la enseñanza católica ofrecen una guía útil para enfrentar las decisiones del final de la vida. Esta Guía servirá de ayuda a los católicos para completar una Directiva anticipada con conocimiento y tranquilidad. Publicada por primera vez en 2007.

“Guía católica para las decisiones críticas del final de la vida: directivas anticipadas” fue escrito por:

Reverendo Gerald D. Coleman, S.S.

Vicepresidente

Ética Corporativa (Corporate Ethics)

Sistema de Salud de las Hermanas de la Caridad
(Daughters of Charity Health System)

GUÍA CATÓLICA PARA LAS DECISIONES CRÍTICAS DEL FINAL DE LA VIDA:

Cómo completar sus Directivas

PARTE UNO

Esperamos la resurrección de los muertos y la vida del mundo futuro.

[Credo Niceno]

Creo que:

- Dios me creó para la vida eterna.
- Mi vida es un regalo precioso de Dios.
- Fui creado a imagen y semejanza de Dios.
- Estas verdades informan todas mis decisiones sobre el cuidado de la salud.
- Tengo el deber de preservar mi vida y utilizarla para la gloria de Dios.
- Los actos que intencional y directamente ocasionan mi muerte, por ejemplo, el suicidio y la eutanasia asistidos por un médico, nunca son admisibles desde el punto de vista moral.
- La muerte es una parte inevitable de la vida y una transición hacia la vida eterna.
- La muerte ha sido redimida por Cristo y no debo resistirme a ella por ninguno ni por todos los medios.

Comprendo que:

- Se puede prescindir de los tratamientos médicos o renunciar a éstos si no ofrecen una esperanza razonable de beneficio, son excesivamente onerosos o solamente prolongan mi agonía.

- Debe haber una presunción a favor de la nutrición e hidratación artificial, a menos que no redunde en un beneficio para mi persona.
- Puedo utilizar medicamentos y tratamientos que me den bienestar y alivien mi dolor; incluso si indirectamente y de modo no intencional acortan mi vida.
- Si me enfermo, solicito que se hagan todos los esfuerzos posibles para que reciba los Sacramentos de Reconciliación, Unción de los Enfermos y la Eucaristía.
- No deseo que se me prive de la conciencia sin una razón médica importante.

PARTE DOS

Invocad sobre vosotros la asistencia de Christus medicus, Jesús el Médico, y encomendad vuestro trabajo a la protección de María, Consoladora de los afligidos y consuelo de los moribundos.

[Juan Pablo II]

Valores orientadores

Algunos valores clave en la tradición Católica son especialmente útiles para abordar temas del cuidado de la salud:

- **La santidad de la vida humana**
 - o El respeto por la vida humana desde la concepción hasta la muerte es un compromiso fundamental de la Iglesia Católica.
 - o La vida humana es sagrada. Es necesario hacer lo que sea razonable y beneficioso para protegerla.
- **La dignidad humana**
 - o Todos los seres humanos poseen una dignidad o valor inherente e inalienable por el simple hecho de que todas las personas han sido creadas a imagen y semejanza de Dios, han sido redimidas por Cristo y están destinadas a la vida eterna junto a Dios.
 - o La dignidad inherente al ser humano es un valor fundamental en todos los temas relacionados con la moral en el cuidado de la salud.
- **La responsabilidad y la justicia**
 - o Un ser humano nunca es una persona aislada. Los seres humanos son sociales por naturaleza y se desenvuelven en una variedad de relaciones. Las personas viven “en comunidad”. Nunca gozamos de una autonomía irrestricta.

- o Es nuestro deber utilizar los dones de Dios de manera responsable y cuidadosa.
- o Somos responsables de lo que hemos recibido, es decir, la creación natural, nuestras vidas y nuestros cuerpos.
- o No tenemos derecho a quitar nuestras propias vidas, ni directamente provocar la muerte de personas inocentes. La eutanasia y el suicidio asistidos por un médico son siempre ataques inmorales a la vida humana.
- **El cuidado de los pobres e indefensos**
 - o Las Escrituras revelan un Dios que se encuentra siempre junto a los desfavorecidos y marginados.
 - o Debemos tener un interés especial por las personas pobres, indefensas y marginadas de la sociedad.
- **El cuidado de la persona en su totalidad**
 - o Debemos tratar a todas las personas como una unidad de cuerpo y espíritu. Los seres humanos son seres físicos, espirituales y sociales y no deben ser reducidos a una sola dimensión.

PARTE TRES

La redención de Cristo y la gracia salvadora abarcan a la persona en su totalidad, especialmente en la enfermedad, el sufrimiento y la muerte

[Juan Pablo II]

Directivas anticipadas

- Las *Directivas Éticas y Religiosas para los Servicios Católicos del Cuidado de la Salud* (2001) de la Conferencia de Obispos Católicos de Estados Unidos, se refieren a los “derechos, conforme a las leyes de cada estado, de establecer una directiva anticipada para su tratamiento médico”. Sin embargo, una institución católica del cuidado de la salud “no respetará una directiva anticipada que sea contraria a las enseñanzas católicas”. (n.º 24; también n.º 25)
- Una directiva anticipada ofrece a la persona la posibilidad de encauzar el cuidado de final de la vida.
- Una directiva anticipada es un “Testamento vital” que establece sus intenciones para el cuidado del final de su vida; o una Carta poder duradera para atención médica (a veces denominado Directiva del Apoderado), que también especifica sus intenciones pero otorga a otra persona de su elección la autoridad legal de tomar decisiones para el cuidado de su salud, en caso de que usted se encuentre imposibilitado de hacerlo por sí mismo. Usted le confía a esta persona que tome las decisiones más prudentes posibles en función de sus propios deseos.
 - o Cuando elija a una persona para actuar como su agente en la toma de decisiones médicas, analice los detalles de su directiva anticipada. También puede elegir un agente alternativo en caso de que su agente primario no pueda actuar en su nombre.

- o Conceda a su agente y a su médico la libertad de ofrecerle un cuidado apropiado de acuerdo con su situación real de final de vida.
- o Revise periódicamente su directiva anticipada.
- o Distribuya su directiva anticipada, firmada y testada, a su(s) agente(s), médico o cualquier hospital o institución de asistencia en la que pueda recibir tratamiento, y a cualquier otra persona que considere apropiada.
- o Se dice que una Carta poder duradera para atención médica es “duradera” porque sigue vigente aún después de que la persona ya no pueda tomar decisiones médicas.
- o Aunque no sea absolutamente imprescindible; es aconsejable disponer de un Testamento vital y una Carta poder duradera para atención médica.

PARTE CUATRO

**La Resurrección fue como una explosión de luz,
una explosión de amor, que inauguró una nueva
dimensión de la vida y de la realidad.**

[Benedicto XVI]

Cuestiones específicas

- **Nutrición e hidratación artificial**
 - o Cuando un paciente no puede comer o beber por sí solo ni con la ayuda de los demás, se utiliza la nutrición e hidratación artificial (comúnmente llamada “alimentación por sonda”) como sustituto. La administra un médico o un técnico calificado, por ejemplo, a través de la nariz, la garganta, el esófago, el pecho, el estómago o el intestino. Algunos de estos procedimientos requieren una inserción quirúrgica.
- **Personas en estado vegetativo**
 - o Las *Directivas Éticas y Religiosas para los Servicios Católicos del Cuidado de la Salud* presentan esta guía: “Debe haber una presunción a favor de proveer nutrición e hidratación a todos los pacientes, incluidos aquéllos que requieren nutrición e hidratación asistida por dispositivos médicos, por tanto tiempo como sea beneficioso para compensar las cargas que el paciente soporta”. (n.º 58)
 - (1) En marzo de 2004, Juan Pablo II abordó el tema de la nutrición e hidratación artificial para las personas en estado vegetativo persistente (EVP). EL Papa se refirió a la nutrición e hidratación artificial como un “cuidado paliativo” y no como un “acto médico”. Declaró que siempre se la debe utilizar, a menos que haya evidencia para lo contrario. Específicamente, declaró que la nutrición e hidratación artificial debe ser “en principio” ordinaria y proporcionada, a menos que no esté nutriendo a los pacientes en EVP, no alivie su sufrimiento

o no se encuentre disponible. "No es posible que alguien decida de buena fe negar la nutrición e hidratación asistida por dispositivos médicos a pacientes en estado de inconciencia permanente, porque considera que sus vidas son demasiado onerosas o de una calidad demasiado inferior para mantenerlas". (n.º 5)

(2) En una declaración de septiembre de 2007, aprobada por el Papa Benedicto XVI, la Congregación para la Doctrina de la Fe apoyó las enseñanzas de Juan Pablo II: La nutrición e hidratación artificial es un cuidado básico y obligatorio desde el punto de vista moral para pacientes en EVP, excepto cuando ya no nutre al paciente y resulta inútil, es demasiado onerosa para el paciente o no se encuentra disponible. La nutrición e hidratación artificial no puede ser interrumpida aun si los médicos competentes consideran que el paciente en EVP no recuperará la conciencia.

- **Respiradores**

- o Un respirador impulsa aire y oxígeno dentro de los pulmones y suele salvar vidas.
- o Es posible que se decida que el uso de un respirador en un paciente determinado se ha convertido en algo extraordinario o desproporcionado porque ya no se obtiene el resultado para el cual fue considerado.

- **Reanimación**

- o Cuando la circulación de un paciente se detiene, el paciente muere. Si el corazón de una persona deja de latir, ésta fallecerá a menos que la circulación se restablezca inmediatamente. Este procedimiento de

resucitación se denomina reanimación cardiopulmonar o RCP. Una de las decisiones que toma una persona en una directiva anticipada es si desea, o no, ser reanimada si su corazón se detiene.

- o Su indicación “no reanimar” comúnmente se denomina “orden de no reanimar” [ONR]. La omisión de una RCP después de un paro cardiorrespiratorio provoca la muerte. La decisión de emitir una ONR debe apoyarse en dos consideraciones cruciales:
 - La opinión de que es improbable que la RCP restablezca los ritmos cardíacos normales.
 - La opinión de que la RCP equivale a futilidad médica, es decir, no es beneficiosa.
- o La RCP puede ser inútil desde el punto de vista médico en las etapas finales de una enfermedad terminal; o cuando ofrece solamente una supervivencia a corto plazo.
- **Procedimientos que salvan y prolongan la vida**
 - o El uso de procedimientos tales como diálisis, quimioterapia, radioterapia, cirugía invasiva, reanimación cardiopulmonar y antibióticos requiere la toma de decisiones cruciales sobre nuestras vidas.
 - o Estos distintos tipos de procedimientos pueden juzgarse como moralmente extraordinarios o desproporcionados si no ofrecen un beneficio verdadero al paciente. En caso de que se presente una duda sobre si un tratamiento será beneficioso o no, se aconseja realizar una prueba de tiempo limitado. De todas maneras, es importante definir el límite de tiempo antes de empezar el tratamiento.

PARTE CINCO

**Señor, para tu pueblo
la vida se transforma, no se acaba.
Cuando el cuerpo de nuestra morada terrenal
yace en la muerte, ganamos
una morada eterna en el cielo**
[Prefacio del Ritual de Funerales Cristianos]

Enseñanzas católicas y toma de decisiones

Medios ordinarios y extraordinarios del cuidado de la salud

- ***Directivas Éticas y Religiosas para los Servicios Católicos del Cuidado de la Salud:***
 - o “Una persona tiene la obligación moral de usar medios ordinarios o proporcionados para preservar su vida. Los medios proporcionados son aquellos que, a criterio del paciente, ofrecen una esperanza razonable de beneficio y no conllevan una carga excesiva, ni imponen un gasto desmedido a la familia o la comunidad”. (n.º 56)
 - o “Se puede renunciar a medios extraordinarios o desproporcionados de preservar la vida. Los medios desproporcionados son aquellos que, a criterio del paciente no, ofrecen una esperanza razonable de beneficio e implican una carga excesiva o imponen un gasto desmedido a la familia o la comunidad”. (n.º 57)
 - o “Debe haber una presunción a favor de proveer nutrición e hidratación a todos los pacientes, incluidos aquéllos que requieren nutrición e hidratación asistida por dispositivos médicos, por tanto tiempo como sea beneficioso para compensar las cargas que el paciente soporta”. (n.º 58)

- **El Catecismo de la Iglesia Católica:**
 - o “La interrupción de procedimientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados en relación con los resultados que se esperan 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, y, en caso contrario, por quienes tienen los derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente”. (n.º 2278)

Beneficios y cargas

- Los beneficios buscados a través del cuidado médico son la preservación o restablecimiento de la salud y el alivio del dolor.
- El cuidado médico no siempre mejora o restablece la salud, o prolonga la vida; sin embargo, puede soslayar, mitigar o aliviar los efectos de una afección o enfermedad aunque no la elimine.
- El beneficio del cuidado médico permite al paciente aspirar a los bienes físicos, psicológicos, sociales o espirituales de la vida que se encuentran todos dispuestos al fin del bien último de la amistad con Dios.
- A menudo surgen preguntas como: ¿Esta cirugía o tratamiento mejorará mi bienestar general? ¿Me permitirá aliviar un poco el dolor en mi vida? ¿Me permitirá regresar al trabajo?
- Las cargas del cuidado médico pueden ser económicas, fisiológicas, psicológicas, sociales o espirituales. Pueden implicar un dolor extremo o excesivo, el riesgo de perder la vida o una gran repugnancia subjetiva a un tratamiento médico.
- Lo que parece ser una carga excesiva para una persona puede no serlo para otra.
- La *Declaración sobre la Eutanasia* de la Congregación para la Doctrina de la Fe (1980) expresa: “En la actualidad es muy importante proteger, en el momento de la muerte, tanto la dignidad de la persona como el concepto cristiano de la vida, contra una actitud tecnológica que amenaza con convertirse en abuso... [Todas las personas tienen] el derecho a morir en paz, con dignidad humana y cristiana. Desde este punto de vista, el uso de medios terapéuticos a veces puede plantear problemas. En numerosos casos, la complejidad de la situación puede ser tal que despierta dudas sobre la manera en que se deben aplicar los principios éticos. En el análisis final, la Declaración hace referencia a la conciencia, tanto del enfermo como de las personas calificadas para hablar en su nombre, o de los médicos,

para decidir en función de las obligaciones morales y los distintos aspectos del caso”. (IV)

Cuando se trata de medios ordinarios o proporcionados de preservar la vida, las *Directivas Éticas y Religiosas para los Servicios Católicos del Cuidado de la Salud* también señalan que es “el criterio del paciente” lo que se debe considerar como de primordial importancia. (n.º 56)

- Lo que puede no parecer oneroso en un momento en particular puede serlo durante un período de tiempo.

Futilidad médica: Tratamiento no beneficioso

- “La eventual decisión de no adoptar o suspender una terapia será considerada éticamente correcta cuando resulte ineficaz o claramente desproporcionada al fin de mantener la vida o la recuperación de la salud”. (Juan Pablo II, 2004)
- La futilidad médica describe a aquellos tratamientos que no deben adoptarse porque no ofrecen ningún beneficio médico al paciente.
- Los hospitales tienen políticas de “Tratamiento médico ineficaz”. Es importante que el paciente y su familia reciban ayuda por parte del médico, del personal pastoral y los capellanes del hospital para comprender adecuadamente el significado de la futilidad médica.

Suspensión del tratamiento

- A veces uno cree o siente que es un crimen suspender el tratamiento, por ejemplo, con una sonda de alimentación o respirador.
- Aun cuando estos tratamientos se hayan aplicado durante un período, es posible retirarlos si se los considera extraordinarios o desproporcionados, es decir, cuando ya no son beneficiosos para el paciente. Si se tomara la decisión de negar o renunciar a un tratamiento, el paciente fallecerá a causa de su propia enfermedad subyacente, y no por la suspensión del tratamiento.

PARTE SEIS

Porque para mí el vivir es Cristo, y el morir es ganancia.

[Filipenses 1:21]

Control del dolor

- Con una buena administración de tratamientos contra el dolor casi siempre se controla el dolor durante el transcurso de su enfermedad.
- El objetivo de los medicamentos para controlar el dolor es aliviar su dolor con efectos secundarios mínimos o tolerables, por ejemplo, constipación, somnolencia, contracción muscular.
- Los pacientes normalmente no deberían tener que aceptar una sedación permanente o un estado de coma para estar tranquilos.
- Los medicamentos para el dolor pueden provocar que el paciente respire con menor efectividad e incluso pueden acelerar su muerte. La enseñanza de la Iglesia es una guía importante: "Se debe liberar del dolor a los pacientes tanto como sea posible para permitirles morir en paz y con dignidad, y en el sitio donde deseen morir. Ya que una persona tiene derecho a preparar su muerte mientras está totalmente conciente, no debe ser privada de su conciencia sin una razón valedera. Es posible administrar medicamentos a un moribundo para aliviar o suprimir su dolor; incluso si este tratamiento puede indirectamente acortar la vida de la persona, siempre que la intención no sea acelerar su muerte". (*Directivas Éticas y Religiosas para los Servicios Católicos del Cuidado de la Salud*, n.º 61)
- Las *Directivas Éticas y Religiosas para los Servicios Católicos del Cuidado de la Salud* agregan que "ya que una persona tiene el derecho a prepararse para su muerte cuando está en pleno estado de conciencia, no debe ser privada de su conciencia sin una razón valedera". (n.º 61)

PARTE SIETE

**Ninguno de nosotros vive para sí mismo
y ninguno muere para sí mismo.
Pues, si vivimos, para el Señor vivimos,
y, si morimos, para el Señor morimos.
Así pues, sea que vivamos, o que muramos,
del Señor somos.**

[Romanos 14:7-8]

Reflexiones de cierre

- La salud no es solamente la ausencia de la enfermedad. En su *Carta Pastoral sobre la Salud y el Cuidado de la Salud* (1981), la Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos nos recuerda que la salud es integridad y bienestar; la verdadera plenitud de la vida. Las *Directivas Éticas y Religiosas para los Servicios Católicos del Cuidado de la Salud* también enseñan que el cuidado de la salud “no se limita al tratamiento de una enfermedad o dolencia física, sino que comprende las dimensiones física, psicológica, social y espiritual del ser humano”.
- La enfermedad, el sufrimiento y la muerte son parte de la vida. Llega un punto en que debemos aceptar su dominio sobre nosotros y nuestro inevitable deterioro. Creemos que el misterio de la Pascua proclama la victoria de la vida sobre la muerte. Creemos que en nuestra vulnerabilidad encontramos a Cristo. La enfermedad puede ser un momento de gracia. La fe nos permite vislumbrar el sentido de nuestro deterioro. La fe nos manifiesta que Dios está presente en medio de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. No hay lugar al cual Dios no pueda llegar para estar junto a nosotros.
- Las *Directivas Éticas y Religiosas para los Servicios Católicos del Cuidado de la Salud* nos recuerdan que “la tarea de la medicina es cuidar cuando no puede curar. Los médicos y sus pacientes deben evaluar el uso de la tecnología a su disposición. La reflexión sobre la dignidad innata de la vida humana en todas

sus dimensiones y el propósito de la atención médica es indispensable para formular un verdadero juicio moral sobre el uso de la tecnología para mantener la vida. El uso de este tipo de tecnología se evalúa en relación con el significado cristiano de la vida, el sufrimiento y la muerte. Solamente de esta manera se evitan los dos extremos: por un lado, la insistencia en una tecnología onerosa e inútil incluso cuando el paciente puede desear legítimamente renunciar a ella y, por otro lado, el retiro de la tecnología con la intención de causar la muerte". (Parte V)

- La teología católica permite la donación de órganos y tejido corporal para propósitos éticamente legítimos, como por ejemplo, una ofrenda para otra persona o para investigación después de la muerte (*Directivas Éticas y Religiosas...*, n.º 63-66).
- Un paciente recibe cuidado paliativo, por ejemplo, el cuidado del bienestar o el manejo del dolor; cuando se decide que un tratamiento médico adicional sería oneroso e inútil.
- La atención de enfermos terminales es un tipo de cuidado disponible para pacientes moribundos y sus familias. Si bien algunas comunidades cuentan con un centro específicamente designado para la atención de enfermos terminales, gran parte de este tipo de atención se administra a los pacientes y sus familias en sus propios hogares, ya sea en una vivienda particular o un centro de convalecencia. La atención de enfermos terminales también está disponible para pacientes y sus familias en el mismo hospital. La atención de pacientes terminales se centra en el bienestar físico, el alivio del dolor y el manejo de los síntomas, y aborda las necesidades espirituales, psicológicas, sociales y económicas del paciente. La atención durante el duelo para la familia es también una parte integral de la atención de enfermos terminales. Los pacientes moribundos y sus familias siempre deben buscar la atención de enfermos terminales para recibir consuelo durante el proceso de muerte.

REFERENCIAS

Juan Pablo II

El Evangelio de la Vida (Evangelium Vitae) (The Gospel of Life), 1995.

Discurso en el Congreso Internacional de la Academia Pontifical para la Vida y la Federación Internacional de las Asociaciones Médicas Católicas sobre Tratamientos para Mantener la Vida y el Estado Vegetativo (Pontifical Academy for Life and the International Federation of Catholic Medical Associations' International Congress on Life-Sustaining Treatments and Vegetative State), 2004.

Congregación para la Doctrina de la Fe (Congregation for the Doctrine of the Faith)

Declaración sobre la Eutanasia (Declaration on Euthanasia), 1980.

"Respuestas a Ciertas Preguntas sobre Nutrición e Hidratación Artificial" ("Responses to Certain Questions Concerning Artificial Nutrition and Hydration"), *Origins* 37:16 (2007), 241-242; y 242-245.

El Catecismo de la Iglesia Católica (The Catechism of the Catholic Church), 1994.

Conferencia Nacional de Obispos Católicos (National Conference of Catholic Bishops)

Salud y Cuidado de la Salud: Carta Pastoral de los Obispos Católicos Estadounidenses (Health and Health Care: A Pastoral Letter of the American Catholic Bishops), 1981.

Directivas Éticas y Religiosas para los Servicios Católicos del Cuidado de la Salud (Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services), 4^{ta}. edición,

The Daughters of Charity Health System extends the healing ministry of Jesus Christ through the sponsorship of the following Catholic Hospitals:

Seton Medical Center, Daly City
Seton Medical Center Coastside, Moss Beach
O'Connor Hospital, San Jose
Saint Louise Regional Hospital, Gilroy
St. Vincent Medical Center, Los Angeles
St. Francis Medical Center, Lynwood

El Sistema de Salud de las Hermanas de la Caridad amplía el ministerio de la sanación de Jesucristo a través del patrocinio de los siguientes Hospitales Católicos:

Seton Medical Center, Daly City
Seton Medical Center Coastside, Moss Beach
O'Connor Hospital, San José
Saint Louise Regional Hospital, Gilroy
St. Vincent Medical Center, Los Ángeles
St. Francis Medical Center, Lynwood