

*Un Mensaje sobre*

# Decisiones al final de la vida

*Con este mensaje el Consejo de la Iglesia Evangélica Luterana en América, basado en la recomendación de la División para la Iglesia en la Sociedad, considera algunos aspectos actuales sobre situaciones al final de la vida, y alienta a la iglesia a proseguir deliberando sobre el tema. Este mensaje no cubre todos los aspectos de este complejo tema. La guía que ofrece se inspira en un pronunciamiento social relevante, "Death and Dying,"<sup>1</sup> preparado por una iglesia predecesora.*

## EL MOTIVO

Una mujer anciana vislumbra con horror la posibilidad de ser mantenida con vida por meses mediante aparatos médicos. Un hijo visita semanalmente el hogar de ancianos para ver a su madre de 95 años, quien sufre Parkinson y desea morir. Tanto familiares como amigos comparten la muerte lenta y angustiante de un joven con el SIDA. Padres agonizan con el pastor sobre qué hacer con su hija quien, después de sufrir un accidente automovilístico, sobrevive en un persistente estado vegetativo.

La gente experimenta, cada vez más, dolorosas disyuntivas similares. Si bien los avances de la medicina moderna han sido utilizados para prolongar y mejorar la vida de muchos, también han ayudado a crear, a menudo, un pavoroso contexto en torno al fallecimiento. La costosa tecnología puede mantener personas con vida, pero frecuentemente dichas personas son cercenadas de relaciones significativas con otros, y existen con poca o ninguna esperanza de recuperación. Muchos imaginan con temor una situación al fin de sus vidas donde ellos o sus seres queridos no tendrían palabra alguna en las decisiones que afecten su tratamiento.

En este contexto se ha dado un nuevo énfasis sobre los derechos de los pacientes. Por ejemplo, una reciente legislación federal requiere de todos los centros de salud que reciben dinero del Medicare o Medicaid, informar a los pacientes de su derecho de decidir sobre tratamientos médicos. Esto incluye el derecho de especificar "directivas previas,"<sup>2</sup> los cuales detallan el deseo de los pacientes en caso de que ya no puedan comunicarse adecuadamente.

Consideramos esta legislación consistente con el principio de que “respeto por la persona [que se encuentra capaz de comunicarse] requiere que se le reconozca como la instancia principal de decisión” en el tratamiento.<sup>3</sup> El paciente es una persona en relación, no un individuo aislado. Su decisión debería tomar en cuenta a otros, y ser llevada a cabo en consulta con familiares, amigos, pastor, y profesionales de la salud. Los cristianos nos enfrentamos a decisiones al final de la vida en toda su ambigüedad, sabiendo que en última instancia somos responsables ante Dios, cuya gracia nos conforta, perdona, y libera en nuestra disyuntiva.

¿Qué decisiones sobre el fallecimiento son aceptables para el cristiano responsable, y cuáles van más allá de los límites morales aceptables? ¿Qué prácticas médicas y disposiciones públicas permiten un tratamiento más humano de aquellos que están falleciendo, y cuáles podrían invitar al abuso y a la violación de la dignidad humana? Las propuestas en varios estados para legalizar la muerte asistida por un médico<sup>4</sup>, indican el renovado interés en estas preguntas ancestrales. Los miembros, congregaciones, e instituciones de la IELA deben enfrentár estas preguntas en oración y minuciosa reflexión.

## UNA PERSPECTIVA CRISTIANA

Como cristianos nuestra fe nos informa y guía al considerar decisiones personales y públicas sobre la muerte y el fallecimiento en la actualidad. Algunas de las convicciones que nos orientan son:

- ◆ *la vida es un regalo de Dios que debe ser recibida con gratitud;*
- ◆ *la integridad de los procesos de vida que Dios ha creado debe ser respetada; tanto el nacimiento como la muerte son parte de dichos procesos;*
- ◆ *tanto el vivir como el fallecer debería ocurrir en el seno de una comunidad dedicada al cuidado mutuo;*
- ◆ *una perspectiva cristiana manda el respeto por cada persona; dicho respeto incluye el reconocimiento debido a las preferencias de cada persona en referencia a decisiones sobre tratamiento;*
- ◆ *sinceridad y fidelidad en nuestras relaciones con otros son esenciales al entramado de la vida humana; y*
- ◆ *aún en tiempos de sufrimiento y adversidad es posible la esperanza y el sentido en la vida, una verdad contundentemente proclamada en la fe de la iglesia en la resurrección.*<sup>5</sup>

“Si vivimos, para el Señor vivimos; y si morimos, para el Señor morimos” (Romanos 14:8). Para aquellos que viven con esta certitud, ni la vida ni la

muerte son absolutas. Atesoramos el don divino de la vida; también nos preparamos para el momento en que dejemos nuestras vidas, confiando nuestro futuro al Cristo crucificado y resucitado, quien es “Señor tanto de los muertos como de los vivos” (Romanos 14:9).

Si bien estas convicciones no proveen respuestas definitivas a todas las decisiones al final de la vida, ofrecen, en verdad, un acercamiento básico a las mismas.

## PERMITIR EL FALLECIMIENTO Y QUITAR LA VIDA

### **Rehusar o retirar la nutrición e hidratación artificialmente suministradas**

Los pacientes que antaño hubieran muerto dado su incapacidad de tomar alimentos y agua por vía oral, hoy pueden ser mantenidos con vida mediante la nutrición e hidratación artificialmente suministradas. A menudo estas medidas son temporarias, y permiten a muchos su recuperación. Otras veces, sin embargo, solamente sirven para mantener al paciente con vida, frecuentemente por tiempo indeterminado. En estos casos, ¿es moralmente permisible rehusar o retirar tal nutrición e hidratación?

Comida y agua son componentes básicos en el cuidado humano. La nutrición e hidratación artificialmente suministradas van más allá del cuidado básico, convirtiéndose en tratamiento médico. A los profesionales de la salud no se le exige en todas las circunstancias el empleo de todos los tratamientos médicos disponibles. En ciertas instancias, el tratamiento médico puede ser limitado, permitiendo de esta manera el fallecimiento. Los pacientes tienen el derecho de rechazar tratamientos excesivamente agobiantes, desproporcionales en relación a los beneficios esperados.

Cuando el juicio médico establece que la nutrición e hidratación artificialmente suministradas no contribuiría al mejoramiento de la condición subyacente del paciente, o prevenir la muerte a causa de esa condición, los pacientes o sus portavoces legales pueden considerar esas medidas como tratamientos excesivamente agobiantes. En estas circunstancias puede ser moralmente responsable rehusarlas o retirarlas dando lugar al fallecimiento. Esta decisión no significa que los familiares y amigos abandonan a su ser querido.

Cuando la nutrición e hidratación artificialmente suministradas son rehusadas o retiradas, los familiares, amigos, profesionales de la salud, y el pastor, deberán seguir atendiendo a la persona. Aliviarán su sufrimiento, atenderán a su comodidad física, y le atestarán del amor imperecedero de Dios.

## **Rechazo del tratamiento benéfico**

Tanto los pacientes como los profesionales de la salud comparten un interés común por una cura médica benéfica. En la mayoría de los casos concuerdan en un mismo entender con respecto al beneficio. Cuando existe el acuerdo, los pacientes generalmente están dispuestos a recibir tratamiento. Sin embargo, existen situaciones donde los pacientes y los profesionales de la salud no concuerdan en lo que beneficiará al paciente, o si vale la pena los riesgos y agobios implicados en la mejoría esperada. ¿Qué es lo moralmente responsable en estas situaciones?

Debido a que los pacientes capacitados son las instancias principales de decisión, podrán rechazar el tratamiento recomendado por los profesionales de la salud cuando estimen que las mejorías esperadas no se comparan con los riesgos y agobios previsibles. Este también es el caso con pacientes incapacitados que han expresado sus deseos a través de “directivas previas,” testamentos, y/o conversaciones con familiares o sustitutos designados.

Los profesionales de la salud están obligados a informar a los pacientes sobre tratamientos médicos alternativos, y cuáles son, según su juicio, los beneficios y riesgos potenciales en tales alternativas. También se hallan bajo la obligación de procurar el consentimiento de los pacientes en vistas al tratamiento médico. Cuando falta este consentimiento, deberán aceptar los límites deseados en el tratamiento, aún cuando no estén de acuerdo con la decisión.

El rechazo de un tratamiento benéfico por parte del paciente no significa que los profesionales de la salud están exentos de la obligación de proveer el cuidado y la atención básica humana durante el proceso de fallecimiento que presumiblemente acontecerá. Los familiares, amigos, y pastor, deberán acompañar a la persona y compartir la promesa de la fidelidad de Dios tanto en la vida como en la muerte.

## **La muerte asistida por un médico**

El énfasis sobre los derechos del paciente, un sistema de salud a menudo incapaz de responder adecuadamente a enfermedades calamitosas, y el surgimiento de enfermedades (como el SIDA o el mal de Alzheimer) que conllevan una pérdida dramática de las capacidades humanas, son algunas de las realidades que se han sumado para crear un ambiente donde algunos pacientes solicitan la terminación de sus vidas. ¿Es moralmente aceptable que un médico realice o autorice un acto que lleve a la terminación de la vida del paciente?

La integridad de la relación médico-paciente está enraizada en la confianza de que los médicos actuarán para preservar la vida y salud del paciente. Los médicos y otros profesionales de la salud también tienen la responsabilidad de aliviar el sufrimiento. Esta responsabilidad incluye la reducción del dolor, aún cuando resulte en una muerte más temprana.

Sin embargo, la acción deliberada de un médico para quitar la vida de un paciente es otro asunto, aún cuando éste es el deseo del enfermo. Como iglesia afirmamos que “destruir deliberadamente la vida creada a imagen de Dios es contrario a nuestra conciencia cristiana.”<sup>6</sup> Si bien esta afirmación es clara, también reconocemos que profesionales de la salud responsables bregan en procura del mal menor en situaciones límites ambiguas -- por ejemplo, cuando el dolor es tan insoportable que ya no se puede distinguir la vida de la tortura.

Nos oponemos a la legalización de la muerte asistida por médicos, permitiendo acabar con la vida en un acto privado. El control público y la reglamentación de dichas acciones serían extremadamente difíciles, sino imposibles. Las posibilidades de abuso, especialmente de las personas más vulnerables, se incrementarían sustancialmente.

El cuidado y tratamiento que posibiliten el fallecimiento dentro de los límites de lo que es moralmente aceptable puede ayudar en reducir el aliciente de la muerte asistida por el médico. Los hospicios dedicados a los moribundos ofrecen la promesa de un tratamiento más humano al final de la vida. Un sistema de salud más equitativo que responda más efectivamente a las enfermedades calamitosas, amén de proveer el tratamiento necesario, también debería ser una prioridad para aquellos preocupados sobre las decisiones en torno al fin de la vida.

## MINISTERIOS EN PREPARACION PARA EL FINAL DE LA VIDA

Las “directivas previas” son una buena medida para alentar decisiones responsables al final de la vida. A menudo, sin embargo, las personas se sienten apabulladas o asustadas al pensar sobre los tratamientos médicos y las posibilidades legales; consecuentemente, no toman medidas en vistas a las etapas finales de sus vidas. Las personas reconocen sus derechos como pacientes, pero al mismo tiempo, no se sienten preparadas para asumir la responsabilidad.

Las comunidades de fe deberían, pueden, y a menudo proveen un ministerio integral en miras a la preparación de las personas para las decisiones al final de la vida. Los pastores pueden asistir a las personas en sus temores y esperanzas. Las congregaciones pueden ofrecer oportunidades para conversar y deliberar sobre el fallecimiento. A fin de facilitar el entendimiento de las variadas facetas sobre este tema, las congregaciones pueden invitar a capellanes, enfermeros y asistentes de los hospicios, asistentes sociales, abogados, o personas entendidas en la materia de “directivas previas.”

También alentamos a los hospitales, hogares de ancianos, y otras organizaciones dedicadas al ministerio social relacionadas a la iglesia, a que tomen recaudos para facilitar una conversación y deliberación continuas sobre su ministerio en situaciones cercanas al fallecimiento. El personal de dichas organizaciones debe comprender los principios éticos que deberían guiar el servicio y cuidado que proveen. Los comités de ética pueden jugar un papel importante en la mediación de conflictos irresueltos sobre decisiones concernientes a tratamientos.

Nos regocijamos en la fidelidad y compasión de congregaciones, pastores, profesionales de la salud, e instituciones de la iglesia que ejercen su ministerio con personas cercanas a la muerte junto a sus familiares y amigos. Damos gracias por los familiares y amigos que atienden y se ocupan de sus seres queridos. En medio de las a menudo agonizantes decisiones al final de la vida, recordamos el misterio de la vida y de la muerte que emana de Dios. Que el Espíritu Santo nos de a todos una sabiduría basada en el amor y una esperanza firme en la promesa evangélica de la vida eterna.

*Este mensaje fue aprobado por la junta de la División para la Iglesia en la Sociedad. Fue adoptado por el Consejo de la IELA el 9 de noviembre de 1992.*

## NOTAS

<sup>1</sup> El pronunciamiento social “Death and Dying” fue adoptado en 1982 por la Iglesia Luterana en América. En 1977 la Iglesia Luterana Americana produjo un estudio, “Death and Dying”; no siendo en realidad un pronunciamiento social, provee de todos modos ciertas líneas para este mensaje. Ambos documentos se encuentran a disposición a través del ELCA Distribution Service.

<sup>2</sup> “Directivas previas” (“Advanced directives”) incluye comúnmente la delegación de la representación legal, testamentos, y un formulario para “directivas previas.” Su significado exacto, sin embargo, puede variar de estado a estado.

<sup>3</sup> LCA, “Death and Dying,” p.3.

<sup>4</sup> La muerte asistida por un médico, o “ayuda para el fallecimiento,” se refiere a las situaciones donde el médico (u otro profesional de la medicina a petición del médico), en respuesta a la solicitud del paciente, o bien administra un medicamento o realiza un tratamiento, o capacita al paciente para hacerlo por si mismo, con la intención de provocar la muerte del paciente.

<sup>5</sup> Las afirmaciones anteriores son citas del documento de la LCA, “Death and Dying,” p.2-3.

<sup>6</sup> LCA, “Death and Dying,” p.6.

## PEDIDOS

Para obtener una copia gratis, en inglés o español, diríjase a:

Department for Studies  
Division for Church in Society  
Evangelical Lutheran Church in America  
8765 W. Higgins Rd.  
Chicago, IL 60631-4190  
(312) 380-2715

Para obtener varias copias en paquetes de 10, a 50 c cada paquete mas costos de correo y envío, diríjase a:

ELCA Distribution Service  
426 S. Fifth St.  
Box 1209  
Minneapolis, MN 55440  
(800) 328-4648

La versión en inglés también se encuentra disponible a través de la ELCA Distribution Service.

Copyright © 1992, Evangelical Lutheran Church in America  
Producido por el Departamento de Estudios, División para la Iglesia en la Sociedad.

Permitida la reproducción de este documento siempre que cada copia exhiba el presente Copyright.



IMPRESO EN PAPEL RECICLADO.

Código de pedido: 69-2595