



manejo del dolor y la rehabilitación estos pensamientos suelen disiparse, especialmente cuando el paciente reivindica el valor de su vida mediante un empleo provechoso o gracias a sus familias, amigos y comunidades religiosas que aprecien sus dones. Por supuesto, nunca tendrían ese cambio positivo si sus instrucciones de renunciar al soporte de vida se cumplirían en primera instancia. Y estas instrucciones pueden merodear como armas cargadas listas para dispararse aun después de que el cambio se haya producido.

Incluso las personas con discapacidades de larga duración pueden ser vulnerables a las sugerencias de otros de que sus vidas no tienen valor. Los médicos pueden sutilmente transmitir el mensaje de que la “calidad de vida” de tales pacientes es pobre. Las familias pueden hacer que los miembros discapacitados se sientan culpables por la carga de cuidados que la familia debe soportar. Las personas discapacitadas quizás decidan renunciar al soporte de vida creyendo que si no lo hacen están actuando egoístamente.

Los proponentes además sostienen que el control sobre la atención al final de la vida es especialmente valioso para las personas discapacitadas porque a menudo son víctimas de dependencia. Al renunciar al soporte de vida, dichas personas actúan autónomamente y, por lo tanto, afirman su valía humana. No obstante, es una clase de autonomía extraña aquella que libera solamente cuando las personas se dejan morir. Esto no da autonomía a las personas incapacitadas; al contrario, constituye la rendición final a la indefensión.

Otorgar a las personas designadas una amplia libertad para tomar decisiones inmediatas sobre el tratamiento también es una solución imperfecta. No todos los apoderados conocen y respetan la vida y los deseos de las personas discapacitadas que representan. Pueden pensar que la vida del discapacitado no tiene sentido o intentar obtener algún beneficio económico personal con la muerte de esa persona.

Quizás un enfoque mejor sea que las personas discapacitadas, y las sanas también, completen instrucciones anticipadas que supongan un soporte a favor de la vida y permitan a los apoderados renunciar a dicho tratamiento en caso de ser infructuoso. En otras palabras, los apoderados deberían interrumpir las medidas de soporte de vida solamente si la muerte es inevitable e inminente, el tratamiento ocasiona un sufrimiento insoportable, o la carga financiera del tratamiento es muy onerosa para la

familia en comparación con su limitado beneficio para mantener la vida del paciente.

El PCBE observó: “No debemos someternos con tanta facilidad a una visión que nos aísla en el momento de nuestra dependencia, o a una visión que se apoya en la idea errónea de que podemos determinar y manejar con precisión todas las facetas de la vida hasta el final de nuestros días”. Las personas discapacitadas nunca deberían aceptar planes para la atención de la salud que menosprecien la vida que han vivido. Toda instrucción anticipada deberá reflejar claramente una presunción a favor del deseo de vivir.

*El autor es profesor en la Facultad de Derecho de la Universidad de Temple, donde dicta la cátedra sobre La primera enmienda y jurisprudencia. Antes de integrar el cuerpo docente de la Universidad de Temple, se desempeñó como abogado penalista para la División de Derechos Civiles, Departamento de Justicia de EE. UU. Actualmente es presidente electo de la National Catholic Partnership on Disability y, cabe mencionar, es ciego.*

La versión completa de este artículo se encuentra en <http://www.usccb.org/prolife/programs/rlp/mikochickSp.pdf>.



Secretariat of Pro-Life Activities  
United States Conference of Catholic Bishops  
3211 Fourth Street, N.E. • Washington, DC 20017-1194  
Tel: (202) 541-3070 • Fax: (202) 541-3054  
Website: [www.usccb.org/prolife](http://www.usccb.org/prolife)

Copyright © 2008, United States Conference of Catholic Bishops, Washington, D.C.

# TESTAMENTO PARA VIVIR

*Stephen L. Mikochik*

*¡Tengan esperanza y  
confianza en la Vida!*  
**RESPETEMOS LA VIDA**

En 2005, el Consejo del Presidente sobre Bioética (PCBE, sigla en inglés) emitió un informe criticando la excesiva confianza que los expertos depositan en los testamentos en vida para los planes de salud anticipados. Cuestiona si los pacientes pueden decidirse intencionadamente a renunciar a recibir soporte de vida antes de llegar a un futuro hipotético en el cual pudieran quedar incapacitados. Sugiere en cambio, la designación de un apoderado (familiar o amigo) para que tome las decisiones médicas por los pacientes incapacitados, ya que esto ofrece mayor confianza a la hora de satisfacer los mejores deseos e intereses de esas personas.

Sin embargo, el informe omite todo análisis de las preguntas planteadas por las personas ya incapacitadas, en particular, si en sus testamentos deberían incluirse instrucciones para renunciar al soporte de vida. Estas inquietudes son únicas y algunos comentarios sobre el uso de los testamentos en vida para estas personas son pertinentes. Antes, sin embargo, explicaré algunos términos clave y luego describiré brevemente el análisis propuesto por el PCBE.

Las “instrucciones anticipadas” son declaraciones mediante las cuales las personas dan instrucciones para su atención médica futura en caso de quedar incapacitadas. Las “instrucciones anticipadas” o “testamentos en vida” son documentos escritos en los que las personas establecen sus preferencias a favor o en contra de



ciertos tratamientos terapéuticos y las consideraciones que deben regir la prestación de su atención médica futura. Los testamentos en vida pueden ser muy específicos, especialmente en lo que respecta al suministro o retiro de la hidratación o alimentación médicamente asistida, la reanimación cardiopulmonar (RCP), la ventilación mecánica, la diálisis renal y otros procedimientos sustentadores de vida.

Las “directivas por apoderado” o “poderes legales para el cuidado de la salud” son documentos en los que las personas designan a un agente para que tome decisiones en su nombre sobre el tratamiento a seguir en caso de quedar incapacitados.

Con la introducción de técnicas de soporte de vida, surgió la inquietud sobre si tales intervenciones no serían más que una mera prolongación de la muerte de un modo no digno que pudiera agotar los recursos financieros de sus familias. La idea de un “testamento en vida” fue originalmente propuesta en la década de 1960 para abordar estas inquietudes.

Los que abogan por los testamentos en vida argumentan que promueven la autonomía al permitir a los pacientes evitar el sobretreatmento y procedimientos costosos que podrían agotar los bienes que desean legar a sus familiares y amigos. Además, en los testamentos en vida la responsabilidad de la toma de decisiones recae en el paciente y liberan a los familiares del estrés y la discordia que se generaría si ellos tuvieran que tomar las decisiones de renunciar al tratamiento.

Sin embargo, el PCBE, sostiene que los testamentos en vida no cumplen con los objetivos que sus proponentes tenían en mente. Es posible que un testamento en vida no refleje las preferencias de la persona con precisión ya que se le solicita que prediga sus reacciones a una gran variedad de enfermedades que no pueden prever y a intervenciones médicas que posiblemente no comprendan. Los tratamientos médicos suelen variar con el tiempo y las personas pueden pasar por alto alterar sus testamentos para que reflejen esos cambios. Finalmente, hay

prueba de que los pacientes incapacitados a menudo no reciben la atención de acuerdo con sus instrucciones.

El PCBE concluyó que los testamentos en vida no pueden asegurar un consentimiento correctamente informado porque esto requiere de una comprensión de los hechos que nadie puede tener realmente de manera anticipada.

El PCBE pide que los pacientes depositen su confianza en el criterio de otra persona que tome las mejores decisiones para su tratamiento, teniendo en cuenta tanto los deseos expresados con anterioridad como las circunstancias actuales por medio de un poder de instrucciones anticipadas que le permita actuar en su nombre. Estas instrucciones recogen con seriedad los deseos de los pacientes para elaborar su futuro tratamiento al permitir que sean los familiares o amigos elegidos por ellos quienes tomen esas decisiones, al tiempo que “acentúan menos la importancia de la autodeterminación y, por consiguiente, realzan la importancia de la solidaridad e interdependencia”.

Indudablemente, las personas discapacitadas pueden interiorizar las actitudes negativas de la sociedad sobre sus enfermedades y, consecuentemente, elegir en testamentos en vida renunciar al soporte de vida. Esto es más evidente inmediatamente después de una lesión traumática, cuando las personas sufren la pérdida de su capacidad por primera vez. Pero con el