

DIMENSIÓN VIDA CEM

VII ENCUENTRO NACIONAL DE RESPONSABLES DIOCESANOS DE VIDA

TALLER 1 ENFOQUE MÉDICO, ANTROPOLÓGICO Y BIOÉTICO

Encuadre metodológico general del Taller

Duración total: 2 horas

Participantes: 100 personas aproximadamente

Modalidad de trabajo: 10 equipos de 10 personas

Distribución de guías:

- Equipos 1 y 2: Guía A
- Equipos 3 y 4: Guía B
- Equipos 5 y 6: Guía C
- Equipos 7 y 8: Guía D
- Equipos 9 y 10: Guía E

Finalidad del taller

Profundizar, a la luz del Magisterio de la Iglesia y de la reflexión bioética y médica, en algunos aspectos fundamentales del final de la vida humana, para llegar a conclusiones claras, prácticas y compartidas.

Metodología general

Cada equipo trabajará a partir de su guía correspondiente, siguiendo el esquema:

ver – juzgar – actuar

El objetivo no es responder de manera exhaustiva cada pregunta, sino dialogar con seriedad a partir de los textos, identificar los aspectos más relevantes y llegar a conclusiones comunes, claras y concretas.

Organización de cada equipo

Antes de comenzar, cada equipo elegirá:

- **un moderador**, que cuide el orden, distribuya la palabra y ayude a centrar el diálogo;
- **un secretario**, que tome nota de las ideas principales y redacte las conclusiones finales;
- **un portavoz**, que presente brevemente las conclusiones del equipo en la plenaria.

Criterios de participación

Todos los integrantes del equipo deben participar.

Se pide que:

- se lean atentamente los textos;
- se comparta al menos una aportación por cada integrante;
- se escuche con respeto a los demás;
- se ayude a que el equipo llegue a conclusiones comunes.

Sugerencia de distribución del tiempo

1. Introducción general y organización de equipos — 10 min

Presentación del taller, distribución de equipos y elección de roles.

2. Lectura de los textos y anotar ideas más importantes de cada texto — 15 min

Leer los textos en el equipo y subrayar las ideas principales.

3. Diálogo del VER — 20 min

El equipo identifica situaciones, problemas, confusiones y desafíos presentes en la realidad actual.

4. Diálogo del JUZGAR — 20 min

El equipo contrasta esa realidad con los textos y formula criterios éticos claros.

5. Diálogo del ACTUAR — 20 min

El equipo propone acciones, criterios o líneas concretas de respuesta.

6. Redacción y validación de conclusiones — 10 min

El secretario redacta las conclusiones y el equipo las revisa y aprueba.

Formato de conclusiones

Cada equipo deberá entregar sus conclusiones en estas cuatro frases:

Hoy vemos que...

A la luz de los textos, afirmamos que...

Es necesario aclarar que...

Proponemos que...

Indicaciones para el secretario

Las conclusiones deben redactarse de forma:

- breve,
- clara,

- precisa,
- y apta para leerse o proyectarse textualmente.

Indicaciones para la plenaria

Durante la plenaria, el portavoz de cada equipo deberá **limitarse a leer fielmente las conclusiones previamente redactadas y aprobadas por su equipo**, sin añadir comentarios personales, ejemplos nuevos, explicaciones improvisadas ni opiniones propias.

La finalidad de la plenaria es **presentar el fruto del discernimiento del equipo**, no una reflexión individual del portavoz. Por ello, lo que se exponga deberá corresponder únicamente a lo que el grupo haya validado por escrito.

Criterio final

Se busca que el taller no se reduzca a opiniones personales, sino que conduzca a un discernimiento serio, iluminado por los textos, atento a la realidad y orientado a propuestas concretas.

Guía C (Equipos 5 y 6)

Medios proporcionados, medios desproporcionados y rechazo del ensañamiento terapéutico

Oración inicial

Señor Jesús,

Tú conoces la fragilidad humana y acompañas con amor a quien sufre.

Danos sabiduría para discernir con rectitud ante la enfermedad grave y para reconocer cuándo un tratamiento ayuda verdaderamente a la persona y cuándo se vuelve una carga desproporcionada.

Líbranos de la confusión, del miedo y de toda forma de abandono, y enséñanos a cuidar la vida con verdad, prudencia y compasión.

Amén.

Enfoque: Bioético-médico

Objetivo

Distinguir con claridad entre el deber de cuidar al enfermo, el uso proporcionado de los medios terapéuticos, la renuncia legítima a tratamientos desproporcionados y el rechazo del ensañamiento terapéutico.

Textos base

Texto 1

“Cada uno tiene el deber de curarse y de hacerse curar. Los que tienen a su cuidado los enfermos deben prestarles su servicio con toda diligencia y suministrarles los remedios que consideren necesarios o útiles.

¿Pero se deberá recurrir, en todas las circunstancias, a toda clase de remedios posibles?

Hasta ahora los moralistas respondían que no se está obligado nunca al uso de los medios ‘extraordinarios’. Hoy en cambio, tal respuesta siempre válida en principio, puede parecer tal vez menos clara tanto por la imprecisión del término como por los rápidos progresos de la terapia. Debido a esto, algunos prefieren hablar de medios ‘proporcionados’ y ‘desproporcionados’” (*Iura et bona*, IV).

Texto 2

“En cada caso, se podrán valorar bien los medios poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales” (*Iura et bona*, IV).

Texto 3

“Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, aunque ya esté en uso, todavía no está libre de peligro o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio: significa más bien o simple aceptación de la condición humana, o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o la colectividad.

Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares. Por esto, el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro” (*Iura et bona*, IV).

Texto 4

“Vale la pena recordar aquí, aun remitiendo a los documentos que acabamos de citar, que el dolor de los pacientes, del que se habla y sobre el que se quiere fundamentar una especie de justificación o casi obligatoriedad de la eutanasia y del suicidio asistido, es hoy más que nunca un dolor ‘curable’ con los medios adecuados de la analgesia y de los cuidados paliativos proporcionados al dolor mismo; el paciente, si se le presta una adecuada asistencia humana y espiritual, puede recibir alivio y consuelo en un clima de apoyo psicológico y afectivo” (Consideraciones éticas sobre la eutanasia).

Texto 5

“La conducta correcta consiste en respetar la vida y la dignidad del moribundo, sin realizar acciones tendencialmente dirigidas a anticipar su muerte. Esto significa, entre otras cosas, hacer disponibles las terapias proporcionadas, sin utilizar ninguna forma de ‘ensañamiento terapéutico’; y, dado que el paciente no es capaz de seguir personalmente el tratamiento, implica también la obligación de acatar su voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente, ante terapias de carácter extraordinario o arriesgado, a las que no se está moralmente obligado. Dichas terapias, en efecto, deben considerarse siempre en relación con sus objetivos en la situación concreta de un enfermo y no según la determinación legal de su uso” (Consideraciones éticas sobre la eutanasia).

Indicaciones para el trabajo en equipo

Lean completos los cinco textos.

Subrayen las expresiones más importantes.

Dialoguen a partir del esquema ver, juzgar, actuar.

Busquen distinguir con precisión entre cuidar, curar, aliviar, prolongar y obstinarse terapéuticamente.

VER

1. ¿Qué situaciones conocen en las que se haya querido “hacer todo” aunque el tratamiento ya no ofreciera un beneficio real al enfermo?
2. ¿Qué miedos o presiones influyen hoy en las decisiones médicas y familiares al final de la vida?
3. ¿Qué confusiones aparecen con frecuencia entre cuidar al paciente y prolongar inútilmente su agonía?
4. ¿Qué dificultades concretas existen hoy para acceder a cuidados paliativos o a un buen acompañamiento del dolor?

JUZGAR

1. Según *lura et bona*, ¿qué criterios deben considerarse para valorar si un tratamiento es proporcionado o desproporcionado?
2. ¿Por qué no se está obligado a recurrir siempre a todos los medios posibles?
3. ¿Qué diferencia hay entre renunciar a un tratamiento desproporcionado y querer provocar la muerte del paciente?
4. Según *Consideraciones éticas sobre la eutanasia*, ¿por qué el rechazo del ensañamiento terapéutico no equivale a abandono del enfermo?
5. ¿Qué lugar ocupan la analgesia y los cuidados paliativos en una respuesta médica y ética adecuada al final de la vida?

ACTUAR

1. ¿Qué criterio práctico debería promoverse para ayudar a distinguir entre cuidado debido y obstinación terapéutica?
2. ¿Qué habría que explicar mejor en México para evitar que toda renuncia a tratamientos desproporcionados se confunda con eutanasia?
3. ¿Qué acciones concretas pueden favorecer una mejor comprensión y valoración de los cuidados paliativos?
4. ¿Qué propuesta puede hacer esta mesa para promover decisiones más humanas, prudentes y éticamente fundadas ante el final de la vida?

Formato de conclusiones

Al terminar, el secretario redacta estas cuatro frases, que deberán ser revisadas y validadas por todo el equipo:

Hoy vemos que...

A la luz de los textos, afirmamos que...

Es necesario aclarar que...

Proponemos que...