

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 E (Equipos 9 y 10)

La petición de morir, la soledad del enfermo y la responsabilidad ética del médico

Oración inicial

Señor Jesús,
Tú te acercaste a los que sufrían y nunca los abandonaste.
Danos un corazón atento para escuchar el dolor del enfermo,
una inteligencia clara para discernir con verdad sus palabras y sus necesidades,
y una conciencia recta para responder con respeto, compasión y responsabilidad.
Enséñanos a sostener la vida, aliviar el sufrimiento
y acompañar con humanidad a quien atraviesa la enfermedad grave y el final de la vida.
Amén.

Enfoque: Antropológico-bioético-médico

Objetivo

Comprender qué puede haber detrás de una petición de morir, distinguir entre una voluntad eutanásica y una súplica de ayuda, y reconocer la responsabilidad ética del médico y del entorno ante el enfermo grave o moribundo.

Textos base

Texto 1

“Podría también verificarse que el dolor prolongado e insoportable, razones de tipo afectivo u otros motivos diversos, induzcan a alguien a pensar que puede legítimamente pedir la muerte o procurarla a otros. Aunque en casos de ese género la responsabilidad personal pueda estar disminuida o incluso no existir, sin embargo el error de juicio de la conciencia —aunque fuera incluso de buena fe— no modifica la naturaleza del acto homicida, que en sí sigue siendo siempre inadmisibles” (*Iura et bona*, II).

Texto 2

“Las súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia; éstas en efecto son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto. Además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y sobrenatural, con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermeros” (*Iura et bona*, II).

Texto 3

“La Iglesia ha seguido con aprensión ese desarrollo de pensamiento, reconociendo en él una de las manifestaciones del debilitamiento espiritual y moral con respecto a la dignidad de la persona moribunda y una senda "utilitarista" de desinterés frente a las verdaderas necesidades del paciente” (Consideraciones éticas sobre la eutanasia).

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

“Las posibles peticiones de muerte por parte de personas que sufren gravemente, como demuestran las encuestas realizadas entre los pacientes y los testimonios de clínicos cercanos a las situaciones de los moribundos, casi siempre constituyen la manifestación extrema de una apremiante solicitud del paciente que quiere recibir más atención y cercanía humana, además de cuidados adecuados, ambos elementos que actualmente a veces faltan en los hospitales. Resulta hoy más verdadera que nunca la consideración ya propuesta por la Carta de los agentes sanitarios: ‘El enfermo que se siente rodeado por la presencia amorosa, humana y cristiana, no cae en la depresión y en la angustia de quien, por el contrario, se siente abandonado a su destino de sufrimiento y muerte y pide que acaben con su vida. Por eso la eutanasia es una derrota de quien la teoriza, la decide y la práctica’ (n. 149)” (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 claridad entre una petición de muerte, una súplica de ayuda, el deber de acompañar al enfermo y la responsabilidad ética del médico.

VER

1. ¿Qué situaciones concretas pueden llevar hoy a una persona enferma a pedir la muerte o a desearla?
2. ¿Qué papel pueden tener el dolor, la soledad, el miedo, la dependencia o el sentimiento de ser una carga en esa petición?

3. ¿Qué experiencias conocen en las que el enfermo haya necesitado más escucha, cercanía o apoyo humano?
4. ¿Qué dificultades observan hoy para que el personal de salud, la familia o el entorno respondan adecuadamente a esas necesidades?

JUZGAR

1. Según *lura et bona*, ¿por qué el sufrimiento o los motivos afectivos no convierten en legítima la petición de muerte?
2. Según *lura et bona*, ¿cómo deben entenderse muchas de las súplicas de muerte de los enfermos muy graves?
3. Según *Consideraciones éticas sobre la eutanasia*, ¿qué revela una mirada “utilitarista” sobre el enfermo y el moribundo?
4. Según *Consideraciones éticas sobre la eutanasia*, ¿qué importancia tienen el alivio del dolor, los cuidados paliativos y la cercanía humana en la atención del enfermo grave?
5. ¿Por qué muchas peticiones de muerte no deben interpretarse automáticamente como un deseo libre y pleno de eutanasia?

ACTUAR

1. ¿Qué criterio práctico debería promoverse para escuchar mejor lo que realmente expresa un enfermo cuando pide morir?
2. ¿Qué habría que fortalecer para que el paciente no se sienta solo, abandonado o reducido a una carga?
3. ¿Qué habría que impulsar en los ambientes de salud para que no falten el alivio del dolor, los cuidados adecuados y la cercanía humana?
4. ¿Qué acción concreta puede proponer esta mesa para promover una atención más humana, ética y respetuosa de la dignidad del enfermo grave?

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...