

## GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL SUICIDIO ASISTIDO

### Resumen ejecutivo

Este informe fue encargado por el Sínodo 2023, solicitando “un informe definitivo y exhaustivo sobre la práctica del suicidio asistido en todas sus formas” (*Acts of Synod 2023*, p. 981). Entendemos que la pregunta principal planteada al Grupo de Trabajo sobre Suicidio Asistido es la siguiente: *Dada la creciente disponibilidad y respaldo médico del suicidio asistido, ¿qué opinión deben tener los cristianos sobre este asunto desde una perspectiva bíblica, dentro del contexto médico y en apoyo de una vida cristiana práctica?* En este informe sostendremos que la teología cristiana y las prácticas de cuidado pastoral fomentan la compasión a través de cuidados paliativos y el apoyo a las personas que sufren, tienen discapacidades y/o están en fase terminal, junto con sus familias, en lugar de actuar para causar la muerte.

Al considerar el suicidio médicaamente asistido (SMA), comenzamos por revisar una visión bíblica sobre la vida humana. La vida viene de Dios; es una generosa muestra de su amor por los seres humanos. Al poner su imagen en la humanidad, Dios nos ha dotado de un valor y una dignidad intrínsecos y perdurables. El valor de la vida no se ve mermado por la edad, la discapacidad, la enfermedad, un accidente o una deformidad. Esto contrasta con una noción secular del valor y la dignidad humana como dependiente de cualquier otro medio, ya sea la autonomía, la capacidad, la salud o la riqueza.

El sufrimiento forma parte del ser humano. Jesús sufrió mucho durante su tiempo en la tierra; comprende nuestro sufrimiento y camina con nosotros cuando sufrimos.

Además, las Escrituras atribuyen repetidamente valor al sufrimiento, que produce perseverancia, carácter y esperanza (Rom. 5:3-4). Sin embargo, no buscamos sufrir. De hecho, muchos en la Biblia y a lo largo de la historia de la humanidad han perdido la esperanza en medio de un profundo sufrimiento o miseria. La respuesta cristiana al sufrimiento y al miedo existencial se basa en nuestro llamado a amarnos los unos a los otros. “Ayúdense unos a otros a llevar sus cargas y así cumplirán la ley de Cristo” (Gal. 6:2).

De hecho, una comunidad amorosa desempeña un papel vital para ayudar a las personas a mantenerse firmes en la fe cuando sufren. Debemos reconocer que a menudo hemos fallado en nuestro deber de cuidarnos compasivamente unos a otros en momentos de sufrimiento. Santiago 1:27 nos llama de nuevo a preocuparnos por las personas vulnerables y por aquellas a las que nuestra sociedad menosprecia o ignora, y a trabajar para aliviar su sufrimiento. Sin embargo, incluso en las mejores circunstancias, el sufrimiento es real. Por eso, una parte importante de nuestra respuesta al sufrimiento es el lamento, tanto individual como comunitario. Como el salmista, lamentamos el quebranto que experimentamos en la tierra. Sin embargo, del lamento pueden surgir profundas expresiones de fe y esperanza: “Podrán desfallecer mi cuerpo y mi espíritu, pero Dios fortalece mi corazón; él es mi herencia eterna”

(Sal. 73:26). Este lamento debe producirse en el contexto del culto comunitario, donde nos apoyamos mutuamente y pedimos misericordia a Dios.

Hoy en día, el SMA está disponible en todo Canadá y en varios estados de Estados Unidos. De modo que, en muchos casos, cuando las personas se enfrentan ante un sufrimiento insoportable, el sistema de salud puede proporcionar cuidados paliativos o suicidio médicaamente asistido (en el Apéndice A se describen la historia y la situación actual del SMA). Mientras que los cuidados paliativos proporcionan medicamentos y recursos asistenciales para optimizar la calidad de vida hasta la muerte natural, el suicidio médicaamente asistido utiliza medicamentos para provocar deliberadamente la muerte de una persona que sufre y ha elegido morir. Es importante señalar que el sufrimiento que con más frecuencia lleva a las personas a buscar un SMA es *existencial*: una persona teme perder el control, la dignidad o el propósito a medida que disminuye su capacidad.

Los cuidados paliativos han desarrollado una especialización considerable en el abordaje de muchos elementos del sufrimiento para mejorar la comodidad. Un enfoque de trabajo en equipo ofrece atención personal, emocional y espiritual y aborda muchos de los síntomas físicos que contribuyen al sufrimiento, como el dolor, la dificultad para respirar, las náuseas y los vómitos, la disfunción urinaria e intestinal, la pérdida de energía y de apetito, etcétera. Si el sufrimiento se vuelve insoportable, se puede recurrir a la sedación paliativa (que elimina la percepción consciente del dolor, como un anestésico durante una intervención quirúrgica), con la intención de aliviar el sufrimiento, *no* de causar la muerte. En contraste, el SMA aborda la desesperación de un individuo ante la vida debido al sufrimiento ofreciéndole protocolos médicos diseñados para causar rápidamente la muerte, ya sea inyectada directamente por vía intravenosa (eutanasia) o recetada y autoadministrada (suicidio asistido), poniendo fin así al sufrimiento de la persona.

Cuando una persona se enfrenta a una enfermedad en la que su sufrimiento aumenta sin posibilidad de cura, se enfrenta a la decisión de continuar o no con el tratamiento de prolongación de vida que le ofrece el sistema de salud (en el Apéndice C se proporciona información sobre la toma de decisiones médicas). Una visión positiva del valor de la vida en el contexto de una comunidad amorosa no llevaría normalmente al abandono prematuro de toda atención médica. Sin embargo, los creyentes que han confiado su vida a Cristo no deberían sentirse obligados a someterse a intervenciones médicas fútiles, sino que son libres de rechazar tratamientos que podrían prolongar la vida, pero no mejorarla. En este contexto de *dejarse morir*, señalamos que el término “eutanasia pasiva” es engañoso y no debe utilizarse. También diferenciamos entre una persona que ha perdido la esperanza y deja de alimentarse e hidratarse con la intención de poner fin a su vida, y otra que, en una situación terminal, deja de recibir nutrición cuando ya no puede sostener su vida.

El suicidio médicaamente asistido no se limita al contexto de una muerte razonablemente previsible. En Canadá, el “Track 2” de SMA permite que una persona cuya muerte no es razonablemente previsible pero que tiene un sufrimiento intolerable reciba SMA si también tiene una discapacidad. En una sociedad en la que las personas discapacitadas

son devaluadas y sufren altos índices de aislamiento social y pobreza, la iglesia debe esforzarse por comprender la experiencia de la persona discapacitada y responder con una acción compasiva. De hecho, una comunidad de apoyo es especialmente importante en este contexto: estamos llamados a servir derribando las barreras que impiden la participación comunitaria, ya sea por medios físicos, económicos, tecnológicos o de otro tipo.

Aunque el SMA presenta un contexto ministerial en evolución para los pastores y las iglesias de hoy, la comunidad cristiana está dotada de un don único para responder y cuidar a las personas que sufren. La atención pastoral es un servicio importante para las personas que sufren; los cristianos solidarios acompañan a estas personas en cuestiones de vida y muerte. No se puede subestimar el poder de estar *presentes* a través de la visita y la comunicación personal (el Apéndice B ofrece sugerencias para ayudar a equipar a los laicos para visitar a personas que están muriendo). Estamos llamados a *perseverar* en el sufrimiento mediante el amor, el lamento y la liturgia. Buscamos *proteger* a cada persona hecha a la imagen de Dios, trabajando con compasión. Y nos aferramos a las promesas del Evangelio: La mano sustentadora de Dios en el presente, y la esperanza de nuestra resurrección y vida eterna en la presencia de Dios.

Por último, reconocemos que hoy en día muchas personas cuidan de personas que buscan el SMA, tanto dentro como fuera de la iglesia. Nuestra encuesta y las mesas de diálogo con pastores así lo han puesto de manifiesto. En el contenido de nuestro informe proporcionamos orientación sobre cómo responder cuando alguien está contemplando el suicidio médicaamente asistido. También hablamos de los procedimientos funerarios tras una muerte médicaamente asistida. Observamos que el SMA, aunque es un acto doloroso y trágico, no es un pecado imperdonable. Nos aferramos a la promesa de que ni siquiera la muerte puede separarnos del amor de Dios (Rom. 8:38-39). Reconocemos también que quienes cuidan de una persona que procede al suicidio médicaamente asistido pueden experimentar un daño moral y necesitar apoyo pastoral.

En conclusión, hoy en día el suicidio médicaamente asistido es accesible y está respaldado en toda Norteamérica. Las personas que sufren son vulnerables a la desesperación y pueden desear una acción que cause intencionadamente su muerte. Honrando a Dios como autor de la vida, apuntamos a los *cuidados paliativos* como el servicio adecuado que ofrece el sistema de salud para abordar el sufrimiento, y al *cuidado pastoral* como el deber de la iglesia de responder compasivamente al sufrimiento. No tememos a la muerte; esperamos la muerte con esperanza, confiando en que "aquel que resucitó al Señor Jesús nos resucitará también a nosotros con él... aunque por fuera nos vamos desgastando, por dentro nos vamos renovando día tras día." (2 Cor. 4:14, 16).