

Globethics Repository



¿Qué Muerte es Digna del Ser Humano? [What is Dignified Death of Being Human?]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository.
More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Escobar Triana, Jaime
Publisher	Universidad El Bosque
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-15 05:49:12
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215615

PRESENTACIÓN

Dentro de la colección *Bios y Ethos* que viene publicando la UNIVERSIDAD EL BOSQUE, como fruto del programa de formación del Postgrado en Bioética, presentamos este volumen, el número 6, dedicado a la Bioética y los Derechos Humanos.

Estrechamente relacionados los dos campos, de una parte la Bioética como movimiento interdisciplinario de tan reciente aparición y rápida evolución ante los hechos desafiantes que nos plantea diariamente la investigación científica y, de otra, como casi un componente de esa bioética, los Derechos Humanos y la Dignidad de la persona íntimamente ligados a los movimientos de la autonomía que se hace evidente, cada vez más, al surgir el sujeto moral especialmente en la medicina y las ciencias de la salud.

Culturalmente constituidos los Derechos Humanos, en particular a partir del siglo XVII, se han visto acrecentados y fortalecidos con la disciplina Bioética. Los criterios de Universalización de los Derechos Humanos a partir de 1948 con la declaración de las Naciones Unidas, han venido tomando posición prominente especialmente en el mundo occidental.

Desde la propia persona y con proyección futura en un horizonte de posibilidades, esos derechos llegan a determinar el proyecto individual de vida, con perspectiva de validez cierta como propuesta de autonomía. Ligados

a esta perspectiva individual, la dignidad y la calidad de la vida, ésta se extiende hasta su momento final como respetable Derecho Humano dentro del mundo actual.

Este y otros múltiples temas sobre la vida, su calidad y su sentido, su comienzo y su final, son objeto de discusiones Bioéticas que surgen a cada momento en el ejercicio diario de la medicina y en las investigaciones biológicas. De esta manera, la Bioética entrelaza la cultura científica y la cultura humanística, con miras a aportar soluciones a los conflictos de la sociedad contemporánea.

La ciencia sola no podrá aportar las soluciones que se creyó proporcionaría a partir de la Ilustración. Tampoco desde las ciencias humanísticas, desde la otra orilla, se obtendrá este propósito. No se excluyen las dos, sino por el contrario, se complementan necesariamente la una con la otra. Con la ciencia no se lograrán las soluciones, pero tampoco se conseguirán sin ella.

Los Derechos Humanos también se entrelazan con los otros principios de la Bioética propuestos por Beauchamp y Childress. No maleficencia-beneficencia que enfatizan, entre otros, el respeto a la integridad física de la persona, en la práctica médica y con la justicia que debe propiciar la organización de la sociedad y el estado como justa distribución de recursos sanitarios dentro de los criterios de igualdad, de dignidad de los seres humanos, la defensa de la vida y la protección de aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en debilidad manifiesta.

El entramado médico-jurídico es creación de la sociedad moderna, con gran insurgencia del principio de autonomía de la persona. En ese entramado nos hemos venido desarrollando desde el inicio de la modernidad, hasta alcanzar los niveles de preminencia que tiene en la actualidad.

En este volumen se exponen temas que muestran una comunidad de problemas entre la Bioética y los Derechos Humanos presentados, además,

como retos del mundo contemporáneo y que divide Carlos Maldonado en tres grupos principales: el problema de determinar quién sea el otro, e inversamente, quién soy yo mismo frente a él o a ella; el problema del lugar (topos) del yo en el mundo, y de qué manera el yo se identifica con ese topos, y el problema de los retos que pueden denominarse como específicamente estocásticos. Estos tres se resumen en un solo problema común: establecer qué es la vida, no sólo humana sino en general la vida sobre el planeta y su cuidado; es el punto de confluencia exacto entre la Bioética y los Derechos Humanos.

Desde las Tecnociencias, Gilbert Hottois explicita como una crisis de la simbolización la obsesión del lenguaje filosófico del siglo XX, simbolización incapaz de asumir las preguntas suscitadas por las tecnociencias contemporáneas, especialmente las biomédicas. Dichas preguntas sobre la dimensión ética de la tecnociencia constituyen para él la Bioética.

Señala la complejidad de la Bioética como una forma triple: la interdisciplinariedad las culturas, las tradiciones, las ideologías y las religiones y en tercer lugar, la diversidad de los grupos de interés (las asociaciones de consumidores, los órdenes médicos, los defensores de los animales o de la naturaleza, etc.). Sobre este fondo de complejidad, los Derechos Humanos y la Bioética se desprenden como una cuestión compleja, diversa, triple y entrecruzada. De esta manera, los Derechos Humanos son referencia central como conjunto de valores y normas mínimas universales para elaborar una Bioética y un Bio-Derecho.

Una filosofía del cuerpo como horizonte entre la Filosofía, la Bioética y los Derechos Humanos es una visión de la cultura del cuerpo predominante en nuestra sociedad en múltiples formas. Francisco Parenti señala que las investigaciones actuales acerca de la relación mente - cuerpo, previenen contra todo reduccionismo mentalista, recuperando la corporalidad como simultaneidad con la vida, como una insuperable unidad mente - cuerpo que nos constituye como humanos. Esto tiene repercusiones sobre la medicina,

irreductible por lo tanto a una simple técnica y el cuerpo humano a un mero objeto, por lo cual esta visión incide sobre la práctica médica y la relación médico-paciente.

Pablo Rodríguez del Pozo considera como justicia sanitaria, o más precisamente la relación entre medicina y derechos humanos, la tipificación de estos últimos en tres niveles: primarios, vinculados con la restitución de la integridad física o psíquica perdidas y el derecho, por tanto, a la asistencia sanitaria que el individuo puede exigir a los poderes públicos.

Los derechos secundarios se relacionan con la calidad de la asistencia médica, a recibirla técnicamente correcta, con pericia, prudencia y diligencia. Los Derechos terciarios se relacionan con la atención adecuada éticamente con respecto a la autonomía y a la verdad individual. Estos derechos buscan proteger a las personas enfermas, desde luego en situación más débil. Lo anterior constituye parte de las necesidades básicas del individuo, como fundamentales y constitutivas, diferentes a otras necesidades no básicas llamadas instrumentales y circunstanciales. La justicia sanitaria tiene por objeto las prestaciones requeridas para la satisfacción de la salud como derecho vinculado a las necesidades básicas de la salud.

Desde el punto de vista latinoamericano, la justicia sanitaria es señalada por Leonides Santos y Vargas como una prioridad. Además, existe una asimetría en el discurso Bioético actual de la sociedad occidental, tanto en la temática como en las prioridades de atención de servicios de salud en relación con Latinoamérica. El principio de autonomía requiere un ciudadano ilustrado, con capacidad de discernimiento y escogencia ante las múltiples opciones que se le puedan ofertar como sucede en los países industrializados, a diferencia de las masas de población que carecen de educación en nuestros países no desarrollados. También en la investigación científica se observa esa asimetría entre países del norte y del sur.

La dignidad personal como una alternativa de fundamentación de los Derechos Humanos, no sólo como concepto, el cual debe ser reconstruido semánticamente, sino que efectivamente debe ser aplicado a la convivencia humana en aras de la realización comunitaria de esos mismos derechos, es el punto de vista manifestado por Gustavo García.

En el artículo Qué Muerte es Digna del Ser Humano?, Jaime Escobar plantea una amplia gama de interrogantes filosóficos sobre los conceptos de vida, persona, dignidad, muerte y su relación con los Derechos Humanos y la Bioética. Desde distintas perspectivas se puede afirmar, para algunos con un enfoque solamente biológico, que basta con ser miembro de la especie humana para determinar el criterio de persona. Otros defienden su determinación por la capacidad al menos mínima de conciencia de sí mismo, libertad y comunicabilidad.

Los propios deseos y creencias del individuo ante situaciones de dolor o de sufrimiento intolerables, plantean el respeto a la persona no prolongando innecesariamente la vida a cualquier costo.

Los Derechos Humanos tienen una construcción, tanto histórica como jurídica. Por medio del Derecho y de los sistemas jurídicos, la dignidad humana se transforma en un derecho protegido por la ley. Surge aquí la inquietud sobre qué clase de vida y qué calidad determina el límite de su propia dignidad. Históricamente, la dignidad humana puede ser una conquista de la Ilustración incorporada como un legado a nuestro orden moral. Pero también los Derechos Humanos se fundamentan en la vida, la vida digna y su sentido. La vida como derecho inalienable, absoluto, necesario y real, comprende todos los demás derechos, explicables sólo a partir de la vida humana como posibilidades y horizontes en el tiempo; cuantas más posibilidades contenga y actualice, es tanto más digna, y de ahí la percepción de la muerte digna, como ejercicio final de ese Derecho a la Vida.

Desde un punto de vista biologicista, sostener el derecho absoluto a la vida que comprenda todos los demás derechos podría llegar a plantearse el “Derecho a Morir”. Las inquietudes anteriores abren la discusión sobre la autonomía y el homicidio piadoso. Este último es tratado por el Magistrado Carlos Gaviria, de la Corte Constitucional de Colombia, en la Sentencia sobre su despenalización, como manera de preservar la autonomía personal y los criterios de dignidad, calidad de vida y respeto por las creencias del otro.

La discusión sobre el final de la vida, la eutanasia, los cuidados paliativos, el homicidio piadoso y el suicidio asistido queda abierta.

Jaime Escobar Triana, M.D.

Rector Universidad El Bosque

Bogotá, Abril de 1998

ARTÍCULOS

¿QUÉ MUERTE ES DIGNA DEL SER HUMANO?

Jaime Escobar Triana. M.D.

Universidad El Bosque, Santafé de Bogotá, Colombia

INTRODUCCIÓN

La Bioética, entendida como preocupación por la vida, comprende no sólo la supervivencia del hombre sobre la tierra, sino globalmente de todos los seres vivos.

El comienzo y el final de la vida humana marcan nuestros límites como acaecimientos incognoscibles e inexperimentables por nosotros mismos. Sólo los experimentamos a través los otros. Si gratuitamente se nos da el don de la vida, nos hacemos responsables de ella por

nuestra libertad y, dentro de ésta, hacemos el proyecto de realizarlo a plenitud. Sin embargo, no siempre ese proyecto resulta exitoso y está sujeto a los coeficientes de favorabilidad o de adversidad que contingentemente contribuyen a su realización o a un fracaso.

La Bioética enfrenta el desafío que la civilización tecnocientífica nos plantea a cada momento en esta etapa de la evolución humana en que vivimos. Y es, precisamente, por la enorme posibilidad de modificar nuestra propia evolución y nuestra herencia genética que dicho desafío representa una formidable responsabilidad sobre lo que podemos y debemos hacer en relación con la vida. No puede darse esta independencia de todo lo que la sustenta, la rodea y la mantiene. Su comienzo, su realización, y su final están necesariamente comprendidos en lo que se relaciona con los *Derechos Humanos*, en un encuentro ineludible que nos afecta a todos, tanto en la dignidad de la vida como en la dignidad correlativa de la muerte.

La desmitificación de la muerte ha venido aparejada con la cultura tecnológica y científica que vivimos y que tiene como base común para el dominio de la realidad, los deslumbrantes éxitos de las ciencias naturales.

Los progresos técnicos pueden conservar artificialmente la vida y prolongarla cronológicamente diluyendo su final con la agonía, conduciendo a la pérdida de las vivencias propias del yo, y por tanto a la desaparición de la propia experiencia de la muerte.

El mundo moderno busca afanosamente y en forma institucional la tendencia a reprimir la muerte o por lo menos a ocultarla a pesar de que ésta hunde sus raíces en la propia vida. De este modo, se produce

un desplazamiento de la experiencia de la muerte hasta marginarla de la vida pública como símbolo y vivencia individual y colectiva.

La tecnomedicina puede producir modificaciones transformando y haciendo impreciso el momento de morir, a pesar de lo cual, las representaciones y expresiones de la muerte que a través de la historia han intentado los seres humanos por medio de la religión, la magia o el mito, siguen presentes y se manifiestan en situaciones conflictivas tanto para el paciente, como para sus parientes y el personal de salud.

CONCEPCIÓN Y DEFINICIÓN DE MUERTE

“Para Engelhardt la controversia sobre la definición de muerte procede en gran parte de la falta de claridad acerca de la clase de vida que se declara terminada... una cosa es interesarse por saber cuándo cesa la vida biológica y otra por saber cuándo deja de existir la persona... la evolución desde una definición de la muerte basada en todo el cerebro puede interpretarse como el paso de una definición centrada en la vida biológica humana a otra centrada en la vida de la persona¹, es decir, actos propios o ajenos con criterios de alabanza o rechazo, la agencia moral exige la presencia de conciencia y la conciencia tiene un sentido y un significado que contrastan con las estructuras mecánicas, químicas y biológicas”². Estos dos conceptos plantean situaciones que determinan posiciones antagónicas en la definición y declaración de muerte del ser humano.

¹. Engelhardt, H. Tristram. *Los Fundamentos de la Bioética*. Ed. Paidós Básica. Barcelona, 1996 pp. 259.

². *Ibid* pp. 360.

Teniendo en cuenta que “la vida consciente es un bien imprescindible para materializar la mayor parte de los proyectos e ideales, aún cuando estos incluyan la perspectiva de arriesgar o quitar de la misma vida”³, para definir persona se recogen los conceptos de la fundamentación de los derechos humanos, esto es, que un ser humano como persona posee valor, y es un fin en sí mismo (Kant), por tanto con capacidad para decidir sobre sí mismo, que actúa como agente moral para alabar o rechazar actos propios y ajenos y reconoce como necesario, el respeto de esa capacidad de decidir tanto para sí, como para el otro.

Podríamos tratar de entender qué es ser persona refiriéndola a la concepción del ser humano. Según J.F. Malherbe, “el hecho fundamental indica, por sí mismo, que el ser humano es un ser recíproco, heredero y habitante de un cuerpo tridimensional. Estamos siempre insertos en una estructura de reciprocidad... la existencia humana se inscribe en las tres dimensiones de la palabra: la dimensión del código (simbólico o lenguaje), la dimensión psíquica (de la comunicación) y la orgánica (del cuerpo). Yo llamaría a estas tres, dimensiones de la existencia humana...”⁴.

Más adelante el mismo autor⁵ hace referencia a la necesidad de un replanteamiento desde la filosofía y la antropología del enfoque

³. Niño C.S. *Ética y Derechos Humanos*. Ed Paidós Básica. Barcelona, 1989 pp.149.

⁴. Malherbe, J. F. *Hacia una Ética de la Medicina*. Ed. San Pablo, Bogotá 1993 pp. 23 y ss.

⁵. *Op Cit.* pp. 41.

conceptual del cuerpo.⁶⁻⁷ Hace anotar la ambigüedad entre el cuerpo que poseo y el cuerpo que soy, fuente del conflicto de la práctica médica. La aporía es señalada por Malherbe así: “por un lado, se lee el cuerpo en el registro del haber y se dispone con vistas al bien con intereses colectivos; por otro lado, se privilegia el registro del ser y del cuerpo, se lee en su coincidencia con la persona misma. Nos encontramos ante la aporía fundamental de la medicina que pretende sanar el cuerpo que somos olvidando que sus competencias miran únicamente al cuerpo que tenemos”.

Lain-Entralgo da gran importancia en la definición de persona a la capacidad de ensimismarse: “Ser humanamente persona es ser capaz de ejecutar todas las actividades que la introspección me permite descubrir en mí y la comprensión me hace atribuir a los demás”, lo que le permite decir simultáneamente “Yo sé lo que soy” y “Yo sé quien soy”⁸.

⁶. Diversos autores reclaman la necesidad de la reflexión filosófica acerca del cuerpo y de la persona humana. Entre ellos L. Dossey, Médico él mismo quien se lamenta del retroceso de la filosofía en la medicina moderna y al que se tenga la filosofía como incompatible con la medicina científica y se le de a la palabra “filosofía” un sentido peyorativo. Kothari, M. Metha, L. Violence in modern medicine en: *Science, Hegemony and Violence, A Requiem for modernity*. The United Nations University Tokio, 1988 pgs. 168 y ss.

⁷. También Dossey muestra la necesidad de un nuevo paradigma médico que tenga en consideración la física cuántica, subatómica y la teoría de la relatividad de Einstein que reemplazaron la física newtoniana y euclidiana sobre las cuales se basa el concepto de los cuerpos en la medicina actual, con la esperanza de incorporar la exactitud y precisión que caracterizaban sobre todo a la física clásica, es decir, sobre un paradigma newtoniano y cartesiano desde hace más de doscientos años. Dossey, L. *Tiempo, Espacio y Medicina*. Segunda Edición, Edit. Kairós, Barcelona, 1992, pp. 16, 34 y ss.

⁸. Lain-Entralgo, P. *Alma, cuerpo, persona*. Ed. Galaxia Gutenberg Barcelona, 1995, pp. 170.

Retomando a Tristram Engelhardt quien en su texto "Los Fundamentos de la Bioética" reconoce el fracaso del proyecto de la ilustración de edificar una moral dotada de contenido concreto y vivencial a partir de la razón, y al proponer un fundamento ético diferente a la fuerza o a la coacción, para resolver las controversias morales, postula entonces como única fuente moral de autoridad universal (o secular según el propio autor) el consenso, esto es, la autoridad del acuerdo y del consentimiento, el respeto mutuo y el reconocimiento plural del otro en su diferencia.

Es lo que Engelhardt denomina el "principio de permiso" que propone articular con el "principio de beneficencia". Este último responde a la necesidad de dar un contenido mínimo a esa bioética universal y, al contrario del principio de permiso (que es previo y condición necesaria para el acuerdo), necesita ser especificado dentro del ámbito concreto de una comunidad moral particular, existente para que se pueda aplicar contextualizando en la práctica concreta: "La autoridad moral secular no es ni más ni menos que la autoridad de quienes quieren colaborar... si se resuelven las controversias morales mediante el acuerdo mutuo se puede justificar la autoridad moral de la empresa común: el consentimiento mutuo".

De esta forma se definirá la muerte de una persona, por una parte, con fundamento en los principios de dignidad, autonomía e inviolabilidad (C.S. Niño) y por otra, con los de permiso y beneficencia (H. T. Engelhardt), teniendo en cuenta que el concepto de persona que encarna ese ser humano, ya se haya hecho explícito o no en el desarrollo de su vida misma con base en:

2. Engelhardt, T. *op cit* pp 92.

- Su capacidad de decidir sobre sí mismo;
- El respeto mutuo de esa capacidad al que nos obliga una bioética universal;
- La autoridad moral que otorga el acuerdo mutuo de no usar la fuerza;
- La exigencia de no hacer daño (No Maleficencia- Beneficencia), según las propias convicciones, pero teniendo en cuenta el acuerdo y el respeto mutuo.

“Antes, la gente moría según su voluntad, en su propia cama sin muchos padecimientos, con la reconfortante presencia de sus allegados íntimos y el médico, el de cabecera, dispuesto a aliviar la agonía, consciente (el médico) de que su papel, vencido ya el organismo, no era otro que el de obrar con verdadero sentido humanitario. En cambio hoy las salas de cuidados intensivos y de cuidados especiales son escenario de lo que hoy se ha llamado acertadamente “ensañamiento terapéutico”..., sinónimo de “distanasia”, vale decir, de la utilización de procedimientos encaminados a diferir una muerte bienhechora”.

LA MUERTE COMO HECHO FACTUAL NIVEL DESCRIPTIVO

«La muerte es un inevitable hecho biológico en el cual cesa toda actividad vital y todo lo que nace muere aunque la muerte es del individuo y perdura la especie»¹⁰.

¹⁰. Lain-Entralgo P. *Cuerpo y Alma*. Ed. Espasa-Calpe, Madrid, 1991, pp. 352 y ss.

La muerte como el nacimiento son una experiencia individual y tanto la una como la otra marcan dos límites inexperimentables e incognoscibles pues nadie experimenta su propio nacimiento ni tampoco su propia muerte. Son experiencias que siempre captamos a través del otro. Nadie regresa después de la muerte a revelarnos esa experiencia ni realmente existe esa experiencia de la muerte de cada quien.

Se dice que sólo existen informaciones acerca de las condiciones que se viven previas a la muerte (vida aún) por quienes regresan de la frontera sin haberla desde luego traspasado. Son relatos de moribundos que se recuperan después de un estado inminente de riesgos de morir.

La muerte definitiva del ser humano se da por la total inactividad del cerebro. La muerte es el acto o el hecho más sólido de las experiencias humanas. En el orden cultural, la muerte es un evento social que exige ciertos ritos colectivos.

“El destino de nuestro cuerpo es la muerte: el cuerpo muere, y con él toda la realidad terrenal del hombre.... Sepulto o incinerado, mi cuerpo se descompondrá en sus moléculas, y éstas se incorporarán al ingente proceso de la evolución cósmica”¹¹.

La muerte es en plural. La vida, se ha dicho, es el conjunto de funciones que resisten a la muerte.

¹¹. Lain-Entralgo P. *El cuerpo Humano Teoría actual*. Ed.Espasa Calpe, Madrid, 1989, pp. 332 y ss.

NIVELES O ÁMBITOS DEL MORIR

Los fenómenos del mundo físico tienden hacia la muerte¹²:

“Fue en el transcurrir del S. XIX, con el segundo principio de la termodinámica, que hizo su aparición esta idea, que llevada a su extremo, concierne al universo entero.... En este sentido pretender que el universo tiende hacia su muerte no significa otra cosa que el proceso de homogeneización de la energía. De este manera la muerte es la reincorporación al cosmos, y a una especie de inmortalidad del ser humano”. “Tal es el estatuto de la noción de muerte: es sólo un pasaje de una cierta potencialidad a una cierta actualización, pasaje inmanente a la naturaleza misma de la energía, por lo tanto de toda cosa, sin que jamás se pueda cumplir por entero. Por tanto los seres humanos somos parte del cosmos y dentro de él actuamos en los procesos de vivir y del morir como diferentes formas de energía”.

La Muerte Biológica

La Sociedad Francesa de Tanatología, creada en 1966, afirma en el comienzo de su primer manifiesto: “La muerte es la certidumbre suprema de lo biológico...la muerte en sí misma tiene un carácter interpersonal y metafísico, pero deja siempre un cadáver actual y real”.

Los signos de la muerte y su importancia:

Dos son los signos clínicos: detenimiento de la respiración y del corazón (pero aquí puede realizarse la reanimación).

¹². Thomas, L-V. *Antropología de la muerte*, F.C.E., México. 1983, pp. 19-20.

Electroencefalograma llano durante 24 a 48 horas.

Muerte aparente: Se intercalan entre la vida y la muerte total (que abarca a los tejidos) diferentes etapas.

En la muerte aparente, detenimiento de la respiración con enlentecimiento considerable de los movimientos cardíacos, clínicamente imperceptible; la muerte relativa con detenimiento franco de la circulación es "la vida bajo las apariencias de la muerte real"; la muerte absoluta donde las alteraciones tienen un efecto acumulativo y son irreversibles.

Criterio de la muerte en plural: no existe ningún signo patonómico decisivo, sino más bien un conjunto de presunciones, en 3 categorías: en el nivel clínico, arreflexia total, hipotermia progresiva, apnea definitiva, midriasis bilateral, ausencia de respuesta a los cardioestimuladores; en el plano radiológico: detenimiento de la circulación en la arteriografía carotídea; desde el punto de vista eléctrico: trazado llano en el electroencefalograma bajo estímulos, en registros de varios minutos repetidos durante 24 a 48 horas.

Signos precoces: pérdida de las funciones cerebrales.

Signos semitardíos: enfriamiento del cuerpo y deshidratación; rigidez cadavérica. Livideces cadavéricas.

Signos tanato oftalmológicos.

Sin embargo, en la actualidad la definición del momento de la muerte ya no es tan puntual, puesto que las funciones fisiológicas o vitales pueden mantenerse artificialmente por medio de los aparatos y las máquinas, medios técnicos que pueden no solo ayudar sino reemplazar

órganos vitales. De esta manera, los criterios fisiológicos, físicos y bioquímicos no son sólo los criterios de muerte.

Muerte cerebral: si bien las funciones perdidas del corazón pueden recuperarse por la reanimación, no ocurre lo mismo con las funciones cerebrales que cuando se pierden son irrecuperables y por tanto llevan a considerar como criterio de muerte cuando las ondas en el electroencefalograma se hacen planas y se pierde la irrigación cerebral. Así que, la muerte cerebral es la cesación e irreversibilidad de todas las funciones cerebrales incluido el tallo cerebral. Pero el mantenimiento de las funciones del corazón, los pulmones y órganos viscerales por medio de técnicas y medios de resucitación en pacientes que han perdido todas sus funciones de centros cerebrales y tallo cerebral plantean el dilema de un cerebro muerto en un cuerpo viviente. De otra parte, el requerimiento de donantes de órganos viables para trasplantes plantea problemas éticos y legales sobre la muerte y la necesidad de adoptar criterios que concilien los diversos enfoques sobre la muerte cerebral.

“La President’s Commission for the Study of Ethical problem in Medicine and Biomedical and Behavioral Research” de los Estados Unidos desarrolló criterios o estándares para la determinación de la muerte cerebral que han sido adoptados mundialmente con algunas modificaciones¹³.

¹³. Guidelines for the determination of death. Report of the medical consultants on the diagnosis of death to the President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Jama*, 246, 1981.

Para llegar al diagnóstico de muerte cerebral se deben seguir los siguientes pasos¹⁴: No-respuesta: cuando no hay respuesta del paciente a estímulos externos visuales, auditivos y táctiles y es incapaz de comunicarse de ninguna manera.

Respuesta pupilar ausente y no respuesta de movimientos oculares provocados por el reflejo vestibulo-ocular o irrigación del oído con agua helada.

Ausencia de reflejos corneal y nauseoso y de movimientos faciales o de la lengua.

Flacidez de los miembros, no hay movimientos, aunque pueden presentarse movimientos de retirada primitivos en respuesta a estímulo local doloroso, mediado por el nivel de la médula espinal.

Prueba de Apnea: se puede realizar un test de apnea para comprobar que no ocurren respiraciones a un nivel de P_{CO_2} de por lo menos 60 mmHg. La oxigenación del paciente se puede mantener suministrando oxígeno al 100% por medio de una cánula insertada en el tubo endotraqueal cuando el P_{CO_2} suba. La incapacidad para desarrollar la respiración está relacionada con la falla medular.

Debe conocerse la naturaleza del coma: Debe investigarse y conocerse la enfermedad estructural o la causa metabólica sistémica irreversible que pueda explicar el cuadro clínico¹⁵.

¹⁴. Brain death. In Wynngaaden J B, Smith L H, Bennet JC (eds): *Cecil Textbook of medicine*, 20th edition. W.B. Saunders Company, 1996.

¹⁵. Coma. In Aminoff MJ, Geemberg D.A. Simon RP (eds): *Clinical Neurology* Third edition, Appleton & Lange, 1996.

Deben descartarse ciertas causas: La temperatura corporal debe estar por encima de 32 c para descartar la hipotermia.

Que no haya duda sobre intoxicación por drogas o bloqueadores neuromusculares.

Que el paciente no esté en shock.

Persistencia de la disfunción cerebral: EEG isoelectrico confirmación por seis horas o silencio electrocerebral, realizados de acuerdo a los estándares técnicos de la Sociedad Electroencefalográfica Americana.

Doce horas sin un EEG confirmatorio. Veinticuatro horas por lesión cerebral anóxica sin un EEG isoelectrico confirmatorio.

Exámenes Comprobatorios (no son necesarios para diagnosticar muerte cerebral): EEG con actividad cerebral no fisiológica.

Ausencia de circulación cerebral demostrada por examen angiográfico (es el principal signo legal en muchos países europeos). Respuestas de potenciales evocadas del tallo con ausencia de función en estructuras vitales del tallo cerebral¹⁶.

Diagnóstico de Muerte Cerebral Total

La definición de muerte cerebral total está aprobada por la American Medical Association y la American Bar Association y es ley en 46 estados norteamericanos.

¹⁶. Reis, C. E. Brain Death Criteria. MED students - Neurology. MED students Home-page <http://www.medstudents.com.br/neuro/5.htm>

Criterios para su diagnóstico:

1. Opcional: Que exista un hecho neurológico capaz de producir muerte cerebral.

Realización de un examen que muestre ausencia de función del tallo cerebral.

Hallazgos al examen físico:

- Coma profundo “ojos cerrados de inconsciencia”.
- Ausencia de movimientos oculares; no-respuesta pupilar.
- Reflejos corneanos ausentes
- No reflejos nauseoso o de la tos. No respuesta motora.

No respuesta de respiración espontánea al suspender el ventilador por tres minutos. Para demostrar este hallazgo el paciente debe estar al aire del cuarto diez minutos previos a la prueba. Nota: si el paciente es un potencial donante no debe realizarse esta prueba, o si se hace, debe seguirse el protocolo en la unidad de cuidado intensivo usando oxígeno al 100% y realizarse solamente después de consultar con el coordinador de transplantes.

Confirmación por laboratorio: Ausencia de circulación cerebral demostrada por marcadores radio-nucleidos.

EEG no confiable, especialmente en casos de sobre dosis de droga o hipotermia.

Aspectos legales: si se satisfacen los criterios anteriores, el paciente está legalmente muerto, y no se requieren tratamientos adicionales.

Es importante registrar el tiempo de la muerte en la historia antes de desconectar el ventilador.

Aspectos Humanitarios: Los pacientes con muerte cerebral no deben mirarse como muertos; es importante actuar con la familia para facilitar la buena relación, disminuir su frustración y prepararla para aceptar la muerte de su ser querido.

Ocasionalmente es conveniente dejar el ventilador conectado por un breve período para permitir realizar estos ajustes convenientes.

Muerte cardio-pulmonar:

Tradicionalmente por siglos se ha aceptado la muerte cardio-pulmonar como criterio de muerte. Todos los 50 estados de Norteamérica reconocen la muerte cardio-pulmonar, la cesación de los latidos cardíacos y la respiración como muerte. Cuando deba pronunciarse sobre esta muerte, obsérvense los siguientes pasos:

Examinar acerca de hipotermia o sobredosis de droga pues son factores de confusión.

- Auscultar la respiración.
- Auscultar los ruidos cardíacos.
- Examinar los reflejos cornéanos con una mota de algodón o un pañuelo de papel.

El paciente se declara muerto si no hay respuesta positiva a ninguna de las pruebas mencionadas. Debe registrarse el momento de la muerte.

Es importante anotar aquí qué se entiende por estado vegetativo persistente.

Definición: pérdida total de la función cerebral cortical con funcionamiento del tallo cerebral.

Características: coma con sueño que va de pocos días a pocas semanas. Después abre los ojos y se inician los ciclos de sueño vigilia.

Ojos abiertos inconscientes: los ojos se mueven de manera ocasional pero no enfocan o siguen el movimiento de un objeto. El paciente está “despierto pero ausente”. (En casos diferentes al estado vegetativo persistente cuando ocurre la recuperación, el seguimiento de objetos por los ojos es a menudo el primer signo de recuperación. Esto debe diferenciarse del breve tornar de los ojos del paciente en estado vegetativo persistente hacia la fuente de sonido que es un reflejo primario).

Gruñidos y ruidos ininteligibles: gestos y movimientos de masticación sin propósitos. Incapacidad de deglutir por incoordinación por lo cual debe alimentarse por tubo.

Están presentes muchos reflejos incluyendo el corneano, tusígeno, nauseoso y sobresalto.

Presencia de movimientos bruscos involuntarios, reflejos, sin propósitos.

Pronóstico: después de tres meses el pronóstico de recuperación es virtualmente ninguno. Es posible establecer carencia de recuperación de funciones independientes después de un mes en paciente cuya causa de estado vegetativo persistente es la hipoxia cerebral.

Diagnóstico: el diagnóstico es clínico. No existen pruebas de laboratorio para confirmarlo. Se debe confirmar por examen neurológico. El estado vegetativo permanente no es reconocido legalmente como "muerte".

Conducta: se requiere una buena comunicación con la familia para ayudarla a entender que el paciente por definición no está sufriendo. Las sensaciones tales como dolor, hambre, sed, y el sufrimiento como el goce y conciencia son mediados corticalmente y están ausentes en el paciente en estado vegetativo.

Usualmente el paciente no está dependiendo de un ventilador y así la decisión ética es si se suspenden los líquidos y la nutrición. Esta decisión se facilita si el paciente tiene unas instrucciones previas o ha subrogado un consentimiento informado confiable.

Las normas generales para establecer un mal pronóstico son: tres meses después de un episodio de hipoxia en niños o adultos jóvenes.

Doce meses después de una lesión de la cabeza en un niño.

Seis meses después de una lesión en la cabeza en un adulto.

Después de estos intervalos la recuperación es extremadamente improbable y aquellos pocos que se recobran permanecen como pacientes para "nursing home" con severo déficit neurológico.

Los conceptos de muerte cerebral fueron establecidos inicialmente en la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard y publicados en JAMA en 1968. Su principal objetivo fue definir al coma irreversible como un nuevo criterio de muerte para resolver dos problemas: 1) hasta dónde se pueden llevar las llamadas "medidas de

asistencia extraordinarias”(la tecnología para el cuidado del moribundo) y 2) la superación de la obsolescencia del criterio tradicional de muerte en lo que concierne a los transplantes de órganos. Ese mismo año, en la Declaración de Sydney la Asamblea Médica Mundial apoyó este concepto.

La Muerte Como Proceso

El proceso de morir comprende diversos estados de ánimo, que se manifiestan por comportamientos del moribundo, y que además, se modifican por los procedimientos de la biomedicina y las determinaciones que toma el personal de salud que rodea y actúa en el medio hospitalario al paciente terminal y al moribundo.

Las relaciones que se dan en el médico en su interactuar con el moribundo se ven afectados por su propio miedo al morir y por la errónea idea de tomar como fracaso o derrota la muerte del paciente.

De otra parte, el paciente puede morir solitario en medio de una maraña de dispositivos tecnológicos de las unidades de cuidado crítico y de manera despersonalizada.

Los estudios sobre la muerte y los moribundos de E. Kübler-Ross¹⁷ pusieron de manifiesto los mecanismos de reacción que entran en funcionamiento durante una enfermedad terminal y ante la muerte inminente.

¹⁷. Kübler-Ross E. *Sobre la Muerte y los Moribundos*, Grijalbo, Barcelona, 1974 (original en inglés, *On Death an Dying*, McMillan publishing co, 1969)

Descubre la autora cinco fases que no necesariamente deben tomar el mismo orden y pueden variar en el tiempo de acuerdo a la gravedad mayor o a la aceleración del proceso de morir.

Fase de negación y aislamiento en la cual el paciente rechaza la verdad en forma total, parcial o selectiva, continua o alternamente del diagnóstico realizado por el médico.

Fase de ira en la que el paciente se vuelve agresivo contra su familia, y el personal, aunque se desplaza en todas direcciones y casi al azar. Es una fase difícil de afrontar por quienes lo rodean.

Fase de regateo o pacto en la que el paciente muestra cierta placidez, pero realizando casi siempre secretamente pactos especialmente con Dios. Reconoce lo que está ocurriendo y se transa por la prolongación de su vida.

Fase de depresión. Es una fase en que sus manifestaciones anteriores se sustituyen por una sensación de pérdida. Es la reacción más duradera e importante. Añora el pasado y hace énfasis en su incapacidad para las actividades. Se preocupa por el futuro y comienza a desprenderse gradualmente de todo.

Fase de aceptación en que acepta su destino serenamente sin depresión ni enojo. Disminuye su capacidad de interés y prefiere las visitas cortas y que no le perturben con noticias del mundo exterior.

La comprensión de estas fases por parte del médico y el personal de salud permite manejar la relación con el paciente y le permite instruir y conversar con la familia y parientes para sobrellevar la situación y promover una mejor ayuda al moribundo e inclusive para contextualizar en el proceso cualquier decisión.

La Dignidad Humana Frente a la Muerte

La actitud de los médicos hacia el paciente moribundo en relación con la verdad ha cambiado en los últimos treinta años notablemente. Ha sido tradicional que el médico negara la verdad al paciente con mentiras piadosas, y en complicidad usualmente con la familia. Las cosas se han invertido, y es así como desde los años sesenta hacia acá el paciente reclama el derecho a la verdad, y el médico se atreve a entrar en comunicación con el paciente para hablar de su enfermedad, de su pronóstico, de las posibilidades de supervivencia, de las intervenciones a que es sometido y la calidad de vida que puede sobrevenir después de la actuación médica.

Cuando se iniciaron las investigaciones por parte de Elizabeth Kübler-Ross en Chicago (1965) y ella se propuso buscar moribundos en los hospitales para hacer sus estudios sobre la muerte, casi siempre fue negada por parte de los médicos la posibilidad de que existieran moribundos, y más aún que fueran a ser interrogados aduciendo crueldad. Sin embargo, su investigación prosiguió en diversos hospitales, en especial apoyada por estudiantes de teología para investigar sobre lo que creían era el hecho más trascendental de la vida: la muerte¹⁸.

Feifel, hacia el año de 1959 publicó su libro *The Meaning of Death*, McGraw Hill, Nueva York. En este libro se muestra como pionero acerca de la importancia de decir la verdad al paciente y hablar con él acerca de la posibilidad de su muerte¹⁹.

¹⁸. Kübler-Ross E. *Sobre La Muerte y los Moribundos*. Grijalbo, Barcelona, 1975.

¹⁹. Citado por: Ariès Ph. *El hombre ante la muerte*. Taurus Edit, Madrid, 1983. pp.488 y ss.

Siguiendo este camino Elizabeth Kübler-Ross optó por hacer sus estudios sobre la muerte y consignarlos en su libro "Sobre la Muerte y los Moribundos", publicado en 1969.

A través de este proceso se fue recuperando el interés por el estudio de la muerte, no solamente desde la filosofía, sino además, por la necesidad de que se afrontara en muchos aspectos por parte de la ciencia buscando devolver el hecho natural de la muerte a los propios pacientes y a los mismos médicos sin escamotearla.

Casi siempre, y desde principios del siglo XX, en la formación de los médicos la muerte se toma como el enemigo o como un fracaso de la medicina científica, y por tanto, no se hablaba de ella. Parece que los estudios de la medicina y de la persona se detenían en los umbrales de la muerte y de allí se regresaban abandonando al paciente a su propia suerte y cuando más, cubriéndolo con un manto de mentiras piadosas.

El propósito mismo de estudiar la muerte y entender el proceso del morir es un intento de devolver al moribundo la dignidad que estaba abandonada o descuidada o perdida en esta parte final de la vida.

Como lo plantea Ariés²⁰: "Es la dignidad de la muerte lo que plantea problemas. Esa dignidad exige ante todo que sea reconocida, no sólo como un estado real, sino como un acontecimiento esencial, un acontecimiento que no está permitido escamotear".

Es entonces cuando la medicina científica con sus enormes progresos hace crisis en relación con el sujeto mismo de su práctica,

²⁰. *Op. cit* pp. 489

es decir la persona humana. Y es en este momento cuando surge la inquietud acerca de la definición de la persona humana y cuál es el criterio de dignidad, desde el punto de vista de la práctica médica. ¿Cuál es la dignidad ontológica y axiológica de la persona humana?: Su capacidad de decidir sobre sí mismo, el respeto mutuo de esa capacidad al que nos obliga una bioética universal, la autoridad moral que otorga el acuerdo mutuo de no usar la fuerza, la exigencia de no hacer daño (No Maleficencia-Beneficencia), según las propias convicciones, pero teniendo en cuenta el acuerdo y el respeto mutuo. Si la dignidad de la persona significa el control sobre su propia vida, y el paciente elige evitar las incomodidades y la deshumanización de las unidades de cuidado crítico con el hecho de posponer la inevitable muerte, en un esfuerzo por preservar algo de la dignidad en sus días finales, la medicina científica se apropia y programa la muerte del paciente, a su arbitrio aceptable, reforzada por la tecnología moderna con tubos en todos los orificios naturales y quirúrgicos, mientras al mismo tiempo una variedad de profesionales "bien entrenados" intentan sostener la vida o prolongarla artificialmente. El paciente con una enfermedad terminal, con estado de conciencia, dispone del derecho a controlar su destino y pedir al médico que no tome medidas desproporcionadas o extraordinarias para prolongar su vida. Este derecho se debe respetar. Este es un derecho propuesto en "The Living Will", por la "Euthanasia Educational Council", como modelo para que las personas puedan tomar libremente este privilegio²¹.

Como veremos más adelante, los movimientos por la muerte digna se han venido acrecentando en los últimos años, y hacen referencia a

²¹. Rakel, R.E. *Principles Of Family Medicine*. W.B. Saunders Co. Philadelphia, London, Toronto, 1977, pp.380.

la eutanasia pasiva como muerte con dignidad. Resumiendo, podemos decir con Kübler-Ross²²: “cuanto más avances hacemos en la ciencia, más parecemos temer y negar la realidad de la muerte”.

CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida es complejo ya que se debe tener en cuenta al mismo tiempo tanto el punto de vista de quien juzga desde el exterior esa calidad y lo que considere o perciba el individuo que la vive. En ambas condiciones el principio de beneficencia está relacionalmente comprometido, pues afecta tanto al que juzga externamente para determinar a alguien en esa calidad como el que la pudiera recibir sin tener en cuenta su propio criterio de beneficencia. De la determinación que se tome, se derivan tanto beneficios como perjuicios que afectan a los implicados.

La calidad de vida como criterio moral viene discutiéndose con mayor intensidad desde mediados de este siglo, especialmente debido a la tecnomedicina cuyas intervenciones son cada vez mas complejas y agresivas y pueden modificar las condiciones humanas del enfermo, afectándolo significativamente.

Los modernos criterios de calidad y su evaluación nacieron de la utilización de métodos de control de calidad basados en los procesos tecno-industriales de la producción material, las cuales fueron adoptados luego o mejor extrapolados a la economía, la sociología y otras ciencias humanas.

Medido en términos económicos, la riqueza económica sería un factor positivo de calidad de vida y el crecimiento poblacional sería

²². Kübler-Ross, E. *Sobre la Muerte y los Moribundos*, Grijalbo, Barcelona 1974, pp.21

negativo para obtener o mantener dicha calidad. Tiene como defecto el que la calidad de vida se mida por índices como el PNB (índice de riqueza de las naciones) cuyo incremento degrada el medio natural y consecuentemente disminuye a la postre la calidad de vida de la población. Este índice fue reajustado luego por el llamado BEN (Bienestar económico neto) en el cual se tienen que restar del PNB los factores negativos como la contaminación ambiental, los daños económicos, la urbanización y otros; deben tenerse en cuenta además las horas de trabajo, el ocio, etc.

Sin embargo, surge aquí otro elemento como el que la calidad de vida no es sólo un índice económico o estadístico sino también una norma o valor moral que debe tener en cuenta además del estadio biológico de la persona su capacidad de actividad humana para realizarse, relacionarse, y comunicarse con los demás.

El concepto moderno de “valor” se debe especialmente a Hume, quien afirma que las sensaciones no ofrecen certeza objetiva sino subjetiva. Los valores son entonces intersubjetivos. Si las cosas tienen precio, el valor económico es el primario y más elemental y “desde este punto de vista, la calidad de vida se define como la maximización de la utilidad del rendimiento”²³. De esto se deriva que el prolongar la vida de la persona de por sí puede afectar su dignidad, como en los estados de vida vegetativa o de coma profundo.

Entran en conflicto, además, los criterios de quienes consideran la “santidad de vida”, que por tanto la vida no debe ser degradada con las situaciones que no vale la pena vivir pues se viola esa propia

²³. Gracia, D. *Introducción a la Bioética*. Ed. El Búho, Bogotá, 1991, pp27 y ss.

“santidad” si la persona está incapacitada para realizar los aspectos humanos de la vida²⁴.

Desde el punto de vista de los médicos y profesionales de la salud se piensa en la calidad de vida de los pacientes en términos que se pueden medir por las características físicas o mentales, de lo cual resultarían aplicación de fórmulas en las cuales la calidad de vida (cv) equivaldría a las capacidades naturales del paciente (cn). A esto habría que agregar otra serie de elementos, tanto condiciones familiares como sociales relacionadas con motivaciones, habilidades y aptitudes.

La discusión sobre la calidad de vida tiene relación directa con lo que se genera en las acciones médicas que deben realizarse en cuanto al uso de medios “ordinarios” o “extraordinarios” (moral católica) o al uso “razonable” o “no razonable” teniendo en cuenta que el paciente pueda curarse o no y a los términos “proporcionado” o “no proporcionado”, en el uso y aplicación de las tecnología médicas para la prolongación de la vida, pero asociada ésta con los criterios de capacidad de relacionarse de la persona, del uso de su libertad y su autorrealización y competencia.

En estos juicios deben tomarse en cuenta factores de gran importancia como serían la conservación de la vida, la libertad humana y la ausencia de sufrimiento. Los medios extraordinarios son los que permiten llevar al sujeto una “vida meramente biológica”, en tanto

²⁴. “Son muchas las veces que se han querido contraponer “santidad” y “calidad”. Es una contraposición más retórica que real. Se juega, en primer lugar, con la similitud sintáctica de las palabras y se cree que esa similitud tiene que encerrar algún tipo de mensaje”... “La vida en general, la vida humana en particular, no son santas en el sentido teológico. Lo más que se puede decir de ellas es que son sagradas”. La vida es material y formalmente sagrada, y calidad es respeto material y formal de ese carácter. *Ibidem*, pp.47 y ss.

que los ordinarios son aquellos que le permiten llevar una vida humana “entendiendo por tal la que permite un razonable uso de la libertad”²⁵. La calidad es un término evaluativo, es un valor, no un hecho²⁶ y por tanto la calidad de vida tiene una dimensión estrictamente ética.

Pueden considerarse las propuestas sobre calidad de vida como opuestas a las posiciones sobre “santidad de vida”. Éstas son de carácter religioso, con énfasis en que el valor de la vida debe protegerse siempre; se basa en una metodología ética deontológica de principios, y la metodología ética de calidad de vida es consecuencialista, reconociendo “la felicidad” como justificación para las acciones humanas²⁷.

En el medio cultural, los valores individuales y los grupos sociales determinan los criterios de calidad de vida, por tanto, estos criterios no son absolutos.

A calidad de vida también van ligados los principios de autonomía y beneficencia que determinan la “ética de máximos” en la cual la felicidad individual y social se da en forma privada, o en forma de ética pública, o “ética de mínimos” en la cual los principios de no maleficencia y de justicia constituyen la base de su actuar. Dentro de este panorama, desde luego, hay también criterios de excepción de acuerdo a las circunstancias personales.

²⁵. Gracia, D. *Ética de la vida*. Cuadernos del Programa Regional de Bioética, N°2 OPS/OMS Santiago, 1996. pp.50.

²⁶. *Ibid*, pp. 41 y ss.

²⁷. Sánchez M. Calidad de Vida en enfermos terminales y Eutanasia. *Eutanasia Hoy, un debate abierto*, Salvador Urraca Ed, Noesis. Madrid, 1995, Pág. 356 y 357.

En una revisión reciente sobre el tema²⁸ relacionado con la evaluación acerca de cómo se está midiendo la calidad de vida en la literatura médica actual, los autores analizaron 25 artículos relacionados con el tema llegando a la conclusión que la mayoría de las mediciones de la calidad de vida apuntan hacia el lado erróneo ya que la calidad es una percepción personal, denotando aspectos en el sentido individual acerca de lo que los pacientes sienten de su estado de salud y los aspectos médicos o no médicos de sus vidas. La calidad de vida puede ser medida sólo determinando las opiniones de los pacientes o suplementando o reemplazando los instrumentos desarrollados por los “expertos”.

El “Dar de Morir” y Los Comités de Ética Hospitalaria

Las situaciones antes mencionadas propician la creación de estos comités de Ética Hospitalaria.

Según el Manual de Comités de Ética de Hospitales de la American Hospital Association²⁹ en la historia del movimiento bioético hay un hecho que marcó un cambio profundo en la sociedad estadounidense y fue el fallo de la corte suprema en 1954 (caso Brown Vs. la junta de educación), en el cual se encontró inconstitucional la discriminación escolar y se afirma el “respeto a las personas”, antecedente muy importante para la doctrina del consentimiento informado.

²⁸. Gill, Th. M., Feinstein, A.R., A Critical Appraisal of the Quality -of-Life measurements, *JAMA*, 1994, vol. 8, pp. 619-626.

²⁹. Wilson-Ross J. Bayley, C. Michel V. Pug D. *Manual para Comités de Ética de Hospitales*. H.A. A. H.P Ed. Guadalupe, Bogotá, 1994.

Tres hechos relacionados con la experimentación e investigación se señalan como medios fundamentales en el impulso inicial del movimiento bioético y la creación de la Comisión Nacional para la protección de Humanos Sujetos a Investigación Biomédica (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research).

El primer proyecto consistió en la inyección de células de cáncer vivas sin consentimiento, a ancianos con enfermedades crónicas (Jewish Chronic Diseases Hospital, Brooklyn).

El segundo proceso de investigación fue del servicio de salud pública de los Estados Unidos (U.S. Public Health Service) que condujo un estudio de hombres de raza negra, pobres y analfabetos con sífilis en Tuskegee, Alabama, desde 1932 hasta 1972, a quienes se negó el tratamiento con penicilina (disponible desde 1940). La investigación sobre este hecho fue condenado por injusto éticamente por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar (Department of Health, Education and Welfare - DHEW).

El tercer hecho fue en 1967 cuando se inyectó hepatitis a niños retardados mentalmente en la Escuela Estatal Willobrook de Nueva York y se coaccionó a los padres para obtener el consentimiento aprovechando la dificultad para lograr un cupo en esa escuela.

A raíz de estos hechos en 1979 se publicó el informe Belmont (The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research) que recomendó la creación de consejos de revisión institucional en todas las instituciones que recibieron dineros federales.

En Noviembre de 1978 se creó la President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Medical Biobehavioral Research con el encargo de conducir estudios e informes de diversos temas incluyendo la definición de la muerte, consentimiento informado y el acceso a la atención médica.

El Desarrollo de los Comités de Ética Hospitalaria se inició en 1960 en la Universidad de Washington, en Seattle, a raíz del tratamiento con hemodiálisis para enfermedad renal terminal con la realización de fistulas por el Dr. Belding Scribner. El comité creado incluía médicos, directivos del hospital y laicos de la comunidad.

Después de un receso de varios años de los comités de ética, se reintrodujo su discusión a propósito del conocido caso de Karen Ann Quinlan, pero más como comités de pronóstico (1976). Se reactivaron luego en 1982 con el caso de Baby Doe, de acuerdo con el concepto de algunos médicos porque la calidad de vida no sería buena.

En 1983 la President's Commission publicó su informe sobre la decisión de renunciar al tratamiento para prolongar la vida que incluía temas como la toma de decisiones para pacientes incapacitados para decidir por sí mismos y recién nacidos gravemente enfermos.

En los años posteriores fueron tomando forma los Comités de Ética Hospitalaria y se han ido generalizando a las diversas latitudes, aclarándose sus funciones y límites y buscando métodos para hacer posibles y prácticas las decisiones que se deben tomar.

Un primer paso importante en los comités es la verificación de los hechos biológicos y los datos de la historia clínica y en segundo lugar

identificar hasta donde sea posible los problemas o conflictos de carácter ético o moral que se encuentran en cada caso o situación particular.

De otra parte, los comités deben asesorar, educar y promover la creación de protocolos institucionales pero en ningún caso pueden sustituir la responsabilidad de los médicos y deben, promover el intercambio plural de valores y la protección de los derechos civiles de los ciudadanos³⁰.

Además de lo anterior, se deben tener en cuenta las posibles consecuencias legales de las conductas o decisiones tomadas o derivadas de los informes de los comités y que pueden resultar en demandas judiciales por parte de los pacientes o sus allegados; los comités propenden por la toma de decisiones que permitan soluciones morales que no requieran la intervención judicial, y que eviten la "medicina defensiva" como práctica basada únicamente en principios deontológicos para evitar reclamaciones.

En la toma de decisiones las tendencias anglosajonas conducen al casuismo, otorgando a cada cosa características decisivas; así se han identificado casos paradigmáticos con decisiones consensuales y afirmando el carácter de probabilidad y no de certeza de estas decisiones médicas.

Se toman los principios de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia casi siempre en forma aislada en este tipo de decisionismo por consenso o mayoría, o convergencia en la decisión al cual se critica el que no es un procedimiento legítimo para tomar decisiones morales.

³⁰. Conceiro V.A. Comités de Ética y Eutanasia en: *Eutanasia Hoy, un debate abierto*. Salvador Urraca Edit. Noesis, 1996, pp.294 y ss.

En la otra tendencia, de “tipo europeo”, se busca más bien hacer coherente los fundamentos de su tradición filosófica con el casuismo norteamericano, tarea de por sí nada fácil.

Gracia³¹ articula en dos niveles los principios: el primer nivel, público, obligatorio para todos y un segundo nivel, privado, de la vida de cada quien. En el nivel I, de actos transitivos, está los principios de no-maleficencia y justicia, son objetivos, de ética civil o de Ética de mínimos, son deberes de “obligación perfecta” que generan un derecho correlativo en las personas (J.S. Mill) El segundo nivel (nivel II) Autonomía y Beneficencia, de actos intransitivos, de ética privada o de máximos, son subjetivos y son deberes de “obligación imperfecta” son, por el contrario de los anteriores, de orden moral y no originan derechos. En todo juicio moral se necesita tanto de los principios como de las consecuencias y cualquier excepción es mucho más difícil si se relaciona con el nivel I que con el nivel II.

De acuerdo con lo anterior, es viable afirmar la pertinencia y relevancia de la discusión al interior de los tribunales de ética médica, en lo referente a contribuir en la toma de decisiones frente a eventuales casos relativos a pacientes terminales.

APROXIMACIÓN A LA NOCIÓN DE DIGNIDAD HUMANA

Antes de entrar en el tema de la eutanasia como muerte con dignidad, veamos brevemente algunos aspectos relacionados con la

³¹. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema, Madrid, 1991 pp.139-157

dignidad humana y los conceptos de derechos humanos de allí derivados.

Las referencias sobre qué se entiende por persona humana, nos muestran una amplia gama de concepciones filosóficas. Este tema, siempre está presente cuando se habla de la humanización de la medicina, y por tanto, también de la humanización de la muerte. A veces, hay contradicciones entre el concepto de vida humana por una parte, y de persona, en cuanto a libertad, por otra, tratándolos como opuestos cuando en realidad son dos derechos que se dan, tanto la vida como la libertad, como atributos de la persona e inherentes a ella misma como valores.

En cuanto a la palabra persona procede del griego (*prosopon*) que significa máscara, papel en una obra de teatro o función y de allí pasó al terreno jurídico para designar al sujeto de derechos. Los diversos autores como Guy Durand en su obra sobre bioética afirma que esos derechos del sujeto se referían en particular a los ciudadanos romanos, es decir, a los que oficialmente poseían ese título en oposición a los esclavos, a los libertos y a los extranjeros. "Con el tiempo, éstos últimos pudieron beneficiarse de algunos derechos pero no de la totalidad.

Existía, pues, una especie de aspiración general a llegar a ser persona, es decir, sujeto romano, sujeto de derechos. El concepto designaba una cierta clase de plenitud"³².

³². Durand, G. *La Bioética. Naturaleza, Principios, Opciones*. Ed. Desclee de Brouwer, S.A. Bilbao, 1992. pp.82 y ss.

Filosóficamente, el concepto se utiliza para ampliar la visión en torno a los sujetos de derechos, en este sentido, y la persona humana evoca la igualdad, el valor y la dignidad de cada ser humano, diferenciándolo así en esencia, de los animales y de las cosas. De esta manera sólo existe una clase de seres humanos que son las personas y por medio de este concepto se determina un papel protector, o promotor que va más allá del reconocimiento jurídico. Así, en la edad Media según Boecio, por ejemplo, se definía la persona como "sustancia individual de naturaleza racional".

Esta evolución del concepto de persona llegaba a determinar, por una parte, los derechos civiles, y por la otra, los derechos fundamentales, es decir, las exigencias éticas. La discusión acerca de quién es persona puede estar algo desplazada, pero el problema continúa igual y hoy se plantea la cuestión de si el término persona se puede aplicar también a los embriones y a los fetos, a los recién nacidos con deformidades, a los subnormales profundos o a los pacientes en coma y de esta manera siempre se advierten dos vertientes: una de tipo jurídico y otra de tipo filosófico, en las cuales se plantea si jurídicamente se le deben reconocer los derechos como a las demás, y filosóficamente, si son efectivamente personas y cuáles son los criterios acerca de lo que es ser persona.

Durand hace referencia al moralista Joseph Fletcher, quien en 1972 propuso 15 criterios, características o indicadores de la persona, a saber: un mínimo de inteligencia, la conciencia de sí mismo, el dominio de sí mismo, el sentido del tiempo, el sentido del futuro, el sentido del pasado, la aptitud para comunicarse con los demás, el interés por los demás, la comunicación, el dominio de su ser, la curiosidad, la evolución

y la variabilidad, el equilibrio entre la razón y los sentimientos, la idiosincrasia y la función neocortical.

Posteriormente el mismo Fletcher sintetizó en cuatro esos criterios: la conciencia de sí mismo, la capacidad de interacción, la felicidad y la función neocortical.

Estos serían criterios óptimos de la persona ideal, pero también se discute si más bien no se deben dar los criterios mínimos para definir la persona. Desde esta perspectiva algunos hablan de personas a partir de que haya individuos de la especie humana o vida humana biológica. Otros exigen más: definen la persona por la capacidad al menos mínima de conciencia, libertad y comunicabilidad.

Todos estos conceptos y los que veremos más adelante tienen que ver con su aplicación en la fase terminal de la vida. Así, la ética puede admitir y sugerir la negación o el cese de ciertos tratamientos inútiles en algunas situaciones, incluso, tratándose de la persona humana.

Para M. J. Bertomeu³³ los conceptos de autonomía, dignidad y persona tienen un papel fundamental en las éticas contemporáneas, especialmente las aplicadas. En la obra de Kant se pueden rastrear los significados de estos conceptos. Según la autora, la humanidad en una persona significa:

1. Todas aquellas características de la persona asociadas con su racionalidad y su capacidad de obrar por fines o motivos.
2. Capacidad de obrar por principios o razones.

³³. Bertomeu, M. J. Postgrado de Bioética, Universidad El Bosque. Bogotá, 1997.

3. Capacidad de seguir principios racionales de prudencia y eficiencia.
4. Capacidad de libertad, proponerse fines mediatos o cosas distintas al mero deseo.
5. Capacidad de obrar por ideales y principios incondicionados.
6. Capacidad de entender el mundo y razonar correctamente.

La Humanidad en la persona es inextinguible. No cesa aún cuando no se posean en acto tales capacidades.

Sólo quien es un fin en sí mismo, posee dignidad, es persona. La dignidad es un valor incondicional e incomparable, distinta de precio, no tiene equivalentes. No es sacrificable por algo de mero precio. La autonomía es la propiedad de la voluntad en cuanto obra por deber. "La voluntad de todo ser racional es una voluntad universalmente legisladora"³⁴.

Para Adela Cortina, cualquier teoría sobre los derechos humanos confronta un problema triple: o bien son derivados de la naturaleza humana o de la razón; o pueden identificarse con exigencias éticas, relativas al concepto de dignidad humana, o históricamente establecidas por la legislación. "No puede atenerse solamente a la cualidad biológica, a la pertenencia a la especie humana para

³⁴. Señala M.J. Bertomeu que la autonomía tiene dos aplicaciones en ética médica:

1. *Autonomía* como madurez psicológica, independencia emocional, capacidad de dar razones. En Kant no es precepto descriptivo sino normativo y tiene que ver con una propiedad de la voluntad de todo ser racional.

2. *Autonomía* como derecho: en Kant no lo es, aunque esboza el paternalismo, es una propiedad de la voluntad. Kant no contrapone autonomía a paternalismo, sino autonomía a heteronomía.

En la muerte digna, estos elementos deberían tenerse en cuenta cuando la posible decisión de eutanasia se opte libremente por el paciente. Bertomeu, M.J. Postgrado de Bioética. Universidad El Bosque. Bogotá, 1997.

fundamentar los derechos humanos, puesto que incurriríamos en la falacia naturalista, la cual debe evitarse, tomando como presupuestos los actos de habla que nos conducen a un resultado filosófico, es decir que todo participante en un discurso práctico tiene que ser reconocido como persona y por tanto se le atribuyen derechos claramente distinguibles de los que se establecen a lo largo de la historia”.

Preocuparse por los derechos humanos es ocuparse de la vida, es hacer filosofía, por tanto, tematizar lo que sea y como sea posible la existencia humana, esto es, la dignidad humana. Así, para C. E. Maldonado⁵⁵ el fundamento de los derechos humanos, es la vida, la vida digna, su sentido y por lo tanto, “es un problema filosófico y si es filosófico adicionalmente es jurídico, político, económico, militar, social etc. Pero la posibilidad misma de los derechos humanos o el problema mismo de los derechos humanos es la posibilidad de una vida digna y la del respeto y la necesidad de la persona humana”.

Aquí se habla de la vida ontológicamente como de lo que es necesario, real, y por tanto fundamento de otras cosas. Se habla de la vida ontológicamente, no pensando su sentido biológico, pero tampoco abstractamente. Si afirmamos, entonces, que morir con dignidad es un ejercicio final del derecho fundamental a la vida, debemos pensar como dice Maldonado: “el conocimiento fundamentado de los derechos humanos se distingue de todo otro tipo (positivo) de conocimiento por su objeto: la vida humana, la persona y su dignidad”.

⁵⁵ Maldonado, C.E. *Hacia una Fundamentación Filosófica de los Derechos Humanos*. ESAP, Bogotá, 1994, pp. 8 y ss

La vida es un derecho humano inalienable, absoluto que comprende, todos los demás derechos, explicables y comprensibles sólo a partir de la vida humana³⁶.

La vida humana se determina por el tiempo “que es el de sus posibilidades, sus horizontes, de manera que desde esta perspectiva, es posible afirmar sin ambages que una vida es tanto más digna, cuantas más posibilidades contenga y cuantas más posibilidades actualice” de ahí la importancia del tema de la muerte digna como ejercicio final de ese derecho a la vida digna³⁷. Por tanto, la calidad de vida no está condicionada solo exteriormente sino que incluye, condiciones propias e intrínsecas de su existencia que le dan fundamento.

La vida no sólo puede considerarse como exclusivamente hecho biológicamente fundamental, sino que además, tenga calidad. Y en esta última perspectiva se ubican casi todas las dificultades para aceptar la eutanasia como un derecho humano.

Filosóficamente los derechos humanos se fundamentan en la posibilidad real de ejercitar una decisión autónoma, de un acto consciente para lograr la dignidad de una vida que despliegue por sí misma y deliberadamente los riesgos de sus propias posibilidades³⁸.

³⁶. *Ibid*, pp. 20 y ss.

³⁷. *Ibid*, “Así, que lo que fundamentaría la existencia humana y su dignidad, son las posibilidades que tiene, los horizontes que se plantea y las tareas que se proponga realizar y que pueda realizarlas”.

³⁸. En cuanto al tema de la calidad de la vida, que como dijimos no se puede determinar desde la exterioridad del individuo, Maldonado afirma lo siguiente: “la calidad de vida se hace efectivamente posible, racionalmente válida y existencialmente legítima sólo cuando tal calidad se determina a partir del existir mismo, de la vida misma, precisamente, y no externamente. Sólo en confrontación

“Los derechos humanos se fundamentan en la necesidad de la vida humana como posibilidad. Pero el derecho a la vida no es en absoluto un problema biológico y lo que interesa es una vida digna; si se sostiene el derecho absoluto a la vida y que bajo este se comprenden los demás derechos, puede llegarse a plantear entonces por alguien “su derecho a morir”.

La vida humana se realiza en la mundaneidad, es decir, “en el horizonte de todos nuestros actos, ideas, proyectos y relaciones con las personas y las cosas”. La calidad de vida debe situarse al interior mismo de la existencia cotidiana, considerando la vida humana como valor en sí misma.

Si la muerte es parte final de la vida o si la muerte es vida aún, la vida misma en su etapa final, entramos entonces en el terreno del concepto de la muerte digna y cuáles son las condiciones para que esa vida sea digna en el moribundo, en el paciente terminal o en el que ha perdido su conciencia o en el que no tiene manera de comunicarse efectivamente.

¿QUÉ MUERTE ES DIGNA DEL SER HUMANO?

D. Gracia en su obra “*Primum non Nocere*”³⁹ hace un riguroso estudio sobre el principio de la no - maleficencia como el principio

con y desde la vida misma cabe hablar sensata y responsablemente acerca de la calidad de una existencia digna”. Maldonado, C.E. Fundamentos para la comprensión del problema de la calidad de vida. Mundo, posibilidad y apertura. En: *Bioética La Calidad de Vida en el siglo XXI*. Colección Vida y Ethos N°1. Escuela Colombiana de Medicina Bogotá, Colombia, 1995. pp. 34 y ss.

³⁹. Gracia, D. *Primum non Nocere. El principio de No-maleficencia como fundamento de la ética médica*, Instituto de España, Real Academia de Medicina, Madrid, 1990.

rector de la ética médica a lo largo de su historia y lo relaciona con la dignidad humana. La no-maleficencia es en sí principio y fundamento de la bioética que a su vez absorbe la ética hipocrática manteniéndola viva en su interior. El médico debe aliviar al paciente o al menos no causarle daño.

Aquí hay una relación inseparable entre el no dañar y la dignidad humana; por tanto, un postulado de "ética mínima" que exige no perjudicar. El favorecer al enfermo entonces, es más un consejo que un precepto.

Al parecer los autores hipocráticos desconocieron el concepto de autonomía y la distinción entre la no-maleficencia como principio deontológico y la beneficencia como principio teleológico para cuya distinción es necesario interponer entre ambos el concepto de autonomía.

De la no-maleficencia como precepto ético de interpretación autonomista. Gracia afirma, haciendo referencia a los derechos humanos⁴⁰: "sólo puede hablarse de no-maleficencia como principio distinto del de beneficencia a partir del siglo XVII, es decir, cuando se formula la primera tabla de derechos humanos. El objetivo de esa tabla era definir y proteger la autonomía de los seres humanos contra toda interpretación de tipo beneficentista o paternalista. También cabe decir que entonces es cuando empezó a formularse, quizá por vez primera, una ética racional auténticamente deontológica. Los principios absolutos de esta nueva ética fueron, precisamente, los derechos humanos".

⁴⁰. *Ibid*, pp. 63 y ss.

La no-maleficencia como principio ético específico, se produjo, como un descubrimiento del mundo moderno.

Para Locke el hombre desde el comienzo tiene derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad de conciencia y a la propiedad. No se le puede hacer mal a nadie lesionando su vida, su integridad física, su conciencia o sus propiedades. Para Adam Smith los derechos humanos tienen carácter de no-maleficencia basados en el egoísmo racional y calculado que se expresa en la ciencia económica.

John Stuart Mill sostiene que los deberes de “obligación perfecta” son aquellos que generan un derecho correlativo en las personas. Los deberes de obligación imperfecta por el contrario son de orden moral y no originan derechos. Por tanto, los de obligación perfecta son deberes de justicia y no-maleficencia en cambio los de obligación imperfecta, de caridad y beneficencia son siempre voluntarios y por ello va unida al concepto de libre albedrío. La no-maleficencia es de obligatoriedad y va unida al principio de justicia.⁴¹

R. Nozick, elaboró a partir de Locke el concepto de “estado mínimo” que tiene por objeto único respetar y proteger los derechos de los individuos. Se basa además en la distinción kantiana entre medios y fines, siendo así los derechos humanos fines y no medios y por tanto, en ningún caso puede justificarse su transgresión. En la perspectiva de la teoría de la justicia de J. Rawls existen dos tablas distintas de derechos humanos, una de derechos negativos o “perfectos” y otras de derechos positivos o “imperfectos”.

⁴¹. *Ibid.* Cfr pp. 65 y ss.

Sin distinción alguna, para R. Dworkin la equidad significa que “todos los hombres tienen derecho a igual consideración y respeto”⁴².

Con el auge de interpretación autonomista del principio de no-maleficencia, tomó un nuevo impulso, la teoría de los derechos humanos, civiles y políticos. La persona tiene el derecho a que nadie atente contra su vida. También se consagra entre los derechos humanos el de autonomía o autodeterminación que en la ética médica equivale a que el paciente tiene capacidad para definir lo conveniente o inconveniente para él.

Sin embargo Gracia⁴³ sostiene que la autonomía, no puede considerarse fundamento de la ética médica, sino el principio absoluto de no maleficencia, puesto que beneficencia, tomada como opuesta a autonomía, deja de ser beneficencia para convertirse en maleficencia.

Así mismo señala que se ha producido un desplazamiento histórico y paulatino desde el médico hacia el enfermo y que este tiene algo que decir en la determinación que se tome sobre su situación vital y que la beneficencia no puede imponérsele desde fuera en contra de su voluntad.

Concluye⁴⁴ “Piénsese lo que se quiera de su licitud moral, no hay duda de que “matar” y “dejar morir” son acciones de distinta moralidad, porque la primera ha de tener en cuenta la autonomía de la persona, y la segunda no. Dejar morir, evitando la distanasia, es un

⁴². Dworkin, R. *Los Derechos en Serio*. Ariel, Barcelona, 1984, pp. 38 y ss.

⁴³. Gracia, D. *Primum non Nocere*, Op. Cit pp. 81 y ss.

⁴⁴. *Ibid*, pp. 92 y ss.

acto de no-maleficencia y justicia; matar, procurando la eutanasia, es, en el mejor de los casos, un acto de autonomía y beneficencia”.

Para A. Cortina⁴⁵ toda la vida social hoy gira en torno al concepto de autonomía. Las diferentes perspectivas de la organización actual de la vida social exigen respuestas desde esas mismas perspectivas destacándose la política, la jurídica, la médica, la pedagógica y la moral. Por tanto, el concepto de autonomía resulta polisémico y requiere saber su significado en el contexto de cada una de estas diversas dimensiones.

Distingue en el sujeto (pragmática lingüística) como “Yo” la existencia para mí de un modo subjetivo al que tengo acceso privilegiado y de un modo social al que pertenezco.

Dos dimensiones constituyen al sujeto “yo”: la autonomía personal y la autorrealización individual que van a trascender en la vida social.

La pragmática lingüística superaría así el concepto kantiano limitado al ámbito del formalismo ético abstracto, al considerar capacitado al sujeto para ser reconocido como persona, concreta, sujeto de “derechos y deberes”, universalmente, incluso en el campo de la medicina. En ésta el paciente se considera capaz para tomar decisiones que le afectan vitalmente, y el médico no puede desconocer o despojar tales decisiones, excepto cuando el paciente no tenga un grado de autonomía suficiente, puesto que la decisión del paciente está ligada a su biografía, y a su situación actual y a sus relaciones psicosociales y valores que lo hacen ser único e intransferible.

⁴⁵ Cortina, A. Radicalizar la democracia desde un nuevo sujeto moral. La crítica del sujeto, en: *Ética Aplicada y Democracia Radical*. Tecnos, Madrid, 1993, pp. 123 y ss.

En la relación dialógica médico-paciente la información debe ser suficiente pues el paciente tiene derecho a vivir su propia muerte (eutanasia) si así lo quiere. Es una relación no de sujeto a objeto (paternalista) sino de sujeto a sujeto (Dialógica).

Lo anterior plantea la discusión abierta hoy en la bioética y en la sociedad sobre temas de gran complejidad como despenalizar el suicidio asistido, el propugnar la muerte digna como un derecho. Algunos consideran, que la vida biológicamente es en sí misma un valor absoluto anterior en dignidad a la libertad de elegir la propia muerte. El tema de la eutanasia está abierto a la discusión, aunque es difícil y a veces improcedente cuando se asumen posiciones fundamentalistas, dogmáticas o intolerantes. Para Louis-Vincent Thomas en su libro *La Muerte*⁴⁶ el morir tiene en nuestros días diversas características que nos ponen de manifiesto, tanto en las estadísticas como en las observaciones y testimonios que las personas ya no mueren en su hogar, rodeados de sus familiares.

Actualmente, en cambio, se muere en instituciones de salud, centros asistenciales o establecimientos geriátricos.

Esto obedece a diversas razones. Las reducidas dimensiones de las viviendas en las que no se puede alojar a los padres ancianos o familiares enfermos, la dificultad de proporcionar cuidado a la persona enferma cuando los dos miembros de la pareja trabajan, el agobio de la falta de tiempo, la necesidad de evadir la agonía que se hace insoportable para los que rodean al moribundo, la creciente tecnificación de la medicina y el aumento del acceso de la población a la asistencia sanitaria, sin negar ciertos intereses económicos o

⁴⁶. Thomas, L-V. *La Muerte*. Ed. Paidós Studio. Barcelona, 1991, pp. 79 y ss.

“científicos” o ciertas expectativas de prestigio por parte de algunas instituciones o profesionales de la salud.

Así: “el enfermo” resulta alejado de su familia, que a menudo ya no quiere ocuparse de él, y lo lleva a una institución que “no se hace cargo de la persona sino de su enfermedad” (El enfermo) sufre un doble y penoso confinamiento: en efecto, el alejamiento relacional viene a confirmar el alejamiento espacial, las visitas del médico al paciente a veces rodeado de biombos o trasladado a una sala para moribundos, se hacen cada vez más cortas e infrecuentes.

A menudo no es ya el médico jefe quien se acerca, sino el ayudante, la enfermera o el auxiliar, así mismo, el tiempo que transcurre entre el momento que el moribundo oprime el botón de llamada y aquel que se hace presente la enfermera se prolonga cada vez más⁴⁷.

Coinciden los autores citados, en que la muerte institucional implica un mayor riesgo de “ensañamiento terapéutico”.

La impersonalidad de los hospitales intimida en particular a los pacientes que están muriendo; la intimidad se limita puesto que el personal sanitario le vigila constantemente. La familia debe adaptarse a un horario de visitas muy estricto. La aparatosidad de los mecanismos que rodean al paciente representa un obstáculo al más mínimo contacto físico “en un ambiente tan extraño, nadie puede esperar una muerte digna y apacible”⁴⁸. “De esta forma, si el paciente moribundo se halla consciente se sentirá aislado, desconcertado,

⁴⁷. *Ibid.* pp. 90.

⁴⁸. Humphry, D. y Wicket, A. *El derecho a Morir*. Ed. Tusquets Barcelona 1989.

entubado y asistido, no por el contacto humano, sino por las maravillas del progreso científico y sistemas todopoderosos para salvar la vida"¹⁹.

Se muere además, a edades cada vez más avanzadas, gracias al aumento de la expectativa de vida lo que, unido al control de la natalidad, provoca el envejecimiento de la población y la exposición de un número cada vez mayor de personas a enfermedades degenerativas y crónicas propias de la tercera edad.

El cáncer, enfermedades cardiovasculares y ahora el SIDA, afectan en mayor o menor grado y provocan un determinado desenlace según se tenga o no acceso al progreso de la medicina. Debemos tener en cuenta, además, el trauma que endémicamente afecta a las personas de cualquier edad y la magnitud de las lesiones demandan permanentemente la atención de las unidades de cuidados intensivos.

Sin embargo, la situación en los últimos 15 años ha cambiado, la preocupación por las necesidades del enfermo terminal que surgió desde 1967 con la aparición del libro de Elizabeth Kübler-Ross «Sobre la Muerte y los Moribundos», ha desencadenado en todo el mundo la conformación de equipos asistenciales interdisciplinarios especializados en la atención del paciente terminal aunque, por lo menos en Colombia, todavía su cobertura es poca y no se ha establecido formalmente en el ámbito institucional. De otra parte, los movimientos en favor de la eutanasia siguen trabajando en todo el mundo especialmente en lo que se refiere al derecho de decidir la propia muerte, la ayuda médica para lograrlo y la legislación que reglamente tales conductas.

¹⁹. *Ibid.* pp. 258.

Hacia una Concepción de Muerte Digna

Ahora bien, la dificultad de precisar las características de la muerte digna, radica precisamente en la peculiaridad de la persona a quien se refieren esas características.

Muchas personas como Cicely Saunders, pionera de las clínicas terminales "está convencida de que el sufrimiento, tanto si es físico como psíquico forma parte de la experiencia religiosa y da un significado a la fe"⁵⁰, por tanto, esos enfermos soportarán con resignación y sacrificio el dolor y el sufrimiento que produce por ejemplo, un cáncer terminal.

Otros como D. Humphry, abanderados del movimiento a favor de la eutanasia activa y fundador de la Sociedad Hemlock que propende porque se respete la última de las libertades civiles, esto es, el derecho a morir cuando la vida llegue a hacerse físicamente insoportable, el dolor es grande, y no hay perspectiva de recuperación.

El enfermo experimentará, que el dolor de la enfermedad terminal menoscaba su dignidad y su autonomía en cuanto deteriora su conciencia y preferirá buscar ayuda activa para terminar sus días en la plenitud de sus facultades mentales.

El vencimiento de la resistencia a decir la verdad al paciente en relación con su muerte próxima provino más de parte de paramédicos, psicólogos, sociólogos y luego de psiquiatras que de los médicos en general.

⁵⁰. *Ibid* pp. 246

El reconocimiento del derecho a morir dignamente preconizado inicialmente por Feifel en su libro *The Meaning of Death*⁵¹ y luego por E. Kübler-Ross⁵² dieron origen a la corriente de opinión a favor del moribundo abandonado a su suerte y a lograr su dignidad menospreciada en la práctica hospitalaria.

“Es la dignidad de la muerte lo que plantea problemas. Esa dignidad exige ante todo que sea reconocida, no ya sólo como un estado real, sino como un acontecimiento esencial, un acontecimiento que no está permitido escamotear”⁵³. En 1973, la asociación de hospitales americanos usó por primera vez la expresión “Derecho a morir” en la “Declaración de los derechos del enfermo”. La expresión “Derecho a morir” puede entenderse como un derecho a eutanasia o como un criterio de ética del morir.

Entre estas dos posiciones, y aún fuera de ellas, existe una inmensa gama de características para lo que es una muerte digna, tantas como personas dispuestas a elegir su forma y proceso de morir.

Niveles de análisis sobre el concepto de “muerte digna”

Nivel Médico

El médico como persona, antes que como profesional, no está exento de las reacciones que suscita la muerte y el proceso de morir en nuestra sociedad occidental.

⁵¹. Feifel, H. *The Meaning of Death*, McGrawHill, New York, 1959.

⁵². Kübler-Ross, E. *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Grijalbo, Barcelona, 1969.

⁵³. Ariés, Ph. *El Hombre ante la muerte*. Ed. Tauros, Madrid, 1983 pp. 489.

Elizabeth Kübler-Ross y Louis - Vincent Thomas, coinciden en que las más relevantes de estas reacciones son el rechazo y la impotencia:

a) Rechazo: que es ante todo psicológico, los lazos que unen el miedo y la culpa son ineludibles: miedo de morir y culpa (de forma consciente o inconsciente), de desear la muerte del otro.

El rechazo también es social : oscilamos entre lo no dicho y los eufemismos y las sutilezas que disimulan o tergiversan su significado.

b) Impotencia: el moribundo entra para el sobreviviente en una zona de "no intervención" aparente. Nada se puede hacer para impedir que muera, obstaculizando así el natural impulso humano de obrar con expectativa de algún éxito.

El morir es una relación entre moribundo y sobreviviente nos dice Thomas, y prosigue: "el que muere (quizás en mi lugar o por mi causa) se lleva a la tumba una parte de mi si yo le profesaba afecto; también puede enriquecer mi personalidad, si al exhalar su último suspiro, da muestras de sabiduría: hay, en efecto, muertos que transforman al sobreviviente (L. V. Thomas, *Mort et Pouvoir*) ...las sociedades han sabido siempre identificar los signos que anuncian la muerte en especial a partir de los hechos insólitos o de coincidencias fortuitas. Lo que nos interesa especialmente es el presentimiento experimentado por el paciente de que la muerte se avecina.

Sin duda el moribundo advierte ciertos indicios como la fatiga y, más aún, el comportamiento de quienes lo rodean: ojos enrojecidos, conversaciones en voz baja, espaciamiento o brevedad de las visitas, control anormalmente repetido del pulso o de la tensión, traslado a una habitación aislada. Todo sucede, entonces, como si el moribundo,

reuniera sus fuerzas hasta la hora que él mismo ha fijado más o menos consciente y luego de pronto abandonara su esfuerzo⁵⁴.

Sin embargo, hace unos veinticinco años tiende a consolidarse una actitud diferente y se valora cada vez más la ayuda al moribundo. Este cambio ha provocado dos tipos de reacciones:

a) Rehabilitación del moribundo: los primeros trabajos surgen de E. Kübler-Ross y R. Moody, quienes consideran al paciente terminal un maestro del pensamiento que pasa en su agonía por una experiencia única.

b) Reivindicación de una muerte digna: se reclama lo que en otro tiempo era algo natural: que el moribundo tenga un lugar, una opinión, y sobre todo, que frente al dominio de los médicos, sea él quien diga cómo quiere librar su último combate. De ahí las reivindicaciones que plantean en todo el mundo, a menudo con fe y rigor, una treintena de asociaciones que reúnen 500 mil afiliados, la mitad de ellos en los Estados Unidos: Exit en Inglaterra y ADMO o Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (Asociación por el Derecho de Morir con Dignidad) en Francia.

El objetivo es la libre disposición de la propia vida y, por tanto, de la propia muerte. Esto implica necesaria y simultáneamente una reforma del Código Penal (desincriminación de la eutanasia) y el Código de Deontología Médica, el rechazo del ensañamiento terapéutico y la obligación de informar al paciente sobre su estado⁵⁵⁻⁵⁶.

⁵⁴. Thomas, L-V. *La muerte*. Ed. Paidós Studio Barcelona. 1991, pp. 66-68.

⁵⁵. *Ibid.*, pp. 96.

⁵⁶. La Corte Constitucional de Colombia en su sentencia N° C-239/97 de Mayo 20, 1997 declaró la despenalización de la eutanasia por considerar el derecho a morir dignamente como uno de los derechos humanos.

“La tecnología médica ha contribuido a que muchas veces se libre la batalla contra la muerte en circunstancias heroicas y en ocasiones inhumanas, con resultados no siempre afortunados, ...con la única finalidad de prolongar la vida, es decir, la agonía. ...Es aquí donde se encuentra el meollo del conflicto, dado que la prolongación de la vida en circunstancias tales no está científicamente ni humanamente justificada. Es que riñe con los derechos del paciente y con los principios de ética profesional. Dejar morir en paz es un deber elemental, una obligación ética del médico... En los últimos cincuenta años han surgido recursos heroicos que hacen factible que los médicos puedan prolongar la vida de sus pacientes críticamente enfermos.Desafortunadamente no siempre la calidad de vida que se ofrece haciendo uso de aquellos está de acuerdo con la dignidad de la persona”.

Nace de la lectura anterior una reflexión; el médico no solamente debe procurar la calidad de vida, sino también de acuerdo a la realidad de su paciente, contribuir a la calidad de la muerte.

Pero “¿Cómo afronta la agonía, la desfiguración y la muerte una persona cuya profesión es la de salvar, curar y prevenir?» (Los Angeles Times 1984)⁵⁷.

En la búsqueda de reivindicar una muerte digna se señalan actualmente cuatro intentos de lograrla: combatir el encarnizamiento terapéutico, respetar el testamento de vida, reivindicar la eutanasia y los cuidados paliativos.

⁵⁷. Derek, H. Wickett, A. *El Derecho a Morir*. Op cit pp. 161.

En la reivindicación de la muerte digna se señala una ambigüedad “debido en gran parte a la confusión entre el derecho a morir en paz y el derecho a morir. Si el primero se basa en el rechazo del ensañamiento terapéutico y el deseo de dejar que la muerte siga su curso en un contexto humano, el segundo, al contrario, permite recurrir a la eutanasia voluntaria y el suicidio asistido”⁵⁸.

Y hablando de la muerte institucional, volvamos a Thomas: la muerte institucionalizada no facilita la labor de los médicos y enfermeras, colocadas en una situación en la que presencian alternadamente el espectáculo de la muerte y su negación; en la que deben cuidar al enfermo y por lo tanto estar en contacto con él y, al mismo tiempo, evitar toda relación con él, puesto que teniendo la muerte por objeto, esa relación podría ser mortal; en la que, habiendo sido formados técnicamente para curar o al menos para cuidar, deben también ayudar a morir, tarea para la que no han recibido ninguna preparación en ningún nivel⁵⁹.

Es interesante anotar que tradicionalmente el personal de enfermería es el más dispuesto al cambio de actitud respecto al enfermo terminal (y esto incluye la administración de la eutanasia pasiva), sin duda porque su relación cotidiana, física y psicológica con el paciente es más estrecha, lo que lo hace más permeable a sus necesidades.

Humphry y Kübler-Ross coinciden ampliamente en este concepto. Esta mayor consciencia plantea a la enfermera un conflicto entre la

⁵⁸. Baudouin J-L, Blondeau D. *La ética ante la muerte y el derecho a morir*. Herder, Barcelona, 1995, pp. 117 y ss.

⁵⁹. Cfr. Thomas, I.-V. *La Muerte*, op cit, pp. 93.

obediencia a las órdenes del médico y los propios principios y convicciones respecto a las obligaciones hacia el paciente.

Nivel Jurídico

La problemática casuística en torno a la eutanasia ha tenido su principal escenario en el ámbito jurídico.

En enero de 1950, la Asociación Pro Eutanasia de Inglaterra envió una petición a la Asociación Norteamericana de Nueva York para que la presentara en las Naciones Unidas. Este documento firmado por 387 británicos (entre los que se contaban seis miembros del Parlamento), solicitaba una "Enmienda de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que incluya el derecho a la eutanasia voluntaria para los enfermos incurables". Más de dos mil norteamericanos entre ellos las dos terceras partes eran sacerdotes y médicos, firmaron el documento.

Esta solicitud aboga por un mundo en el que "los seres humanos tendránlibertad en lugar de temor"... "No se presentó la solicitud a Eleanor Roosevelt (presentada en la comisión de Derechos Humanos) hasta diez años más tarde. La señora Roosevelt simpatizó con la petición de los enfermos incurables, pero advirtió que no era conveniente presentarla en ese momento, ya que la comisión se ocupaba de los temas relativos al genocidio judío durante la II Guerra Mundial"⁶⁰.

Si bien la objeción de la señora Roosevelt fue la no oportunidad de la solicitud, este inconveniente parece parcialmente válido.

⁶⁰. Derek, H., Wickett, A. *El Derecho a Morir*. Op.cit, pp.64

El planteamiento del derecho a la eutanasia voluntaria, es probable que hubiera creado resistencia en los sectores conservadores al interior de la ONU, pero además podría haberse considerado discriminatorio respecto al derecho de elegir otras formas de morir, lo que habría restado universalidad y efectividad a este reconocimiento que en su forma más general sería el derecho a morir dignamente y que debería ser incluido en el Artículo 3ro. de la Declaración Universal de Los Derechos Humanos, junto al derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona.

A pesar de esto, la propuesta consiste en reconocer el derecho a morir dignamente, como un derecho fundamental, cuyo ejercicio sólo es posible con base en el derecho a la vida misma, mediante los instrumentos jurídicos nacionales e internacionales que poseemos actualmente.

El artículo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos prohíbe la tortura y los malos tratos así: "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes".

El Artículo 12 consagra el derecho a la honra así: "Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada o su correspondencia, ni de ataques a su honra o su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques".

Si bien la necesidad del reconocimiento de estos derechos y su consagración universal en una declaración de las naciones, derivó de la reflexión, el horror y la vergüenza por los crímenes durante la II Guerra Mundial, con el objeto de proteger a la persona frente al poder desmedido de los estados, no se debe olvidar que la ciencia y la

tecnología, cada vez más interferidas y controladas por el Estado, son instrumentos de ese poder y dentro de ellas está por supuesto la tecnología médica.

De esta manera, la imposición de un tratamiento médico, cualquiera que sea su nivel tecnológico a un enfermo terminal sin su consentimiento, se constituye en un trato cruel e inhumano y una injerencia en la vida privada del paciente, cuando este está consciente, y en la de su familia si está inconsciente (y es ésta la que decide por él), violentando así la integridad física y psicológica de la persona y su derecho a la intimidad a través de un agente que puede o no obrar en nombre del Estado, (el trabajador de la salud puede desempeñarse en forma particular institucional u oficial), pero que en cualquier caso maneja conocimientos y técnicas que colocan al paciente en situación de desventaja.

La autonomía de la persona es un derecho subjetivo, por tanto, conlleva una obligación entre dos personas, y así, la autodeterminación, obliga al médico a no iniciar o interrumpir un tratamiento por voluntad del enfermo. Es un derecho “negativo” no aceptado aún universalmente y a veces se sanciona no sólo éticamente sino penal y civilmente. “El derecho a no ser tratado, es pues un derecho a la no intervención, pero no aún un derecho a la muerte. Es un derecho a dejar morir y no un derecho a hacer morir”⁶¹.

Por otra parte, surge la inquietud que manifiesta Thomas⁶², refiriéndose a la necesidad de desincriminar la eutanasia en

⁶¹. Baudouin J-L, Blondeau D. *La ética ante la muerte y el derecho a morir*, Herder, Barcelona 1995, pp. 118-119.

⁶². Thomas, L-V. *La muerte*, Op. Cit, pp. 111.

circunstancias excepcionales e indubitables, pero que bien sirve para tener en cuenta ante cualquier intento biojurídico; "...hay razones para tener una codificación demasiado precisa, demasiado importuna no adecuada a la especificidad irreductible de cada caso, demasiado restrictiva; el ensañamiento legislativo, parece tan peligroso como el ensañamiento terapéutico o el ensañamiento eutanásico, ya que cuando más afectado se siente el hombre interior más escapa a la ley general y abstracta".

Así mismo el Código colombiano de ética médica⁶³ señala:

Título I: Disposiciones Generales. Capítulo 1o. : Declaración de principios. Artículo 1ro., numeral 4o. "La relación médico - paciente es el elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional".

Título II : Práctica Profesional. Capítulo 1º: De las relaciones del médico con el paciente. Artículo 10 "El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente».

Parágrafo: «El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamiento médicos y quirúrgicos que no se justifiquen".

Artículo 12 : "El médico sólo empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas".

⁶³. Ley 23 de 1981 (18 de febrero) Decreto reglamentario 3380 de 1981.

Respecto a este último artículo se crea un vacío en lo que se refiere a las terapias alternativas que aunque no aceptadas por el cuerpo médico tradicional, sí lo son por muchos pacientes terminales que encuentran en ellas una opción positiva, que ofrece una calidad de vida aceptable, con una mínima invasividad.

Parágrafo: “Si en circunstancias excepcionalmente graves un procedimiento experimental se ofrece como única posibilidad de salvación, éste podrá hacerse con la autorización del paciente o sus familiares responsables y si fuere posible, por acuerdo en junta médica”.

Artículo 13: “El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales”.

Artículo 14: “El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, o a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata”.

Artículo 15: “El médico no expone a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente salvo en los casos en que ello no fuere posible, y lo explicará al paciente o a sus responsables de tales circunstancias anticipadamente”.

Artículo 16: “La responsabilidad del médico por reacciones adversas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más

allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente, a sus familiares y allegados”.

Faltaría contemplar la situación en la que el paciente solicita se le practique un tratamiento o terapia que el médico tratante de acuerdo a sus convicciones no puede en conciencia practicar, éste no está obligado a hacerlo, lo que no lo autoriza para abandonar a su paciente o negarle la orientación o información que posea sobre el particular, pero sí lo exime de cualquier responsabilidad por complicaciones del tratamiento en cuestión si éste fuere aplicado.

Respecto al homicidio piadoso la Ley colombiana en su Código Penal de 1990 dice:

Artículo 326: “Homicidio por piedad: el que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años”.

Este artículo fue declarado exequible por sentencia de la Corte Constitucional del Mes de Mayo de 1997, en el sentido de despenalizar el homicidio por piedad, teniendo en consideración el derecho a morir dignamente como ejercicio final del derecho fundamental a la vida⁶¹, “con la advertencia de que en el caso de los enfermos terminales en que concursa la voluntad libre del sujeto pasivo del acto, no podrá derivarse responsabilidad para el médico autor, pues la conducta esta justificada.

⁶¹. Sentencia N° C-239/97 Corte Constitucional de Colombia, mayo 20 1997.

Artículo 327: “Inducción o ayuda al suicidio: el que eficazmente conduzca a otro al suicidio o le preste una ayuda efectiva para su realización incurrirá en prisión de dos a seis años”.

LA MUERTE FRENTE AL DERECHO FUNDAMENTAL A LA VIDA

Definición Constitucional

La Constitución Política Colombiana de 1991 en su preámbulo consagra como fines del constituyente: “...asegurar a sus integrantes la vida ...la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz....”, luego en el Título I. De los Principios Fundamentales, Artículo 2do. dice: “las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia en su vida, honra, bienes y creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares”. Así mismo, en el Título II: De los Derechos, Garantías y los Deberes, Capítulo 1. De los Derechos Fundamentales reconoce la inviolabilidad del derecho a la vida en el artículo 11: “El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte”.

La reflexión realizada en el análisis jurídico sobre la situación de indefensión del paciente terminal conduce al artículo 12 que prohíbe la tortura pero especialmente en el artículo 13 que consagra el derecho a la igualdad: “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar,

lengua, religión, opinión política y filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”.

Esta normativa constitucional proporciona elementos suficientes para reconocer el derecho a morir dignamente del enfermo terminal, dentro del marco de los derechos fundamentales, como el derecho que tiene una persona de elegir libremente y pacíficamente, su forma de morir, de acuerdo a sus principios, valores y convicciones, en condiciones de igualdad respeto de su familia y personal médico tratante, condiciones que se materializan en el respeto mutuo, la aceptación, la comunicación, la información, el consentimiento y el acuerdo mediante la decisión pactada.

Recordemos además el artículo 94 por el cual se reconoce todo derecho y garantía inherente a la persona que no esté contenido en la Constitución o en instrumentos internacionales así: “La enunciación de los derechos y garantías contenidos en la Constitución y en los convenios internacionales vigentes, no debe entenderse como negación de otros que, siendo inherentes a la persona humana, no figuren expresamente en ellos”. Es este el caso del derecho a morir dignamente, no enunciado en la Constitución Política de Colombia de 1991.

Con base a lo anterior cabe la pregunta:

¿Qué es más prioritario para el enfermo terminal, la inviolabilidad de la vida o su calidad? Es una cuestión que sólo puede ser resuelta

por el titular en ejercicio legítimo de su derecho a la vida, con base en los principios de autonomía, dignidad e inviolabilidad misma y según sus circunstancias particulares.

Cómo, cuándo, dónde y por qué morir, y la capacidad de elegir el proceso adecuado de morir, son decisiones inherentes al ejercicio del derecho a la vida, llevan a su máxima expresión el principio de la autonomía y autodeterminación de la persona y hacen parte de su plan y su concepto particular de vida buena, incluidas sus creencias religiosas, escala de valores y responsabilidades.

Humphry⁶⁵ cita al juez Popper, en el caso de la señora Martínez quien tenía una anemia hemolítica incurable y decidió poner fin a su tratamiento, el médico tratante trasladó la decisión al Tribunal, agobiado por el temor de ser acusado de mala práctica ya fuera por asistir a una suicida o por en caso contrario de tratar una paciente en contra de su voluntad. El juez se pronunció de la siguiente manera: "El tratamiento propuesto a la señora Martínez parece tan malo como la propia enfermedad" ... "En definitiva, llegó a la conclusión de que (agrega Humphry) si un paciente en la fase terminal de una enfermedad prefería morir en paz, en lugar de sobrevivir en condiciones físicas y psíquicas lamentables, ello no ponía en grave peligro el carácter inviolable de la vida" ... "Las personas tienen derecho a morir con dignidad" concluyó el juez.

Así, suspender un tratamiento como en este caso significa dar calidad al proceso de muerte y no meramente acortar la expectativa de una vida disminuida por un procedimiento aparentemente

⁶⁵. *Op. cit.*, pp. 308

salvador. Además, la calidad de vida no es significativa sólo por la pauta cronológica de su duración. El planteamiento no es relativizar el principio de inviolabilidad del derecho a la vida, sino por el contrario entenderlo en su punto culminante, esto es, en el respeto y la no injerencia a la capacidad de decidir de la persona sobre el final de su vida, atendiendo a los conceptos propios de dignidad y autonomía que haya tenido y precisamente cuando una enfermedad terminal amenace con deteriorar la conciencia, y por lo tanto, el ejercicio de esos principios y derechos.

Desde un punto de vista estricto pero miope y recortado, el carácter inviolable de la vida impediría cualquier tipo de acción o procedimientos para modificar en cualquier sentido, incluida en esto la intervención sobre toda enfermedad, discapacidad o minusvalía que la afectara, lo que equivaldría a reducirla como lo hace el biólogo.

La inviolabilidad del derecho a la vida se refiere y debe hacerlo siempre a la no intervención ajena a la propia persona, sobre ese derecho, a la exclusión absoluta del uso de la fuerza para limitarlo y al respeto irrestricto de todos los demás derechos que la vida posibilita y dentro de estos el derecho a morir dignamente como último aspecto del ejercicio del derecho a la vida.

El Derecho fundamental a la vida es extensivo al de la muerte digna para todos sin excepción. La vivencia y las características de una muerte digna son, como vimos, individuales. No existe un único plan de vida universalmente digno, como no existen dos personas iguales, por tanto, no existe tampoco un concepto unívoco de lo que significa morir dignamente.

Desde la perspectiva moral, las condiciones únicas, irrepetibles, intransferibles, inviolables que se concentran en la diversidad de cada persona convergen los principios que la definen como tal: dignidad, autonomía, inviolabilidad, y su convivencia pacífica en la tolerancia, el respeto mutuo y, cuando así lo permitan sus convicciones, en hacer el bien o no hacer daño a otro.

Son estas las condiciones y son estas las reglas de juego. Sólo así puede ejercer la persona su derecho a una vida digna según su plan individual, y en ejercicio de este derecho elegir también la forma de morir dignamente.

“La vida, por otra parte, nos pertenece; es algo personal e intransferible. ...De igual manera, la muerte es también algo personal e intransferible. Por eso creo que puede afirmarse con propiedad que el individuo muere su propia vida y vive su propia muerte”⁶⁶.

Para el enfermo terminal en especial

En un sentido general, desde el momento en que se corrobora un diagnóstico irreversible, definitivo y terminal empieza el proceso de morir. Como en ningún otro caso, la relación médico-paciente terminal, comienza por la aceptación de la atención, continúa con la información y el consentimiento y termina con una decisión pactada.

La condición del paciente sin pronóstico de curación, disminuido física y psicológicamente, lo coloca en estado de indefensión con respecto al médico, si se considera que éste posee el poder que le da

⁶⁶ Sánchez, F. *Reflexiones en Torno del Derecho a Morir Dignamente*. Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente. Santafé de Bogotá, D.C. 1989, pp.6

el conocimiento del problema de la salud del enfermo. Es en este sentido que el reconocimiento de los derechos del paciente, de su voluntad y de sus decisiones, y la obligación moral y legal del médico de respetarlos, constituyen el límite y el mecanismo de control a los abusos de dicho poder.

Todos los autores citados coinciden en afirmar que el enfermo terminal tiene derecho a elegir una muerte digna, antes de que en términos actitudinales no sea capaz de morir con dignidad. La dificultad se plantea en la persona que sin haber podido manifestar su decisión con anterioridad, se ve enfrentada al proceso de morir en estado de inconsciencia.

El hecho de no haber dejado en forma escrita su decisión al respecto, no debe ser motivo para privar a un enfermo inconsciente de su derecho a morir en forma digna según su elección, máxime si las características de esa decisión pueden inferirse por su familia o su médico, de acuerdo a los principios, valores y convicciones, que exhibió en pleno uso de sus facultades mentales, aunque esa decisión de segunda mano esté obviamente contaminada por la apreciación propia y personal de los tutores.

Es precisamente en los casos de inconsciencia, sin documento escrito previo que exprese la voluntad, en las que con base en el principio de subrogación, se concede al incapacitado la dignidad a que toda persona tiene derecho, lo que implica el riesgo inevitable de realizar apreciaciones erróneas, (por ejemplo, sobre el concepto de calidad de vida y vida digna que tuvo determinada persona cuando era consciente), siempre viciadas por el criterio de aquel en quien se subrogó.

Engelhardt lo expresa así: "A falta de instrucciones anticipadas es muy difícil determinar quien está autorizado para tomar decisiones en nombre de un individuo incompetente, y, consiguientemente, estas circunstancias ambiguas conducen a conflictos entre los familiares respecto a quién está autorizado para decidir lo que más conviene a un incompetente ...debemos recordar que la prolongación de la vida no siempre representa lo que más le conviene a la persona... Las circunstancias de la vida pueden ser tan difíciles que justifiquen el rechazo del tratamiento por significar más un daño que un beneficio"⁶⁷.

Y refiriéndose a las determinaciones en torno al principio de subrogación, desde los tribunales en Estados Unidos: "En su mayoría, los tribunales han considerado apropiado que las decisiones sobre la calidad de la muerte las tomarán quienes deciden por poderes, pero se abstendrán de permitir que se tomasen por poderes, decisiones acerca de la calidad de la vida"⁶⁸.

Estas dificultades se presentan igualmente cuando el paciente, aun consciente y voluntariamente declina en otra persona la toma de decisiones sobre todo cuando las consecuencias de la decisión por poderes resultan molestas, intolerables o inaceptables para el enfermo que delegó.

Otro debate es el uso de sofisticada tecnología médica en tensión con el respeto a los derechos fundamentales del paciente: las unidades de cuidado intensivo fueron diseñadas en un principio para la atención

⁶⁷. Engelhardt, H. T. *Los Fundamentos de la Bioética*. Ed. Paidós Básica. Barcelona. 1995, pp. 385-386.

⁶⁸. *Ibid.* pp. 387.

de traumas y postoperatorios de alto riesgo, de enfermos rescatables, pero no de enfermedades terminales, en las que el beneficio de esta tecnología es mucho más que dudoso y los que consideran en su gran mayoría cuando están en capacidad de elegir, afectadas su dignidad y su libertad con este tipo de atención.

Se plantean también varios dilemas urgentes de resolver: ¿En qué momento es una medida terapéutica oportuna y eficaz y cuándo se convierte en un cuidado desproporcionado o una tortura innecesaria? ¿Qué es excesivo y quién lo decide? ¿Es lícito utilizar un procedimiento sólo porque se dispone de él, o para hacerlo económicamente rentable, o para evaluarlo aunque las necesidades del paciente no lo justifique?.

¿Con qué criterios podría elaborarse una legislación que limite el uso de la tecnología médica para convertirla en un instrumento al servicio de las personas y no en un fin, como tantos casos en los que se pervierte su objetivo? ¿Cómo medios terapéuticos ordinarios y sencillos, la alimentación a través de una sonda nasogástrica por ejemplo, pueden resultar extraordinarios para un enfermo terminal? ¿La viabilidad técnica de un procedimiento, puede erigirse en criterio moral?.

De nuevo Engelhardt afirma: "Con frecuencia evitamos toda responsabilidad en estos asuntos, afirmando que se debe tratar al máximo para prolongar la vida humana todo lo posible y suponiendo que la medicina ha estado tradicionalmente obligada a salvar vidas a cualquier precio, pero, sin embargo, esta suposición es errónea. La medicina ha evitado tradicionalmente el tratamiento de casos desesperados. El compromiso ilimitado de proporcionar tratamiento

a cualquier precio, con vistas a salvar la vida, sea cual fuere su calidad, es una peculiaridad moderna que carece de raíces clásicas. Pensemos en la afirmación de Séneca de que nadie está legitimado a quejarse de la vida o del sufrimiento, puesto que, si el dolor es excesivo, el suicidio es siempre una solución. Según Séneca si uno sufre no es culpa de nadie, sino de uno mismo. En este orden de cosas, tenemos que decidir el tratamiento que aceptaremos para salvar la vida, cuál rechazaremos e incluso cuándo, si es que alguna vez, el suicidio es una elección moral apropiada"⁶⁹.

Humphry⁷⁰ cita a Tancredi que dice: "se puede evaluar la eficacia de una tecnología por:

- Las posibilidades de recobrar las funciones básicas.
- El grado de alivio que se espera obtener.
- Las exigencias del tratamiento y las condiciones de adaptación de un paciente.
- Los efectos psicológicos (sobre la propia imagen por ejemplo)
- El costo.
- El carácter de la muerte".

Engelhardt⁷¹ también nos da luz en este aspecto: "La mayoría de las teorías sobre la beneficencia adoptan una actitud según la cual los gastos, al igual que la probabilidad de fracaso, frustran los deberes

⁶⁹. *Ibidem*, pp. 387

⁷⁰. Humphry, D. y Wickett A. *El Derecho a Morir*. Tusquets Edi. Barcelona. 1989, pp.267

⁷¹. Engelhardt, T. *Op. Cit.*, pp. 386-387.

de beneficencia. ...La distinción realizada tradicionalmente entre la asistencia ordinaria y la asistencia extraordinaria proporciona una rúbrica general, utilizada como guía por lo tutores a la hora de limitar los cuidados. Los tutores que actúan en el ámbito de contextos morales particulares también tienen presentes los costos, ya que estos impiden llevar a cabo las obligaciones de beneficencia. Se trata simplemente de que en cualquier contexto particular, las diferentes formas de soportar costos y beneficios conducen a cálculos distintos”.

Ejercicio de la muerte digna, ámbito y límites

El ámbito en que se desarrolla y ejerce el derecho a morir dignamente en el enfermo terminal se puede situar en tres esferas: la de la propia persona (reflexión, juicio, decisión y acción consciente), el de la familia, amigos y personal médico y paramédico (respeto mutuo, aceptación, consentimiento informado y decisión consensuada) y la sociedad y el Estado (respeto a los principios de autonomía e inviolabilidad de la persona, reconocimiento y protección del derecho, no uso de la fuerza, principios de beneficencia, justicia y relación costo beneficio).

El Principio del doble efecto

Este principio tradicionalmente sostiene que ante la necesaria conveniencia causal de los males que se presentaran necesariamente, se optará por la acción que causa el mal menor.

Fue introducido en 1957 por el Papa Pío XII respondiendo a un grupo internacional de médicos reunidos en el Vaticano acerca del uso de calmantes y analgésicos: “Si no existe relación directa o causal,

ya sea a través de la voluntad de las partes interesadas o por el estado de las cosas, entre la provocación de la pérdida del conocimiento y el acortamiento de la vida como por ejemplo, en el caso de que la supresión del dolor sólo se pudiera conseguir acortando la vida y si, por otra parte, la administración de medicamentos produce dos efectos distintos, uno el alivio del dolor y otro el acortamiento de la vida, la acción es legal⁷². De esta manera se justifican acciones que producen en forma indirecta consecuencias funestas: la acción, independientemente de su efecto, no es nociva, ni censurable moralmente; la consecuencia mala no puede utilizarse para producir el efecto bueno; la consecuencia o efecto funesto no debe ser intencionada, de esta manera a pesar de la consecuencia mala hay razones para ejecutar la acción.

Principio del Consentimiento Informado.

El principio basado en el consentimiento del paciente establece una doble responsabilidad para los médicos: 1) El deber de informar al paciente acerca del tratamiento y sus consecuencias; 2) El deber de obtener el consentimiento del paciente antes de ser sometido al tratamiento⁷³.

La reflexión que se propone en este ensayo atañe a la esfera personal, dependería de quien lo lea realizar sus propios juicios y considerar las decisiones y acciones a seguir de acuerdo a sus valores, convicciones, creencias y proyecto de vida particular. Es esta reflexión

⁷². Humphry, D. y Wickett, A. *Op Cit.* pp. 82

⁷³. *Op. cit.*, pp. 258

el punto de partida para reconocer la existencia de este derecho y determinar si se quiere ejercerlo.

Pero, además, si se elige hacerlo, será necesario ampliar el radio de su ejercicio a las relaciones personales inmediatas: la familia, los amigos y el personal médico y paramédico. A este nivel el ejercicio del derecho a morir dignamente sólo se haría legítimo en el respeto mutuo, la aceptación, el consentimiento informado y la decisión consensuada. Por último, este derecho se ejerce en el escenario social, con sus circunstancias culturales, políticas y económicas.

Como derecho fundamental extensivo del derecho a la vida y con fundamento en los principios de dignidad, autonomía e inviolabilidad, no admite límite intrínseco y subjetivo diferente al del daño a otras personas, teniendo en cuenta que dicho límite solo puede ser impuesto por el titular del derecho en su decisión libre y consciente y en ausencia del uso de la fuerza.

CONCLUSIONES

Se propone una reflexión personal sobre la muerte y su significado. "Tenemos que examinar a fondo nuestra actitud respecto a la muerte antes de sentarnos junto al lecho de un paciente moribundo tranquilamente y sin ansiedad"⁷⁴. ¿Cómo quisiera morir cada uno de nosotros y por qué?

Desde esta perspectiva única y personal, el estudiante de ciencias de la salud en el futuro como profesional acompañará a su paciente

⁷⁴. Kübler-Ross, E. *Sobre la Muerte y los Moribundos*. De. Grijalbo Barcelona. 1974, pp. 337.

enfermo terminal, no temerá acercarse ni lo abandonará, estudiará cuidadosamente con él y su familia cada posibilidad terapéutica, respetará su derecho a la información, (pero también su derecho a no saber), entenderá sus silencios, aprenderá a comunicarse con él y su familia, pero también a callar, será consciente de que como la gestación, el nacimiento, la infancia, la adolescencia, la madurez y la vejez, el morir es un proceso inherente a la vida; es un límite natural y definitivo; pero ineludible como ninguno de los anteriores.

Así, el personal de salud y de forma especial el médico, reconocerá en su paciente terminal, no un fracaso profesional, sino un singular reto: el de poner todo su conocimiento y esfuerzo en aceptar y enfrentar la muerte cuando ésta se presenta como ya se dijo: natural definitiva e ineludible, y defender la vida en su aceptación más amplia y verdadera, hasta el último momento pero siempre salvaguardando su dignidad. Iniciar el camino por la ruta de la tanatología es transitar hacia el conocimiento del proceso de morir y podría afirmar que la única manera de llegar al destino propuesto, (el respeto a la individualidad de cada proceso personal) es partir de la propia reflexión. Como lo expresa Thomas cuando dice: "Reflexionar sobre la muerte es enfrentarse con la certeza primordial"⁷⁵.

En esto basa también Kübler-Ross su concepto del espejo: lo que guíe la conducta del terapeuta se reflejará en el paciente. Sentimientos de desconocimiento, temor, rechazo, fracaso, o culpa, producirán igualmente desconfianza, rabia, desesperanza y una profunda ansiedad.

⁷⁵. Thomas, L-V. *La Muerte*. De. Paidós. Studio Barcelona. 1991, pp. 9

Ésta es, pues también, la justificación de una cátedra de tanatología en las facultades de ciencias de la salud y en las de derechos humanos. De nuevo Kübler-Ross resume esta propuesta cuando dice: "Nuestro objetivo no debería ser tener especialistas para pacientes moribundos, sino adiestrar a nuestro personal hospitalario para que sepa enfrentarse con estas dificultades y buscar soluciones"⁷⁶.

Hasta tanto se cumpla ese objetivo ideal, equipos asistenciales interdisciplinarios especializados hacen como en el caso de Colombia, grandes esfuerzos por lograr que los familiares de sus afiliados y los profesionales de la salud respeten la voluntad del paciente y su derecho a morir dignamente. Sin embargo, su cobertura no es la deseada y su alcance no ha llegado a hacerse institucional.

El reconocimiento y la legislación del derecho a morir dignamente, abrirá el paso a la obligación de toda entidad de salud, que trate enfermos terminales a introducir en su recurso humano y técnico los equipos asistenciales mencionados.

De igual manera, se impondría la necesidad de crear los respectivos comités de ética en cada institución que en ningún momento sustituirían la relación fundamental de la triada paciente-médico-familia, el consentimiento informado y la decisión consensuada, pero con su carácter interdisciplinario (médicos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos, abogados, religiosos) podrían hacer valiosos aportes en la orientación y resolución de los agudos dilemas que ofrece el manejo de las enfermedades terminales y desde la perspectiva real de los casos particulares, establecer criterios que permanentemente alimenten,

⁷⁶ Kübler-Ross, E. *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Edi. grijalbo Barcelona. 1993, pp. 38.

renueven, y sitúen en la realidad cualquier legislación específica al respecto.

Además, la creación y promoción de los servicios de cuidados paliativos como instituciones (Hospice) o domiciliarios como manera de asistir al moribundo y propender por la exigencia ética del morir dignamente.

En el contexto hedonista y contemporáneo, la historia humana se ha venido reduciendo a simple temporalidad -la vida como duración- desde la consagración del criterio "la esperanza de vida al nacer" como un indicador de la calidad de vida de un pueblo.

La historia es la humanización del tiempo; es el tiempo selectivamente apropiado por el hombre como verdadera alternativa cronológica que en oportunidad se va autorrealizando y constituyendo el sentido.

El tiempo como simple duración biológica, es medio de vida, es condición necesaria pero no suficiente; no es criterio. El tiempo como duración es indicador finito de los inexorables ciclos biológicos.

El tiempo como problema humano conduce necesariamente al problema de la oportunidad, del cuándo: ¿Tiempo para qué? El tiempo como categoría biológica define la relatividad de los ciclos vitales pues difiere de una generación a otra, de una especie a otra, de un nivel de organización orgánica a otra en términos de plazo inaplazable. Cabe la pregunta sobre el problema de la trascendencia a la temporalidad a la que está llamada la vida humana, al mismo tiempo corta y pletórica de realizaciones y sentido, frente a la categoría de longevidad pero vacía en la irrelevancia.

La muerte es condición intrínseca de todo ser vivo pero sus condiciones de inexorabilidad e inevitabilidad, en actitud anticipadora sólo es asumible por el hombre: las plantas y los animales mueren, el hombre no sólo muere sino que lo sabe.

Pero, ¿qué es saber la muerte? ¿Qué es anticiparse humanamente a ella? ¿Qué significado humano tiene el vivir la muerte o el dar de morir? ¿Qué clase de muerte es la humana, y cual es la que mejor corresponde a su dignidad ontológica y axiológica?

Todos estos interrogantes siguen abiertos al interior de la radical incertidumbre que es la vida humana como pregunta. Esta incertidumbre frente al destino final de la vida humana, es garante y fundamento del acto de morir como el último momento de la libertad y de la dignidad.

BIBLIOGRAFÍA

Abel, F. *El morir cristiano*. Labor hospitalaria No 222 de 1991.

Aminoff MJ, Geernberg D. A, Simón R P Coma. In (eds): *Clinical Neurology, Third edition*, Appleton Lange, 1996.

Angell, M. *Euthanasia in the Netherlands. Good news or bad ?* N. Engl. Med. 1996 vol335 pag 1676-1768.

Araya, B. R. *Pragmatismo Versus Metafísica. Una polémica sobre la muerte cerebral. Servicio médico legal. Comisión de Bioética Chile Simposium sobre muerte cerebral*, Santiago, 1995

Ariés Ph, *El hombre ante la muerte*, Taurus Ediciones, Madrid, 1983.

Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, III, 7, 116a 10-15 traducción de J. Palli Bonet, Ed. Gredos, Madrid. 1985.

Bacon Texto de 1623, traducido por M. Bouillet, Hachette, 1834, Citado por: Malherbe J. F. *Hacia una Ética de la Medicina*. San Pablo, Bogotá, 1993.

Baudouin J.L. Blondeau D. *La ética ante la muerte y el derecho a morir*. Herder, Barcelona, 1995.

Beca J.P. Kottow, M. *Orientaciones para Comités de Ética Hospitalaria. Serie Documentos Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe OPS/OMS*, 1996.

Bejarano, P.F., Fonnegra De Jaramillo, Isa, *Morir con dignidad. Fundamentos del cuidado paliativo*. Fundación Omega. Santafé de Bogotá, Marzo de 1992.

Bernat J.L. Gert BG. *Mosielnicks RP Patient Refusal of Hydration and Nutrition*. Arch. Int. Med, 1993 No. 153 2723-2728.

Bertomeu, M. J. *Postgrado de Bioética, Universidad El Bosque*. Bogotá, 1997.

Colombia. *La Corte Constitucional de Colombia* en su sentencia No. C-239/97 de Mayo 20 1997 declaró la despenalización de la eutanasia por considerar el derecho a morir dignamente como uno de los derechos humanos. (Magistrado Carlos Gaviria)

Colombia. *Normas sobre ética medica*. Ley 23 de 1981 Decreto reglamentario 3380 de 1981.

Cortina, A. *Ética sin Moral*, Ed. Tecnos, segunda edición, Madrid, 1992.

Cortina, A. *Radicalizar la democracia desde un nuevo sujeto moral. La crítica del sujeto, en: Ética Aplicada y Democracia Radical*. Tecnos, Madrid, 1993.

Couceiro V.A. *Comités de Ética y Eutanasia en: Eutanasia Hoy, un debate abierto*. Salvador Urraca Edit. Noesis, Madrid, 1996.

Da Costa, Mahal, *El final de la vida: eutanasia, distanasia, muerte asistida..... en: Bioética, la calidad de vida en el siglo XXI*. Bios y Ethos No. 1 Escuela Col. de Medicina, Bogotá 1995.

Dossey, L. *Tiempo, Espacio y Medicina* Segunda Edición, Kairós, Barcelona, 1992.

Durand, G. *La Bioética. Naturaleza, Principios, Opciones*. Ed. Desclee de Brouwer, S.A. Bilbao, 1992.

Dworkin, R. *Los Derechos en Serio*. Ariel, Barcelona, 1984.

Engelhardt, H. Tristram. *Los Fundamentos de la Bioética*. Ed. Paidós Básica. Barcelona, 1996.

Feifel, H. *The Meaning of Death*, McGrawHill, New York, 1959.

Flórez A. Autotanasia - *Aspectos éticos y sociales*. Universitas Philosophica No. 25- 26 año 13, dic 1995 - junio 1996. Facult. Filosofía Universidad Javeriana Bogotá.

Fonnegra, De J., Isa. *El proceso de Morir y la muerte última Etapa del Desarrollo Humano*. Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente. Santafé de Bogotá. 1989

Gadamer, H. J. *El Estado Oculto de la Salud*. Gedisa. Barcelona, 1996.

García Gual, C. "*Epicuro*". Ed. Alianza, Barcelona, 1981.

Gasull Vilella, M. *Historia y Evolución del movimiento Hospice en Gran Bretaña*. Labor Hospitalaria No. 222, 1991.

Gill, Th. M., Feinstein, A. R., *A Critical Appraisal of the Quality -of- Life measurements*, JAMA, 1994, vol. 8.

Gimbernat E. *Eutanasia, constitución y derecho penal*, en: *Eutanasia Hoy, un debate abierto*, Salvador Urraca, edt. Noesis, Madrid, 1996.

Gracia D. *Historia de la eutanasia en: Eutanasia Hoy, un debate abierto*. Salvador Urraca, Edit. Noesis, Madrid, 1995.

Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema, Madrid, 1991.

Gracia, D. Prólogo a: *El cuerpo humano en la obra de Lain Entralgo*. Cuerpo y Alma, Espasa Calpe, Madrid, 1991.

Gracia, D. *Ética de la calidad de vida*. Cuadernos del programa regional de bioética No.2. OPS / OMS Santiago 1996.

Gracia, D. *Eutanasia: estado de la cuestión*, en: *Eutanasia Hoy, un debate abierto*. Salvador Urraca, Edt. Noesis, Madrid, 1996.

Gracia, D. *Introducción a la Bioética*. Ed. El Buho, Bogotá, 1991.

Gracia, D. *Primum non Nocere. El principio de No - maleficencia como fundamento de la ética médica*, Instituto de España, Real Academia de Medicina, Madrid, 1990.

Guidelines for the determination of death. Report of the medical consultants on the diagnosis of

death to the President's Commisison for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Jama, 246, 1981.

Heidegger, M. *El ser y el Tiempo*. "El posible ser total del ser-ahí" y "El Ser relativamente a la muerte". Quinta reimpresión, F.C.E. México, 1988.

Heller A. y Feher M. Biopolítica. *La Modernidad y la liberación del cuerpo*. Península, Barcelona, 1995.

Humphry, D. Wickett, A. *El Derecho a Morir. Comprender la eutanasia*. Tusquests Barcelona, 1989.

Kübler- Ross, E. *Sobre la Muerte y los Moribundos*, Grijalbo, Barcelona 1975.

Kübler-Ross E. *To Live Until We say Good-Bye*- Prentice-Hall, Inc, Englewood Cliffs N.J. 1979.

Kant, I. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Ed. Porrúa, S.A., México, 1996.

Kind, P. Rosser R M. Williams A. *A revaluation of Quality of Life: some psicometric evidence, en Jones Lee MW edit. The Value Life and Safely*. N. Holland pub 1982, 159-170, citado por Gracia, D. Eutanasia hoy, un debate abierto.

Kothari, M., Mehta L. *Violence in Modern Medicine, en Science, Hegemony and Violence. A requiem for Modernity* Ed. By A. Nandy The united nations University Tokio. 1988.

Lain Entralgo, P. *Cuerpo y Alma*. Espasa Calpe, Madrid, 1991.

Lain Entralgo, P. *Alma, Cuerpo, Persona, Galaxia Gutemberg*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1995.

Lain P. *El Cuerpo Humano Teoría actual*. Espasa Calpe, Madrid, 1989.

Levy DE et al. *Predicting outcome from Hypoxic - Ischemic coma*. JAMA, 1985, 253: 1420-1426.

Maldonado, C. E. *Fundamentos para la comprensión del problema de la calidad de vida. Mundo, posibilidad y apertura. En: Bioética La Calidad de Vida en el siglo XXI Colección Vida y Ethos No. 1* Escuela Colombiana de Medicina Bogotá, 1995.

Maldonado, C. E. *Hacia una Fundamentación Filosófica de los Derechos Humanos*. ESAP, Bogotá, 1994.

Malherbe J. P. *Hacia una ética de la medicina*, San Pablo, Bogotá, 1993.

Nino. C. S. *Ética y Derechos Humanos*. Ed. Paidós Básica. Buenos Aires, 1989.

N. Cousins, *Anatomy of an Illness*, W.W. Norton N. York, 1973.

Núñez M. P. *Una Alternativa en la asistencia al enfermo Terminal: El Sistema Hospice en Estados Unidos*. Labor Hospitalaria No. 222, 1991.

Platón, Fedón, 61e-62c, en *Diálogos*, tomo III, traducción de García Gual C., Ed. Gredos, Madrid, 1986.

Puerta J.L, Mauri Más A. *La Pendiente resbaladiza en las decisiones médicas concernientes a la eutanasia*, en: *Eutanasia Hoy un debate abierto*, Salvador Urraca Edit. Noesis, Madrid, 1995.

Rakel, R.E. *Principles Of Family Medicine*. W. B. Saunders Co. Philadelphia, London, Toronto, 1977.

Reig-F. Abilio, *Tanatología Comportamental, cuidados de calidad y Eutanasia*, en: *Eutanasia Hoy, un debate abierto*. Salvador Urraca, edit. Noesis, 1996. Madrid.

Reis, C. E. *Brain Death Criteria. MED students - Neurology*. MEDstudents Home- page <http://www.medstudents.com.br/neuro/5.htm>.

Report of Council on Scientific affairs and Council on Ethical and judicial Affairs of The AMA. Persistent Vegetative State and the Decision to Withdrawor Withold Life Support. JAMA, 1990; 263: 426-430.

Sánchez, F. *Reflexiones en torno del Derecho a Morir Dignamente, La Eutanasia*. Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, Santafé de Bogotá, 1989

Sartre, J.P. *El Ser y la Nada Ensayo de Ontología fenomenológica*. Alianza Universidad-Losada, Madrid 1989.

Simón Lorda P. Couceiro A. *Decisiones éticas conflictivas en torno al final de la vida: una introducción general y un marco de análisis*, en: *Eutanasia Hoy, un debate abierto*, Salvador Urraca Ed. Noesis, Madrid, 1995.

Simón Lorda P. Couceiro A. *La eutanasia en Holanda y el suicidio asistido en EEUU*, en: *La eutanasia hoy, un debate abierto*. Salvador Urraca, Edit. Noesis, Madrid, 1996.

Simón Lorda P., Barrio Cantalejo I.M. *Un Marco histórico para una disciplina: la bioética*. Medicina Clínica, vol. 105, No. 15, 1995.

Solarte, R. *Los Derechos del Ciudadano en Hegel*. Universitas Philosophica. No. 25-26 Dic. 1995 a Junio de 1996, U. Javeriana, Bogotá.

Sontang, S. *La Enfermedad y sus metáforas*, Muchnik Editores, Barcelona, 1984.

Tealdi, J. C. *Los comités Hospitalarios de Etica*. Seis años después. Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS No. 1 Sep. 1995.

Thomas, L-V. *Antropología de la muerte*, F. C. E., México. 1983.

Thomas, L-V. *La Muerte*. Ed. Paidós Studio, Barcelona. 1991.

Tolstoi, L. *La muerte de Ivan Ilich* Salvat, Madrid, 1969.

Warner, S. Williams I. *The Meaning in life scale: Determining the reliability and validity of measure*. J. Cron. Dis. Vol. 40, No. 6, 503-512, 1987.

Wilson- Ross J. Bayley, C. Michel V. Pug D. *Manual para Comités de Etica de Hospitales*. A.H.A. A. H.P. Ed. Guadalupe, Bogotá, 1994.

Wynngaarden J. B, Smith L H, Bennet JC (eds) Brain death. In (eds): *Cecil Textbook of medicine, 20 th edition*. W. B. Saunders Company, 1996.

Zugaldía J.M. *Perspectivas constitucionales y político-criminales sobre la legalización de la eutanasia, en: eutanasia hoy, un debate abierto*, Salvador Urraca, Ed. Noesis, Madrid, 1996.