

# ¿Vida digna o muerte digna? Concepciones actuales

*Dignified life or dignified death? Current concepts*  
*Vida digna ou morte dignificada? Conceitos atuais*

Ludwig Schmidt H.\*

**RESUMEN:** El presente artículo versa sobre las concepciones de vida digna y la recién acuñada de muerte digna, para avalar la posibilidad de hacer morir a una persona por criterios personales. La concepción de morir es el momento final de la vida física que un ser humano ha tenido dignamente. Lo que se busca es que no sea una mera decisión de suspender medios de sustento que se consideren desproporcionados, o rechazar un tratamiento, o darle una sedación final, sino la posibilidad que se converse con sus próximos o, de ofrecerle la posibilidad de que sus familiares y amigos, tengan posibilidad de hacerlo y despedirse tras una vida digna. La tecnología ha ofrecido nuevas categorías de muerte y los especialistas de medicina interna y expertos en tanatología están en proceso de definirlos.

**PALABRAS-CLAVE:** Vida. Muerte. Derecho a Morir.

**ABSTRACT:** This article focuses on the conceptions of worthy life and the new expression “dignified death”, to endorse the possibility of allowing a person to die according to her personal criteria. The conception of death is the final moment of physical life a human being has with dignity. What is sought is not a mere decision to suspend support means deemed disproportionate, or refuse treatment, or give sedation until the end, but the possibility of sick people to converse with relatives, to offer the possibility that their family and friends do so and say good bye to life with dignity. Technology has provided new categories of death and internal medicine specialists and experts in thanatology are making efforts to define them.

**KEYWORDS:** Life. Death. Right to Die.

**RESUMO:** Este artigo concentra-se nos conceitos da vida digna e na nova expressão “morte dignificada”, para endossar a possibilidade de permitir a uma pessoa morrer segundo seus critérios pessoais. O conceito da morte é o momento final da vida física que um ser humano tem com dignidade. O que se busca não é uma mera decisão de suspender meios de suporte considerados desproporcionais, ou recusar o tratamento ou dar sedação até o fim, mas a possibilidade de pessoas doentes conversarem com seus parentes, oferecer a possibilidade de que sua família e amigos façam isso e digam adeus à vida com dignidade. A tecnologia forneceu novas categorias de morte, e especialistas em medicina interna e peritos em tanatologia estão fazendo esforços para defini-los.

**PALAVRAS-CHAVE:** Vida. Morte. Direito a Morrer.

*“Cuando perdemos de vista el conjunto de la vida,  
la muerte representa un vacío, pero no es más que un  
factor. Si miramos al microscopio un trozo de paño,  
también veremos que se parece a una red de amplias  
mallas, y temblaremos de frío al advertir aquellos gran-  
des agujeros.*

*Lo cierto es que la muerte no es la verdad última.*

*Nos parece negra del mismo modo que el cielo nos  
parece azul; pero la muerte no ennegrece la existencia,  
del mismo modo que el azul celeste no macula las alas  
de las aves”.*

*Rabindranath Tagore. Sadhana. Madrid: Aguado; 1957.  
p. 89.*

## INTRODUCCIÓN

La dignidad del ser humano en sus momentos límite: el comienzo y el final de su vida, son siempre tópicos incómodos y generalmente considerados como temas tabúes, polémicos y manipulables. Por eso, el presente trabajo en este conversatorio de expertos, se consideró importante reflexionar sobre: ¿*vida digna o muerte digna*? Dado que hasta uno puede cuestionarse, ¿en realidad éstos son dos cosas diferentes? ¿Puede ser digna la vida y la muerte no, o viceversa? ¿Por qué se adjetivan estos sustantivos en estos tiempos y en el pasado no lo hacían? Obviamente, en primera instancia,

\* Diácono de la Iglesia Católica. Licenciatura en Educación (UCAB). Doctor en Ingeniería (UTC) y en Ciencias de la Vida (ULIA). Magister en Teología (UCAB) y Magister Oficial Europeo en Bioética (URLI-IBB). Profesor Titular de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Caracas, Venezuela. Especialista en Ingeniería Biomédica y Hospitalaria (UTC), Salud pública (ENSP) y Teología (UCAB). E-mail: lschmidt01@gmail.com  
O autor declara não haver conflitos de interesse.

todas estas interrogantes no pudieran ser abarcadas y comprendidas en su plenitud. Pero tampoco, debieran ser asumidos dictámenes “light” o “individualistas”, aún en respeto a la pluralidad de opiniones, creencias o posturas asumidas. Lo expresado anteriormente, enfatiza la necesidad de que el abordaje de estas cuestiones requiere una reflexión más amplia y de un perseverante diálogo plural y respetuoso entre las personas, para llegar a un entendimiento y comprensión. De dicha deliberación ética, se debería ubicar a la persona como un *ser-trascendente*<sup>1</sup>, que busca rencontrar sus raíces humanas y la vida misma desde un *paradigma antropológico*<sup>2</sup>, que respeta el contexto de *pluralidad* en el que se vive, sin caer ante el *relativismo moral* de la *postmodernidad*<sup>3</sup>, para construir una humanidad que *viva en paz y armonía*, donde la *justicia* sea la gran defensora de *los más vulnerables* y *protectora* de las generaciones futuras<sup>4,5</sup>.

## LA VIDA

No existe una definición precisa de qué es “la vida”. En su lugar, se dispone de un conjunto de observaciones parciales que van desde los planteamientos disciplinares, las diversas ideologías e interpretaciones de varios pensadores y lo que el vulgo interpreta en su cotidianidad. La vida es un concepto transdisciplinar, complejo, multicultural y por ende, polisémico. En otras palabras, es una noción que tiene diversas acepciones y que de una u otra forma se refiere a un espacio de posibilidades dentro de un contexto en el que el ser-vivo existe, en el que se interacciona, se interrelaciona y se comunica con otros de su misma especie y demás circundantes. Generalmente, se circunscribe su concepto al ser humano, pero es una concepción más amplia, la vida en general, la vida orgánica. La vida, en general, comprende a las diversas vidas que participan en un contexto (seres humanos, otros seres vivos y el eco-ambiente). Por tanto, si la vida se vive individualmente, ésta depende de otras para su subsistencia.

Partiendo que la vida, en especial, la vida humana es un proceso que se inicia con la fecundación y la primera meiosis celular, con los aportes genéticos de sus progenitores que conforman la de la progeñie y culmina con la muerte física o biológica del ser. Luego, la vida será ese conjunto de sucesos que se irán desarrollando desde lo biológico, lo psicológico y lo eco social del ser, en un espacio de posibilidades que dará como resultado la existencia de sí-mismo.

Lo que resulta indudable es que desde el momento de la concepción hay vida y vida humana. Ya desde la primera célula que contiene toda la información de lo que será el individuo, entonces podría decirse que ahí está ya la *personidad*<sup>6,7</sup>, con la conformación de la identidad *genética del ser y proceso biogénico*<sup>8</sup>, fruto del amor (*a-moris*). De allí, dependerá su *autopoiesis*, su desarrollo gradual de la concepción a la anidación y posterior alumbramiento. Tal vez en este momento, se puede identificar más tangiblemente, como se independiza gradualmente y comienza el desarrollo de su *personalidad* en paralelo con el de la *personidad*. Sin embargo, hay evidencias en que ésta se inicia antes, p.ej.: la de un niño de 21 semanas (Samuel Alexander Armas), que después de una exitosa operación practicada a su espina bífida dentro del vientre de su madre, sacó su mano y tomó la mano del médico, foto publicada en el *New York Times*, en agosto de 1999.

Así, el ser humano, el ser más indefenso e incapaz, desarrolla su estructura neurológica, dando énfasis al aprendizaje afectivo, para así, ser capaz de relacionarse, participar y convivir en su mundo (con sus congéneres, los demás seres vivos y el contexto eco ambiental que le circunscribe). Se constituye en una persona, un ser único e irrepetible, con apertura y relación con los demás. Pero, poco a poco, inicia su aprendizaje cognitivo que le dará las cualidades que lo constituirán en un ser capaz de pensar y comprender racionalmente su entorno y buscar la verdad, a través de su comunicabilidad, gracias a su inteligencia y su libertad, que le posibilitan el conocimiento y el amor (*Ens capax amo-*

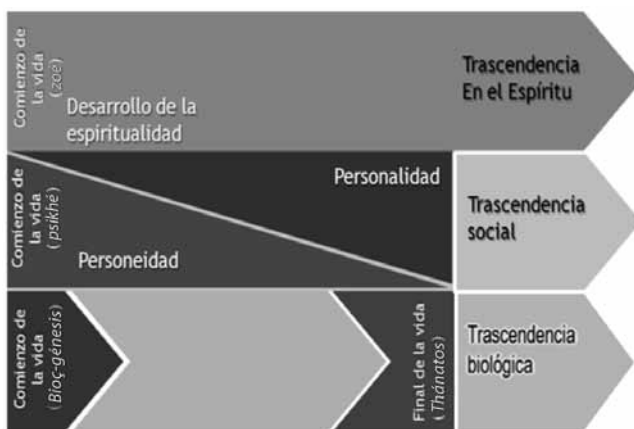
a. Ignacio Núñez de Castro, en su artículo *La Biofilosofía de Teilhard de Chardin*, escribe: “De Teilhard de Chardin, cincuenta años después de su muerte, nos quedan sus grandes intuiciones. El día 7 de Abril de 1955, tres días antes de muerte, sobre la mesa de su despacho dejó una cuartilla autógrafa, la última página de su diario. En ella se encuentra escrita una poliecuación que tiene la fuerza de un testamento y figura encabezada con estas palabras: ‘Lo que yo creó’ Cosmos = Cosmogénesis = Biogénesis = Antropogénesis = Cristogénesis” (p. 3)<sup>9</sup>.

ris) como plantearía Soren Kierkegaard<sup>10</sup>. En palabras de Zubiri<sup>11</sup>:

Ser persona, evidentemente, no es simplemente ser una realidad inteligente y libre. Tampoco consiste en ser sujeto de sus actos. La persona puede ser sujeto pero es porque es persona, y no al revés. También suele decirse que la razón formal de la persona es la subsistencia. Pero yo no lo creo: la persona es subsistente ciertamente, pero lo es porque es suya. La suidad es la raíz y el carácter formal de la personidad. La personidad es inexorablemente el carácter de una realidad subsistente en la medida en que esta realidad es suya. Y si su estructura como realidad es subjetual, entonces la persona será sujeta y podrá tener caracteres de voluntad y libertad. Es el caso del hombre (p. 49).

## EL SER HUMANO Y SU TRASCENDENCIA

Figura 1. La vida vista en forma holística



El ser humano visto como un modelo holístico, permite la integración del ser biológico, el ser psicológico y el ser eco social<sup>12</sup> en un ser humano digno, quién visto desde las tres concepciones clásicas en griego (*bios*, *psikhé* y *zoé*) desarrollan su trascendencia (Figura 1).

En las primeras aproximaciones biológicas se muestra la dificultad de una definición de este término, ya que involucra las nociones de organismo

y de lo inerte, en cuya enunciación presupone, circularmente, la vida. Así mismo, se aproxima según las propiedades y características comunes a todos los seres “vivos”, tales como el nacimiento, el metabolismo (crecimiento, nutrición y asimilación de la energía externa), la reproducción, la evolución y la capacidad de adaptación al medio, lo homeostasis, la sensibilidad y, en algunos casos, la autonomía motriz. Algunos biólogos contemporáneos han definido la vida como teleonomía “la propiedad de los objetos dotados de un proyecto que a la vez lo representan en sus estructuras y cumplen con sus funciones”<sup>13</sup>. Así, la vida se ha caracterizado por su teleonomía, su capacidad para una morfogénesis autónoma y su invariancia reproductiva<sup>14</sup>. Pero cada una de estas características, por separado, no son suficientes para caracterizar a los seres vivos.

El ser biológico para algunos, representa, en parte, una limitación o imperfección de la vida del ser, que requiere de sus otras dimensiones para alcanzar su perfectibilidad. La vida no puede definirse por sus características o momentos-clave, no es algo de una cosa o de un conjunto, es un todo. Por tanto, no es sólo un *hábito divino*, un movimiento, un momento o un lugar, una estructura orgánica o inorgánica, una fuerza o una energía de por sí. Representa, lo que cada una de esas acciones es *per se* al ser (*perseidad*) o la personidad que define Xavier Zubiri<sup>15</sup>, en el ser humano.

El desarrollo preferencial del sistema nervioso conlleva al desarrollo del ser psicológico. Así el pensamiento corresponderá en el ser humano, fundamento de la actividad propia del entendimiento, que puede considerarse activa, en oposición a la sensación, que puede considerarse pasiva. En Aristóteles, pensar es la actividad del *nous*, o entendimiento, parte superior del alma, que aprehende lo inteligible en lo sensible (*De Anima*, 4,429a). Por su parte, René Descartes expresó *cogito ergo sum* (pienso, luego existo), así identifica el pensamiento con “sustancia pensante”, así como identifica la materia con la “sustancia extensa”; el pensamiento es el atributo o propiedad principal de la primera, y la extensión lo es de la segunda. Immanuel Kant, por su parte, distingue entre “pensar” y “conocer”: conocemos si aplicamos conceptos a datos sensibles, mientras que pensamos

cuando los conceptos no corresponden a nada sensible; conocer es actividad del entendimiento y pensar lo es de la razón; el límite del conocimiento es la experiencia, el de la razón sólo el principio de no contradicción; y sobre la actividad intelectual en general observa que “los pensamientos sin contenido son vacíos; las intuiciones sin conceptos son ciegas”<sup>16</sup> (II, p. B75).

Sin embargo, a las dimensiones biológicas y filosóficas, se incluye la teológica, la que basada desde lo natural, lo innato, lo espiritual, el ser desarrolla su espiritualidad de vida con su ser ecosocial, sea creyente o no de una fe<sup>b</sup>. Una fe humana y divina que atrae o impulsa al ser a actuar y se gesta en su cotidianidad, en la vida social con miras a construir una sociedad basada en el amor, como apertura y exteriorización del *yo-en-el-otro*, porque ha reconocido una esperanza como camino de crecimiento y desarrollo humano. Su fundamento en los trascendentales antropológicos de valoración de la vida, la intimidad, la inteligencia, la conciencia y la libertad, que parten de la comprensión de su *co-ser*, de su apertura interior y de hacerse-dentro, para exteriorizar su yo al otro, y trascender en la cotidianidad y en las obras que deja como legado en la historia de la humanidad.

Así, se desarrolla desde el enfoque teológico (y teofísico), la necesidad de alcanzar una vida eterna en la plenitud de su ser con el Trascendente, sea cual sea, su creencias y según el desarrollo de una espiritualidad, donde sus trascendentales antropológicos, se alineen o converjan en doctrinas comúnmente aceptadas.

Según se aprecia, múltiples han sido los intentos por dilucidar lo qué es la vida a lo largo de los siglos y en las diversas culturas. En la actualidad, se ha pretendido reducir su complejidad, al simplificar los criterios globales a posturas tan minimista e individuales, que le ha causado más reducción o erosión conceptual, algunos en

forma irreparable y otros todavía con posibilidad de ser recuperables. Un ejemplo sería el relativo a comprensión de la existencia de un ser humano digno de un ser con fundamentos ontológicos y axiológicos, con derechos y una historia, desde su fase embrionaria (estatuto embrionario), independientemente de su género, etnia, religión o clase social. Teniendo en cuenta que no puede ser discriminado o excluido ningún ser humano y menos los más vulnerables y desprotegidos de la sociedad (sea enfermo mental, discapacitado, anciano o moribundo).

## LA MUERTE: UN ACTO HUMANO

La finitud del ser o de la vida personal, ha sido expresada como una situación límite desde el punto de vista biológico, la muerte física<sup>c</sup> o como decía San Agustín: “la separación del alma y del cuerpo” (*De Civitate Dei*, XIII, 6). Posiblemente, éste sea el acontecimiento más dramático y decisivo de la vida del ser humano.

Marciano Vidal dice: “La realidad de la muerte sitúa al ser humano ante el profundo misterio de su vida” (p. 461)<sup>17</sup>. No es un contrasentido que al hablar sobre la “muerte” se hable también sobre la “vida” y por lo tanto, no debe considerarse como un tema tabú o de mala suerte, ya que es lo más seguro que tiene el ser vivo al nacer. Por ello, la interpretación de la muerte, supone y conlleva una interpretación de la vida. Así mismo, el estudio del fenómeno de la muerte no se restringe al mero estudio biológico o técnico, y deberá enfocarse, desde diversas perspectivas del entramado disciplinar<sup>d</sup> anteriormente mencionado. Donde si bien, la vida biológica es finita, la vida psicológica y la teológica, nos llevan hacia la trascendencia, desde el punto de vista humano y divino (si se es creyente).

Fruto de esas dos últimas dimensiones de la concepción de la vida, surgen algunas cuestiones: ¿Qué

b. Fe (del latín *fides*, fe, confianza; en griego *pístis*). En general, creencia en la verdad de determinados enunciados, sin pruebas suficientes que la conviertan en una creencia racional o en saber. Se cree por motivos de confianza o sumisión a alguien a quien se concede autoridad, por sentimiento, por alguna clase de intuición, esto es, por razones que no alcanzan el nivel de conocimiento intersubjetivo. Normalmente, el término se aplica al contexto religioso y sobrenatural cristiano, donde fe supone adhesión de la persona a la revelación divina. También se habla de una fe humana, la que se basa en el derecho natural y en la capacidad de autosuperación permanente. Y Karl Jaspers habla de la “fe filosófica”, expresión con la que, aparte del misticismo propio de su existencialismo creyente, parece indicar la confianza que el filósofo, igual que todo hombre de ciencia, ha de depositar inicialmente en la razón y en la posibilidad del conocimiento.

c. Con el término “muerte” (lat. *mors*, gr. *thánatos*, hebr. *máveth*) se entiende, según el empleo bíblico, el “detenerse de la vida”, de modo que “muerte” representa el contrario de “vida” (lat. *vita*, gr. *zoé*, hebr. *hayyim*). Con respecto a la manifestación de la corrupción física de los agonizantes o lo ya difuntos, se habla a veces de “disolución” (Fil 1,23; 2 Tim 4,6), a veces de “final” (Mt 10,22), a veces de “salida” (Heb 13,7), a veces de “regreso al polvo” (Gen 3,19).

d. Por ejemplo: desde el derecho la muerte es la cesación de la personalidad jurídica individual. Por ello, es importante precisar el momento de la muerte o fin de la personalidad jurídica del ser, para poder determinar todos los posibles derechos y deberes jurídicos que sea titular dicha persona para ese momento. Ya que si bien algunos de éstos se extinguen, otros no finalizan con la muerte de la persona (compromisos mercantiles) y se suceden a su descendencia o familiares o a quien los herede (los bienes patrimoniales).

hay más allá? ¿Cómo se vincula el más allá con el presente? ¿Se puede vivir la experiencia de la muerte para narrarla? La muerte es el único fenómeno cuya descripción no puede *hacerla-suya* el sujeto que la experimenta, pues en ese momento ya es cadáver (p. 70)<sup>18</sup>. Al igual que tampoco son válidos científicamente, los testimonios de los testigos que presencian la muerte de otro, pues eso no sería fenomenología<sup>e</sup>; además, el testigo tendría que morir antológicamente la muerte del otro, lo que es imposible. De igual manera, tampoco se consideran aquellas experiencias de quienes dicen haber resucitado y vuelto a la vida, como en los casos enunciados en las obras puestas de moda después de que Raymond Moody publicase su libro, *Vida después de la vida*, en 1976.

Uno puede cuestionarse: ¿puede existir la vida sin la muerte? ¿Qué produce en la persona ese binomio existencial? ¿Cómo influye en la psique del hombre el diálogo sobre la muerte? La reflexión de la muerte ha tenido múltiples vertientes e interpretaciones a lo largo de la historia. Por ejemplo en la psicología a través de la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud, desarrollan el tema en la dialéctica entre el instinto de vida (*Eros*) y el instinto de muerte (*Thánatos*)<sup>19</sup> que se manifiesta por el carácter repetitivo de los instintos es un elemento básico de la estructura de la psique humana, y el conflicto entre estos dos principios es un elemento constitutivo de la civilización.

¿Cómo se llega a la muerte? ¿En qué momento, cómo y en qué orden se va degradando y descomponiendo el cuerpo? ¿Cómo determinar el momento exacto de la muerte? En Medicina, Elie Metchnikoff, en 1901, acuñó el nombre de “tanatología” al estudio de

la ciencia de la muerte, lo cual permitió mayor comprensión en la determinación de muerte en Medicina<sup>f</sup>, el desarrollo de la Medicina Legal o Forense y las Ciencias Criminalísticas. Por lo que uno se cuestiona: ¿Puede mantenerse la vida de un paciente en condiciones críticas y terminales en forma artificial? ¿Será adecuado darle una segunda oportunidad a una persona cuyo corazón ya se le detuvo una vez? ¿Podrá la tecnología vencer a la muerte? El desarrollo de la Medicina introduce técnicas que permiten suplir funciones consideradas, hasta entonces vitales (técnica de resucitación, circulación extracorpórea, respiradores, etc.). Así mismo, el desarrollo de estas técnicas genera nuevos ámbitos, que conformarán las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). En estos nuevos ámbitos comienzan a reportarse pacientes con lesiones primarias encefálicas, que son mantenidos p.ej.: durante un tiempo variable con Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) o el uso de inotrópicos<sup>g</sup>. Éstas nuevas potencialidades biomédicas motivaron el debate en la comunidad médica, p.ej.: la Universidad de Harvard designa un Comité a mediados de los 60, posteriormente el equipo de la Universidad de Minnesota redacta otros criterios, hasta que se estandarizan en el Consejo de Organizaciones Internacionales Médicas (CIOMS) en Ginebra, 1968<sup>h</sup>. Así mismo, surgen otras interrogantes bioéticas: ¿Pueden extraerse células, tejidos y órganos de un cadáver? ¿Se puede fecundar a otros seres ya habiendo fallecido? Las técnicas de reproducción humana ha traído a colación otro problema, la fecundación *postmortem*<sup>i</sup>, y éste es un problema que ya está en puertas. La fecundación in-vitro y la crio-conservación permiten tener una gestación de un

e. Descripción del fenómeno como aparece en la conciencia del moribundo.

f. El concepto Tanatología, procede del griego *Thánatos*, muerte. En el imaginario griego *Thánatos* junto a su hermano Hypnos son los portadores del muerto, cumpliendo la función del dulcificar el viaje, junto a Hermes y Caronte y logía, ciencia. Ciencia encargada del estudio de la muerte. El ruso Metchnikoff fue honrado con el premio Nóbel de medicina en 1908. En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico-legal.

g. A tal respecto constan los informes de Mollaret y Goullon, y el grupo neuroquirúrgico de Lyon, donde describen estas circunstancias como “muerte del sistema nervioso central” (año 1959).

h. Es importante remarcar estos hitos, aún cuando existen precedentes aislados (Cushing mantuvo un paciente con tales características por 24 hs. en 1900), dado que a partir de entonces la discusión de los criterios de muerte se restringe a especialidades más acotadas de la medicina, especialmente la Neurología y adicionalmente el Intensivismo (y aún la anestesiología). A partir de entonces surgen múltiples grupos de trabajo que proponen criterios, y se procede lo que podíamos llamar una explosión terminológica, las distintas corrientes de la neurología comienzan a hablar de “muerte cerebral”, “muerte encefálica”, “muerte troncal”, “muerte neocortical” y, por supuesto muerte clásica, con la intención (presunta) de diferenciar sus criterios integrados en un protocolo que invalide a todos los precedentes o simultáneos.

i. La ley española acepta la inseminación artificial (IA) *post-mortem*, si bien deberá realizarse en los 6 meses siguientes al fallecimiento del marido o compañero, siempre que éste lo haya consentido previamente en escritura pública o testamento (para reconocer la filiación legal al niño que nazca). La legislación alemana prohíbe la IA *post-mortem* de forma expresa y la sueca de forma implícita, ya que el art. 2 de la ley sobre la IA de 1984 dice: “La IA sólo puede realizarse con la condición de que la mujer esté casada o cohabite con un hombre en circunstancias similares al matrimonio. Debe obtenerse el consentimiento escrito del marido o compañero”. La ley francesa es similar a la ley sueca en este punto. Además, en el informe previo a la ley sueca, elaborado por el correspondiente Comité gubernamental, se rechaza la IA *post-mortem* de forma expresa, basándose en la necesidad del niño concebido por IA de tener acceso a ambos progenitores (y en el caso de la IAD a conocer la identidad de su padre biológico). El resto de los países no se pronuncian sobre este punto en las leyes.

criatura luego de que el donante haya muerto, y se hace referencia tanto al donante de semen como al donante de óvulos e incluso embriones congelados previamente. Varios casos desde los 80 se han venido sucediendo y que lejos de un mero proceso biológico, hay que considerar los sociales, psicológicos, jurídicos y éticos. ¿Es lícito extraer de un cadáver su líquido seminal o sus óvulos? ¿Se puede legalizar una fecundación heteróloga?, y si se los utiliza, ¿cómo se establecería la filiación? Sería discutible si el que lo donó antes de morir, lo realizó en forma totalmente voluntaria, habría el consentimiento si puede ser demostrado con medios probatorios y sean reconocidos.

### **LA VIDA DIGNA EN SU MOMENTO TERMINAL: DESDE UNA MUERTE NATURAL A LA MUERTE INDUCIDA<sup>20</sup>**

La expresión ‘derecho a morir’ apareció por primera vez en la *Declaración de los derechos del enfermo*, redactada en 1973 por la Asociación de los Hospitales Americanos. Este derecho puede entenderse incorrectamente como un derecho a la eutanasia, en parte, por el significado ambiguo que confunde a la sociedad y genera posturas confusas. La muerte digna corresponde a lo que se denomina *ortotanasia* (muerte correcta) y que pudiera incluir un rechazo a ciertos tratamientos que intenten prolongar innecesariamente la muerte y morir junto con sus seres queridos. En este sentido se deberá procurar que ante enfermedades incurables y terminales se actúe con tratamientos paliativos para evitar sufrimientos, recurriendo a medidas razonables hasta que la muerte llegue. Esta medida no tiene objeciones éticas por la mayoría de las religiones del mundo, por su condición de estar basada en un derecho natural y la tradición moral y cultural de siglos de historia.

La ortotanasia se diferencia de la *eutanasia* (muerte buena), en la cual se exagera el valor del “derecho a morir”, programando el momento de su muerte; y de la *distanasia* (muerte distanciada)<sup>j</sup> si se exagera el valor

“aprecio exagerado por la vida” y se prolonga la vida por medios artificiales. Así, la “muerte digna” representa un conflicto semántico, por ser un arreglo falaz de un hecho relativo a la vida ante los valores que entran en juego.

Obviamente, ¿quién no desea una muerte digna? Aún, sin saber qué significa, suena bien. Pero, ¿cómo es una muerte digna? ¿Será porque muero sin dolores, en cama, con mis familiares, el sacerdote, el abogado y el contador? Difícil planteamiento. Pero antes que nada, me surge otro cuestionamiento: ¿Hay una muerte que pueda ser adjetivada como “digna”? ¿Qué es la dignidad, para darle una calificación como tal? Como dice Leocir Pessini<sup>21</sup>:

Esta realidad suscita complejos interrogantes éticos, tales como: ¿Estamos ampliando la vida o simplemente evitando la muerte? La vida humana, independientemente de su cualidad, ¿debe ser siempre preservada? ¿Es deber del médico mantener indefinidamente la vida de una persona cuyo encéfalo ha sido irreversiblemente lesionado? ¿Hasta qué punto es lícito sedar a la persona utilizando medicación que alivia el dolor e, indirectamente, abrevia la vida de la persona? ¿Se debe utilizar todo el arsenal terapéutico disponible para prolongar la vida del enfermo terminal o se podría interrumpir el tratamiento? ¿Hay que mantener a los pacientes en estado vegetativo persistente? ¿Se debe utilizar un tratamiento activo en neonatos con “serias deficiencias congénitas incompatibles con la vida”? ¿Es posible mantener la vida en estas circunstancias? ¿Deben ser mantenidas esas vidas? Y si no, ¿por qué? Estos son algunos de los dilemas que es necesario enfrentar y que han llamado la atención no sólo de los que actúan en el área de la salud como profesionales expertos, sino del público en general (p. 47).

Pessini a continuación recuerda que estos son algunos de los dilemas que es necesario enfrentar y que han llamado la atención no sólo de los que actúan en el

j. Actualmente se entiende por eutanasia (acepción introducida en el vocabulario científico por Francis Bacon en 1623) y corresponde a aquella acción – eutanasia activa –, u omisión – eutanasia pasiva –, encaminada a dar la muerte, de una manera indolora, a los enfermos incurables. Son características esenciales de la eutanasia ser provocada por personal sanitario y la existencia de una intencionalidad supuestamente compasiva o liberadora. Por otro lado, se llama “ortotanasia” a la muerte a su tiempo, sin acortar la vida y sin alargarla innecesariamente mediante medios extraordinarios o desproporcionados. A este alargamiento de la vida mediante medios desproporcionados se le conoce con el nombre de “ensañamiento terapéutico” o “distanasia”.

área de la salud como profesionales expertos, sino del público en general.

Este problema gana más espacio en la agenda de los medios de todo el mundo y de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ésta publica todos los años un resumen acerca de la salud en el mundo; el del año 1997, titulado “Vencer el sufrimiento enriqueciendo la humanidad”, indica algunas prioridades de acción para mejorar la habilidad humana de prevenir, tratar, rehabilitar y, en lo posible, curar las molestias, reduciendo así el enorme sufrimiento y las deficiencias que producen. Entre las prioridades citadas se destacan: “*El alivio del dolor, la reducción del sufrimiento y los cuidados paliativos para quienes no tienen perspectiva de cura*”. En su conclusión el resumen señala que, inevitablemente, cada vida humana llega a su final. Es necesario garantizar que transcurra de una forma digna y lo menos dolorosa posible, porque su cuidado merece tanta prioridad como todas las otras etapas, no solamente por parte de los profesionales médicos o de los servicios sociales, sino de toda la sociedad (p. 47)<sup>21</sup>.

Independientemente de que la persona sea creyente o no, y respetando su voluntad, los cuidados paliativos son una práctica antiquísima de acompañamiento y de cuidado a los moribundos. Tal y como plantea Cristian Viaggio<sup>22</sup>:

Para entender el Cuidado Paliativo, según el Personalismo ontológico y el Magisterio, se necesita una ética del cuidado, basado en el imperativo del amor al prójimo. El centro de toda la asistencia es la persona, el respeto por su dignidad y la inviolabilidad de la vida humana, sin dejar de hacer referencia al fin último trascendente que fundamenta toda la existencia. Se considera imprescindible el diálogo integrador entre la fe, la razón y las ciencias que permita iluminar los Cuidados Paliativos a través de una antropología y filosofía moral que guíe la praxis de los profesionales y voluntarios (p. 42).

En todo este maremágnum de ideas que se proponen, se confunde la “muerte digna” con la eutanasia, otros como una solución cuando el sufrimiento es insostenible, cuando alguien ya no puede seguir haciendo lo que hacía por cualquier enfermedad o lesión. Pero el problema ha llegado a tal punto, que es considerado como una intervención paliativa en la que se aplica la sedación final o en la agonía.

La eutanasia vista como un “homicidio piadoso”, se le suele practicar a personas en estado terminal o moribundas, en un acto que se le calificado como “piadoso” al practicársele a moribundos, pacientes con enfermedades incurables o que consumen altas dosis de analgésicos o drogas inhibitoras del dolor. Extendiéndose su espectro a ancianos abandonados o sin familia, a discapacitados y enfermos mentales de alto costo social, a pacientes que se niegan a vivir en condiciones restrictivas a sus condiciones previas de vida.

Lo cierto es, que en donde se ha despenalizado este tipo de práctica, se lleva a cabo en personas moribundas o agonizantes, con enfermedades incurables en estadio de irreversibilidad, con dolores no fácilmente minimizados<sup>k</sup> por procedimientos farmacológicos y que la persona misma que los padece, con pleno conocimiento de su realidad lo solicita ante el médico, o cuando los familiares o amigos cercanos del mismo, en caso de pérdida de conciencia, o permanece generalmente en períodos de inconsciencia, solicitan al médico que se le practique. En otros países, los legisladores son cautelosos a la propensión de estas prácticas, al no haber criterios concretos de diferenciación entre diversas situaciones que acontecen, independientemente del móvil piadoso que se arguye.

Ya no es sólo un problema médico o familiar, sino que hasta se busca juridificar y se llega hasta hablar de un “derecho a morir”. Hasta hay quienes expresan que este es un “derecho de tercera generación”. Con todo respeto, el derecho es de la vida y por supuesto, tanto sus momentos iniciales como terminales deben ser respetados, por la dignidad innata del ser humano, de la persona, del individuo o el ciudadano. Por ello, ante la dignidad que tiene la persona, se le debería garantizar que el final de la vida siga siendo digno.

k. Según el caso, p.ej.: con bloqueadores neuromusculares o medicamentos analgésicos, antidepresivos, opioides, anticonvulsivos, corticoesteroides y bisfosfonatos.

Los legisladores europeos reconocieron un derecho a “morir dignamente”, en el Consejo de Europa, en su recomendación 1418 (Debate de la Asamblea del 25 de junio de 1999, 24ª Sesión) sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos. En ella se dice:

1. La vocación del Consejo de Europa es proteger la dignidad de todos los seres humanos y los derechos que nacen de ella (...);
2. El progreso médico, que hoy hace posible curar enfermedades hasta ahora intratables, el avance de la técnica y el desarrollo de los sistemas de resucitación, que hacen posible prolongar la vida de una persona, retrasan el momento de la muerte. En consecuencia, con frecuencia se ignora la calidad de vida de los enfermos terminales, la soledad a la que se ven sometidos, su sufrimiento, el de sus familiares y el del personal sanitario que los trata (...).

La expresión “derecho a morir dignamente” no ha de entenderse como la formulación de un *derecho* en el sentido preciso del ordenamiento jurídico. Tiene, más bien, una referencia al universo de la ética, es decir, expresa una *exigencia ética*. Por otra parte, la expresión no se refiere directamente al “morir”, sino a la “forma” del morir. La distorsión se produce hoy ante una agonía prolongada, ante el dolor y el sufrimiento, que se ha hecho muy sensible. Por ello, los profesionales de la salud procuran aliviar el sufrimiento de los enfermos en fase terminal, buscan proporcionar el esfuerzo bioterapéutico para evitar el encarnizamiento o la sedación, cuando no se consigue paliar el padecimiento tanto físico como psíquico al final de la vida.

Es importante que las personas se sienten a buscar un consenso de qué es y cómo se puede lograr<sup>l</sup>. Ya que toda persona que no muera en forma súbita o que por un accidente no llegue a ser atendido oportuna, apta y adecuadamente.

La expresión “derecho a morir dignamente” y otras similares no han de entenderse como la formulación de un *derecho* en el sentido preciso del ordenamiento jurídico<sup>m</sup>. Tiene, más bien, una referencia al universo de la ética, es decir, expresa una *exigencia ética*. Por otra parte, la expresión no se refiere directamente al “morir”, sino a la “forma” del morir. Ambigüedad que tienen determinados movimientos a favor de la “muerte digna”. En cuando a los medios y fines: (a) *Por los fines perseguidos* la eutanasia se llama homicidio piadoso si la muerte se busca como medio para privar al enfermo de los dolores, o de una deformación física, o de una ancianidad penosa o, en una palabra, de algo que mueve a “compasión”. Se llama eutanasia eugenésica, económica o social si la muerte se busca como medio para purificar la raza o para liberar a la familia o a la sociedad de la carga de las llamadas “vidas sin valor”; (b) *Por los medios empleados* se divide en eutanasia activa (acción deliberada encaminada a dar la muerte) y eutanasia pasiva; en ésta se causa la muerte omitiendo los medios proporcionados necesarios para sostener la vida, p.ej. la hidratación, con el fin de provocar la muerte.

## LOS DERECHOS DE LOS MORIBUNDOS

Desde la década de los 70, hay una persistente campaña en favor de la muerte causada por acción u omisión de los medios mínimos de subsistencia de pacientes moribundos que por su naturaleza y sus intenciones provoca la interrupción de la vida<sup>n</sup> (del anciano, del incapacitado, del indigente, del enfermo grave o del neonato, con o sin posibilidades de recuperarse).

El derecho del ser humano a morir dignamente supone una serie de exigencias que han de ser realizadas sobre todo por parte de la sociedad. Se cita que el moribundo tiene derecho a<sup>24</sup>: que se le preste atención, a que se le dedique el tiempo necesario y a que se le siga considerando ser humano, respetando

l. Hay muchas iniciativas, cito por ejemplo un artículo de Simón Lorda<sup>23</sup>.

m. La expresión “derecho a morir dignamente” y otras similares no han de entenderse como la formulación de un *derecho* en el sentido preciso del ordenamiento jurídico. Tiene, más bien, una referencia al universo de la ética, es decir, expresa una *exigencia ética*. Por otra parte, la expresión no se refiere directamente al “morir”, sino a la “forma” del morir.

n. Documento: Respetar la dignidad del moribundo – Consideraciones éticas sobre la eutanasia de la Academia Pontificia para la Vida. 9 de diciembre 2000.



su dignidad hasta el último momento. De igual manera, cuando sufre intensamente podrá ejercer el derecho de solicitar la aplicación de analgésicos en dosis suficientes para obtener el alivio requerido. En igual forma pueden negarse a la administración masiva de medicamentos si desean mantenerse alertas; que sea informado de la verdad de su padecimiento por parte del médico tratante, si es que realmente desea conocerla, o en caso contrario, debe de ser comunicado a sus familiares más allegados; de morir en su domicilio, si así lo prefiere; de participar en toda toma de decisión sobre su ser, si se le considera mentalmente competente. Puede rehusar la utilización de ciertos procedimientos diagnósticos. El médico que atiende enfermos terminales no está obligado al empleo de medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida. En estos casos, de ser posible, oirá la opinión de otro u otros profesionales de la medicina. El médico cumplirá igualmente lo que pueda establecer al respecto a la Ley de Ejercicio de la Medicina (LEM), art. 28; que la interrupción de las medidas extraordinarias no exonera al médico de su obligación de asistir al paciente y suministrarle la ayuda necesaria para mitigar la fase final de su enfermedad; que se respeten sus ideas en materia de religión. Podrá solicitar la ayuda espiritual y moral del ministro de su respectiva religión o declinar la que se le ofrece sin haberla solicitado; que sea atendido por profesionales competentes en el caso, no sólo a la requerida experiencia profesional, sino también a que el médico muestre actitudes positivas en lo que concierne a la aplicación de tratamientos paliativos y no sufra de determinados prejuicios en relación con la muerte. Es obligación fundamental del médico el alivio del sufrimiento humano. No puede, bajo ninguna circunstancia, provocar deliberadamente la muerte del enfermo aun cuando éste o sus familiares lo soliciten. El paciente terminal, sigue siendo un ser humano hasta el final de su vida, y es una obligación del personal de salud paliar su dolor físico y psicológico, y permitir así que el moribundo tenga una muerte digna y tranquila; que se respete el tipo de información que el médico podrá revelar luego de su muerte. Es, en suma, garantizar el derecho del fallecido a que se respete su intimidad; El paciente tiene el derecho

a autorizar cómo se debe disponer de su cuerpo luego de su muerte, mediante la autorización de que sus órganos, siempre y cuando puedan ser utilizados con fines humanitarios, trasplantes, procedimientos de investigación, estudio de disección anatómica, y es de obligatorio cumplimiento sobre bases estrictamente morales. Igual conducta deberá adoptarse cuando el enfermo no desea la inhumación tradicional sino otro procedimiento de disposición de su cuerpo: cremación o embalsamamiento; El paciente tiene derecho a exigir que durante su tránsito final el conocimiento científico y las habilidades técnicas del médico no excedan en momento alguno el carácter humano de la ayuda profesional.

Dadas las restricciones propias de cualquier artículo, siempre quedarán muchas cosas por escribir y seguir reflexionando *a posteriori*. El tema trae como consecuencia múltiples interpretaciones producto del sesgo disciplinar o religioso, impresiones terminológicas, sentimentalismos y posturas politiqueras. Pero independientemente, siempre se deberá ser cauto y prudente, defender la vida y al ser humano en su individualidad, identidad, integridad e intimidad. Así mismo, independientemente de cualquier creencia, valor o actividad que sobre el tema se pueda tener, la muerte del ser humano es un momento dramático, una manera de recordarle a todo ser que lo que aquí se haga y se tenga es finito. De que la realidad precaria de la vida de todo ser incluye la verdad ineludible de la muerte. Por lo tanto, la muerte no es un hecho aislado, circunstancial o general que puede ser tratado en cualquier momento, sino por el contrario, es algo propio y personal, un hecho que a todo ser conmueve de alguna manera, sobre todo a partir de la adolescencia, en que se comienza a interpretar la vida en su mundo personal de manera particular. Porque la vida ya no es algo neutro, es mi vida, es captada como propia y la muerte se presenta como integrante de mi proyecto, que tal vez, asecha, restringe o perturba. Donde la vida personal es exclusiva y donde mi muerte es intransferible a otro ser. Tan irreplicable es la vida como la muerte de cada ser.

## EL DESARROLLO DE NUEVOS TÉRMINOS EN RELACIÓN A LA MUERTE

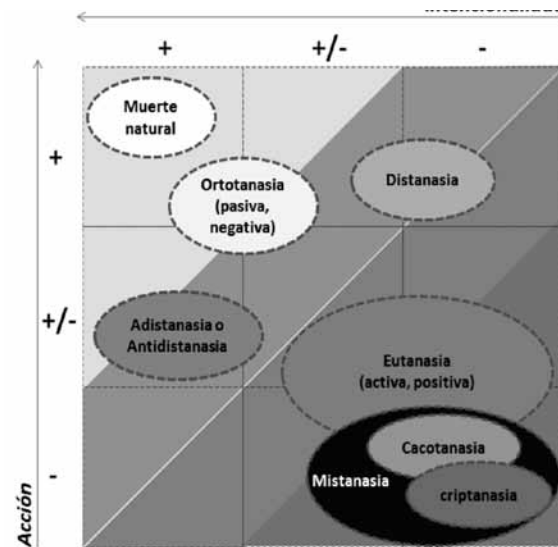
La muerte en un moribundo no es un asunto fácil de dilucidar, por la complejidad del pensamiento del hombre al querer justificar su acto y su conciencia. Desde el punto de vista de los valores, se busca un equilibrio o estabilidad entre: (a) el “derecho a morir” en forma “natural” y (b) el “aprecio exagerado por la vida” en forma proporcionada y sin exagerar en uno de ellos, más que en el otro. De igual manera, se deberán diferenciar en el acto humano las acciones e intencionalidades. De allí que el acto humano procede de la voluntad deliberada del ser humano; es decir, los que realiza con conocimiento y libre voluntad (cfr. S.Th., I-II, q.1, a.1,c). Éstos, pueden ser meramente naturales y los actos humanos. En ellos interviene primero el entendimiento, porque no se puede querer o desear lo que no se conoce: con el entendimiento el hombre advierte el objeto y delibera si puede y debe tender a él, o no. Una vez conocido el objeto, la voluntad se inclina hacia el porqué lo desea, o se aparta de él, rechazándolo.

Así mismo, se deberá considerar la advertencia o asesoramiento y el consentimiento. Por la advertencia el hombre percibe la acción que va a realizar, o que ya está realizando. Mientras que el consentimiento lleva al hombre a querer realizar ese acto previamente conocido, buscando con ello un fin. Como señala San Tomás (S.Th, I-II, q. 6, a. 1), el acto voluntario o consentido es “el que procede de un principio intrínseco con conocimiento del fin”.

De igual manera, el acto puede ser voluntario directo e indirecto. El acto voluntario directo es cuando se quiere como objeto inmediato del propio acto y el acto voluntario indirecto se da cuando al realizar una acción, además del efecto que se persigue de modo directo con ella, se sigue otro efecto adicional, que no se pretende sino sólo se tolera por venir unido al primero. Por tanto, de este acto se sigue un efecto bueno y otro malo, y por eso se le llama también voluntario de doble efecto. Todo lo anterior deberá contemplarse si: (a) la acción es buena en sí misma o indiferente; (b) el efecto inmediato sea bueno, y el

malo consecuencia; (b) se proponga el fin bueno y no el malo; (c) hay un motivo proporcionado o no. Si lo representamos según la acción y la intencionalidad, se tendría (Figura 2).

Figura 2. Tipos de muerte en función de la acción e Intencionalidad



Considero que se fortalezca lo que significa la dignidad de la persona, la importancia del derecho a la vida digna y por supuesto, que se respete la persona moribunda, sobre todo, cuando su curación no es posible por parte de los profesionales de salud. No es un tema que se restrinja a creencias religiosas, lo cual obviamente es importante para la persona y su familia, la controversia se hace desde los aspectos antropológicos, éticos, sociales y legales.

Además, toda persona tiene derecho a despedirse de sus familiares y amigos, de dar su última voluntad y de mitigar el dolor, para poder lograr lo anterior. Los profesionales de la salud deben ser prudentes y cumplir con su misión vocacional, de asistir, cuidar, acompañar y consolar al paciente<sup>25</sup>. El uso de la sedación final debe ser comedido, obviamente representa un último recurso que debe permitir la despedida y permitir el nivel de consciencia de la persona moribunda de su final como estrategia terapéutica.

Todas estas sutilezas éticas y jurídicas, son las que generan diversos conceptos:

Cuadro 1. Algunos tipos de muerte según su ocurrencia

Término	Descripción
Muerte natural	La muerte es el momento terminal de la vida en un ser vivo. En nuestro caso, corresponde a una acción humana terminal, producto de la condición finita de la naturaleza biológica del existir. Se dice que es natural, cuando la muerte se produce sin influencias o causas externas, medicamentación o intoxicación, generalmente por vejez y que causan la cesación o extinción de la vida de un ser. La muerte natural no es exclusiva de los adultos mayores. Esta expresión popular es la que describe la causa del fallecimiento de una persona cuando no era accidental y que se daba según el criterio del paro cardiorrespiratorio. Generalmente se refiere a aquellas muertes que no habían sido, por ser víctimas de un accidente, de la violencia o del hambre. Posiblemente, la naturalidad radicaba en que no había una acción de terceros hacia la persona (o autoinflingida) que indicase un término anticipado de la misma. Hoy en día se suele hablar de "muerte natural" o inevitable, en aquellos casos de fallecimiento dentro o fuera de las instituciones de salud, con o sin asistencia médica, para la emisión de un certificado médico de defunción. La muerte se produce cuando ocurre un paro cardiorrespiratorio irreversible. <i>Es importante acotar, que no se debería practicar una reanimación cardiopulmonar (RCR) a personas en las que haya transcurrido más de 4 minutos sin oxigenación y masaje cardíaco a temperatura ambiente.</i>
Muerte violenta o accidental	Es la muerte producida por agentes agresores externos de origen no patológico (personas, armas, agentes contundentes o por accidentes) no necesariamente es culpable, aunque si culposa o amparada su autoría por las denominadas causas de justificación. En esta categoría, se suele incluir los homicidios o suicidios.
Muerte cerebral (Muerte en espera)	Concepto que se empieza a utilizar con la <i>Ley de Trasplante de Órganos y Tejidos</i> . Con el avance tecnológico y según las culturas humanas, se incluyó como causal de muerte, la debida por la ausencia total e irreversible de respuesta neurológica integrada en el encéfalo (cerebro, tronco-encéfalo y cerebelo) <sup>o</sup> . Desde 1968, se reconoce la muerte por el estado de inactividad cerebral total (y no sólo la encefálica) <sup>p</sup> . Si bien su cuerpo está funcionando en un mínimo operativo, hay una pérdida de su personalidad. A las personas con muerte cerebral, se les denominan pacientes donadores y se les postergan sus ritos funerarios (con consentimiento o en cumplimiento de disposiciones legales) y se les suele mantener con persistencia de una vitalidad mínima y suficiente para los tejidos corporales con la utilización de equipos médicos y fármacos en dosis adecuadas que permitan la posterior extracción de órganos, tejidos y partes anatómico-funcionales, para su donación a una o varias personas.
Muerte súbita o repentina	Corresponde al episodio en la cual la persona afectada pierde el pulso, la respiración, la conciencia de forma repentina o inesperada, originado por lo que se denomina causa natural, es decir, sin que participen mecanismos violentos (homicidio, suicidio, intoxicación, trauma), y del cual solo podría recuperarse si se efectúan maniobras médicas adecuadas. En otras palabras, es una muerte brusca e imprevista, que sucede en un sujeto sano o aparentemente sano, posiblemente por enfermedades agudas o crónicas que han pasado inadvertidas para el sujeto. Suele ser motivo de autopsia medico legal. Generalmente, es un problema medico legal cuando no hay testigos.
Muerte después de una larga y penosa enfermedad	Es la muerte producida debida a razones patológicas o enfermedades crónicas y degenerativas.
Muerte aparente	Aquella en donde las funciones vitales parecen abolidas, pero en donde la reanimación es exitosa y el sujeto sobrevive. Puede transformarse en una definitiva.

Los tipos de muerte según a quién le sucede: Muerte de un padre (o madre); Muerte de un hermano; Muerte de un familiar cercano; Muerte de un anciano (una anciana); Muerte de un joven (una joven); Muerte de un niño (una niña); Muerte de un *nasciturus*; Muerte de una persona preeminente en la sociedad; Muerte de una persona de la comunidad.

Cada uno de estas muertes, tiene repercusiones sociales de diversas índoles y trascendencia en cada comunidad.

Es nuestra la responsabilidad de prestar un asesoramiento oportuno a pacientes y profesionales de la salud sobre cómo tomar decisiones aptas, oportunas y adecuadas. El último análisis corresponderá siempre a la conciencia del enfermo o de las personas cualificadas para hablar en su nombre e incluso de los médicos, a la luz de las obligaciones morales y de los distintos aspectos del caso.

o. Las causas de muerte cerebral son múltiples, las más frecuentes son el traumatismo encefalo craneano, la hemorragia subaracnoidea y la isquemia cerebral global debido a paro cardiorrespiratorio. Aunque también hay otras menos frecuentes, como por infarto cerebral masivo, hemorragia cerebral. Intra o extraparenquimatosa, trombosis de venas cerebrales, tumor cerebral, meningitis, encefalitis y encefalomiелitis diseminada aguda.

p. Hay que tomar en cuenta, que se debe excluir causas reversibles como intoxicaciones e hipotermia.

Cuadro 2. Tipos de muerte según cómo se le realice

Término	Descripción
<p><b>1. Eutanasia activa o propiamente dicha</b> Eutanasia <i>positiva</i> u <i>ocisiva</i>.</p>	<p>Eutanasia (<i>eu</i>: buena, <i>tanatos</i>: muerte) Acciones encaminadas a producir deliberadamente la muerte de un paciente que sufre (<i>moribundo</i> o <i>no</i>), por petición personal o de los familiares (en caso de estar incapacitado de tomar decisiones). En general, adelantar la muerte indolora de un paciente por cualquier método, directo o indirecto, con o sin consentimiento de él o de familiares cercanos o por un Jurado. Para ello se recurre a sustancias mortíferas o a sobredosis de morfina.</p> <p>Si el enfermo está consciente de su situación, pide terminar con su vida o la termina con ayuda de un tercero. Aunque nosotros le daremos unas distinciones. Esta puede ser a su vez:</p> <p>a) <b>Directa</b>: Cuando las acciones que producen la muerte del paciente de forma inmediata, por sí-mismo (voluntario) o por terceros (<b>involuntaria</b>).</p> <p>b) <b>Indirecta</b>: Cuando las acciones en las que el vínculo de causalidad entre la muerte del paciente y la intervención es menos evidente, bien porque no está claro el mecanismo de acción, bien porque hay distancia temporal entre ambos. Fruto posiblemente de procedimientos terapéuticos que tienen como efecto secundario la muerte, por ejemplo la sobredosis de analgésicos, como es el caso de la morfina para calmar los dolores, cuyo efecto agregado, como se sabe, es la disminución de la conciencia y casi siempre una abreviación de la vida. Aquí la intención, sin duda, no es acortar la vida sino aliviar el sufrimiento, y lo otro es una consecuencia no deseada. Los procedimientos probatorios son complejos.</p> <p>El valor que entra en juego es el respeto por la vida humana. Aunque a veces, la decisión se toma por acciones irresponsables de un profesional de la salud o familiares y amigos, por criterios propios. Pero en este caso, ya no es eutanasia sino homicidio. Lamentablemente, muchas veces se hace en forma encubierta o enmascarada con accidentes, para no dejar evidencias. Por ello, hay sectores de la sociedad que busca despenalizar este tipo de acciones, sin reflexionar sobre las consecuencias y secuelas de su implantación, más ante la ligereza con que se toman algunas decisiones.</p>
<p><b>2. Eutanasia pasiva o por carencia de recursos</b> Eutanasia <i>negativa</i> o <i>lenitiva</i>.</p>	<p>Consiste en la cesación, retirada u omisión de intervenciones terapéuticas que se limitan a prolongar la vida biológica de un paciente en forma asistida, de una persona que se teniendo una enfermedad o condición crítica o aguda, pudiera mejorar su situación de salud. Por supuesto, ante la falta o escasez de recursos adecuados. Esta puede ser a su vez directa e indirecta. El valor que entra en juego es el respeto por la vida humana y recuperar con los escasos recursos al que tenga la mayor opción. Estas son comunes en casos de catástrofes o en centros proveedores de salud con recursos limitados para el momento. Estas acciones, también pueden ser manipuladas y convertirse en homicidio.</p>
<p><b>3. Ortotanasia</b> Similar a la eutanasia pasiva, <i>negativa</i> o <i>lenitiva</i> y a la <i>antidistanasia</i>, que decide voluntariamente el paciente.</p>	<p>Neologismo. Ortotanasia (“orto”: correcta, “tanatos”: muerte). Acciones que se llevan a cabo, mediante una solicitud de rechazo al tratamiento de un paciente moribundo (<i>Condición de irreversibilidad a un plazo inmediato o a corto plazo</i>) y que se encuentra en condiciones desproporcionadas de asistencia médica (<i>Condición de encarnizamiento terapéutico</i>). El propósito se centra en dejar morir en condiciones de dignidad en torno a sus allegados y no por la mera voluntad de morir. La misma, puede ser:</p> <p>a) <b>Voluntaria o autónoma</b>: Cuando la decisión es realizada a petición expresa del paciente capaz o a petición propia, ya sea a través de una manifestación oral o escrita frente a otras personas (incluyendo testamentos vitales).</p> <p>b) <b>Involuntaria o impuesta</b>: Cuando la decisión es realizada sin que medie petición expresa del paciente. Suele realizarse a petición de los familiares o por iniciativa del propio profesional, por una reflexión conjunta.</p> <p>En esta modalidad, se respetan los dos valores antes mencionados de respeto por la vida y el derecho a que pueda morir en forma digna. Los pacientes moribundos, suelen estar en Unidades de Cuidado Intensivo o en una Unidad de Emergencia y, solicitan ir a una unidad de cuidados paliativos o ir a su casa, con atención profesional a esperar su muerte en unión de familiares y amigos. El morir y la muerte son circunstancias únicas e irrepetibles; ello no obsta a que siendo momentos en donde puede otorgarse sentido a todo lo vivido sea necesaria “la alteridad de la comunicación, la presencia del otro y la cooperación”. Si bien consiste en la cesación, retirada u omisión de intervenciones terapéuticas que se limitan a prolongar la vida biológica de un paciente en forma asistida, de una persona que se encuentra en situación de enfermedad terminal e irreversible.</p>
<p><b>4. Distanasia</b></p>	<p>Neologismo. Distanasia (“dys”: acto defectuoso, “tanatos”: muerte). También llamada “ensañamiento terapéutico”, consiste en el uso de medios extraordinarios y desproporcionados para prolongar artificial e inútilmente la vida de un ser humano. Antónimo de eutanasia. A diferencia de la anterior, la prolongación de la vida de un paciente con una enfermedad grave e irreversible o terminal mediante la tecnología médica, cuando su beneficio es irrelevante en términos de recuperación funcional o mejora de la calidad de vida. En tal situación los medios tecnológicos utilizados se consideran extraordinarios o desproporcionados. También se conoce como “encarnizamiento u obstinación terapéutica”. Esto tiene su origen en una precepción de mediados del siglo XX que decía “mientras hay vida, hay esperanza”.</p> <p>El valor que entra en juego es el derecho a morir con dignidad para retrasar la muerte prologando la vida de enfermos desahuciados sin esperanza de recuperación por medios no ordinarios, sino extraordinarios y costosos en sí mismos o en relación con la situación económica del enfermo y su familia.</p>
<p><b>5. Adistanasia o Antidistanasia</b></p>	<p>Neologismo. Cesación de la prolongación de la vida biológica del paciente permitiendo que la enfermedad termine con la vida del paciente. En otras palabras, dejar morir en paz a un paciente desahuciado, con mayor razón si se encuentra en estado vegetativo irreversible, sin prolongarle artificialmente la vida. Equivale a la ortotanasia, sólo que el paciente no es el que toma la decisión.</p>

Cuadro 2. Tipos de muerte según cómo se le realice (continuación)

<b>6. Mistanasia</b>	<p>Neologismo. Mistanasia (“mys”: mala, “tanatos”: muerte). Corresponde a un tipo de homicidio por omisión, contrario a la distanasia, donde por insuficiente atención a aspectos fundamentales de la atención sanitaria de un paciente moribundo (habiendo recursos) no cumple con los procedimientos establecidos para dichas instancias finales de la enfermedad.</p> <p>Las razones pueden ser diversas, imprudencia, decidia hacia ancianos y enfermos sin familiares, indigentes o criminales. Generalmente, víctimas de la exclusión social y económica, personas que llevan una vida precaria, desprovistos de los cuidados de salud, del “ruleteo” de las ambulancias de hospital en hospital y que mueren prematuramente.</p> <p>El termino mistanasia fue sugerido para denominar la muerte miserable y anticipada por medios inadecuados e imprudentes. Se distinguen tres situaciones: (a) el volumen de enfermos a atender y los escasos o carentes recursos médico-sanitarios, por deficiencias políticas, sociales y económicas. Ello incluye la distribución de medicamentos a las comunidades; y (b) los debidos a los pacientes que mueren víctimas de mala praxis de los profesionales de salud.</p>
<b>7. Anacrotanasia</b>	<p>Ataño a la muerte anticipada de jóvenes pobres; por ejemplo: adolescentes con sepsis generalizadas provocadas por abortos clandestinos, por no practicarsele la atención médica necesaria en intoxicaciones alcohólicas y por drogas.</p>
<b>8. Cacotanasia</b>	<p>Es un tipo de mistanasia. Consiste en acelerar deliberadamente la muerte de un enfermo sin que medie expresa voluntad por su parte. Equivale a eutanasia involuntaria con intencionalidad de darle muerte. Muerte muy penosa, ya que se muere con dolores por especialistas o prácticas terapéuticas muy enérgicas.</p>
<b>9. Criptotanasia criptanasia.</b>	<p>Es también un tipo de mistanasia o de homicidio, por constituir una realización encubierta, clandestina, de prácticas de eutanasia, tanto a petición de los pacientes como sin ella.</p>
<b>10. Agresión directa contra la vida humana</b>	<p>Esta es una de las causales que más índice de ocurrencia tiene en nuestras sociedades. Corresponde a la muerte debida a múltiples causas de agresión contra la vida como los ajusticiamientos, aborto, mistanasia, huelgas de hambre, tortura, pena de muerte y terrorismo.</p>
<b>11. Homicidio</b>	<p>Muerte debida al acto por el que una persona le quita la vida a otra. Es un delito contra la vida de las personas. Es uno de los hechos punibles más antiguos de la humanidad, se presume su existencia desde los orígenes de la especie <i>homo sapiens sapiens</i>.</p> <p>Según su gravedad, el homicidio en los Códigos Penales se establece la penalización. Hay toda una categorización, sólo mencionaré: calificado, con casual, culposo o piadoso (o eutanasia). Obviamente, el mismo, dependerá de que sea por intencionalidad o alevosía, ignorancia imprudencia o negligencia.</p> <p>Se suele cometer homicidio por:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>medios naturales</b> (que pueden estar constituidos por actos positivos idóneos para causar la muerte);</li> <li><b>omisión</b> (según lo tratado en la mistanasia y cacotanasia, por causar la muerte del que tiene la obligación moral, social o legalmente de prestar atención, ayuda y auxilio suficiente que tienda a impedir la muerte de la víctima);</li> <li><b>medios morales</b> (cuando se induce por creencias o cuando la doctrina no es uniforme en admitir esta clase de medios).</li> </ol>
<b>12. Suicidio</b>	<p>Muerte debida a la acción de la misma persona, con la intención precisa de poner fin a su vida.</p> <p>Este fenómeno presente durante toda la historia de la humanidad, aceptados por unos y condenados por otros. Estudiosos como Unamuno, Nietzsche y Kierkegaard han estudiado el hecho de cómo algunas personas buscan un fin existencial antes del final biológico.</p> <p>Las personas suicidas o con comportamiento suicida u homicida (trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad, depresión, adictos, esquizofrénicos) tienen que tener atención especial.</p> <p>Hoy se aprecian comportamientos suicidas en muchos actos en los que deliberadamente las personas realizan acciones que pudieran llegar a la muerte: sobredosis de fármacos, adicciones (alcohol, drogas), conducir irresponsablemente o someter al cuerpo a situaciones límites sin controles adecuados.</p>
<b>13. Suicidio asistido</b>	<p>En otras palabras, la acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes enfermos o terminales, acelera su muerte con su consentimiento o sin él.</p> <p>En otras palabras, consiste en proporcionar en forma intencional y con conocimiento a una persona los medios o procedimientos o ambos necesarios para suicidarse, incluidos el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, la prescripción de dichos medicamentos letales o su suministro.</p> <p>Este concepto es altamente peligroso, ya que muchos están de acuerdo con la idea errónea del “derecho a morir”, por lo cual no les parece tan censurable el suicidio como el asesinar a una persona.</p> <p>Ha sido aprobado este suicidio en el Parlamento de Andalucía, España, el 17 de marzo de 2010.</p>

## COMO CIERRE SE PLANTEA

En primer lugar, proporcionar criterios de atención a pacientes moribundos en el hogar, en centros de cuidados paliativos, en hospitales o en establecimientos capacitados para asistir enfermos de la forma más apta y satisfaciendo las condiciones de un “bien morir” más humano: Dignificando el término de la vida en las personas moribundas, con una atención de calidad<sup>q</sup> sin intentar acelerar ni retrasar la muerte en forma artificiosa, buscando el control del dolor y de otros síntomas que le afectan, para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible; Ofreciendo un sitio digno (casa o servicio asistencial especializado y apto) para despedirse de familiares y amigos (Donde se permita el cuidado psicológico y espiritual para los creyentes). Además, de estar en lo posible, consciente en dicho momento de salud final; Prestando soporte de ayuda a los familiares, para adaptarse durante la enfermedad del paciente y posteriormente, en el duelo; Preparando profesionales de la salud y voluntarios, para la mejor atención a estas personas moribundas, a través del cuidado del dolor y espiritual; Convirtiendo esta experiencia en un momento de crecimiento y trascendencia. Sé que se dice fácil, pero la experiencia de centros especializados paliativos en varias partes del mundo, prometen esperanzas para su alcance esperado. Juan Pablo II dice: “En la medicina moderna van teniendo auge los llamados ‘cuidados paliativos’, destinados a hacer más soportable el sufrimiento en la fase final de la enfermedad y, al mismo tiempo, asegurar al paciente un acompañamiento humano adecuado” (*Evangelium vitae*, n. 65).

Segundo, si bien el tema de la muerte en el siglo XXI cobra importancia decisiva en el horizonte de la reflexión médica, jurídica y ética actual, aún requiere de reflexión, análisis y sentido humano. Más aún, cuando a partir de la década de los 90 del siglo XX,

el relativismo moral caracterizado por: el “pluralismo”, la “mundanidad”, la “novedad”, el “individualismo” y la “secularidad”, han proliferado, en todo nivel, dando pie a las reflexiones sobre la “muerte digna” y la despenalización del suicidio asistido<sup>r</sup>. Lo anterior se observa ante el reduccionismo del valor de la vida, cuando por ejemplo: La vulnerabilidad de los pacientes terminales y los “pacientes cuidadores” pueden decidir abreviar sus vidas o las de terceros, por el dolor que les causa ver el dolor y el sufrimiento. Caso contrario, adoptar posturas fútiles como prolongar innecesariamente su partida de este mundo; La Legislatura del Estado Norteamericano de Oregón, aprueba en 1994, la Ley de suicidio asistido (para los enfermos en los que se prevea que su muerte ocurrirá en un plazo de seis meses), y que empezó a aplicarse en 1998, De manera análoga en el Territorio Norte de Australia, en Holanda, Bélgica y otros países, donde las congresos y Parlamentos aprueban la Eutanasia y el Suicidio Asistido; Jack Kervorkian (y otros profesionales de la salud) admitieron “ayudar a morir” a diversas personas en estado terminal, para abreviarles el dolor o la agonía; El incremento de posturas individualistas y reduccionistas en materia de la vida y de las formas de abreviarla o retardarla fútilmente, como si ello fuese un derecho adquirido; El incremento de adultos mayores, la pobreza y marginación, la soledad y la pérdida de esperanza por un mañana mejor; El incremento de un estado de indefensión en las políticas de salud (por diversas razones) que causa desatención, abandono y mistanasia; El aclarar el sentido del término “ortotanasia”, “eutanasia” y “distanasia”, ya que confunden<sup>s</sup> al público en general, aparentando ser algo digno. En general, el desarrollo de tanta terminología causa confusión en vez de precisar.

En tercer lugar, cuando el ser humano como *ser-en y para-el-mundo* se va desarrollando como un *ser-*

q. Le permite continuar con sus tratamientos médicos y del dolor, comodidad y tranquilidad.

r. Hay que destacar el rechazo mundial de los médicos en la *Declaración de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre el suicidio con ayuda médica* (Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial, Marbella, España, Septiembre de 1992).

s. La expresión “derecho a morir dignamente”, distanasia y otras similares no han de entenderse como la formulación de un *derecho* en el sentido preciso del ordenamiento jurídico. Tiene, más bien, una referencia al universo de la ética, es decir, expresa una *exigencia ética*. Por otra parte, la expresión no se refiere directamente al “morir”, sino a la “forma” del morir. Es importante tomar en cuenta la *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la eutanasia* (Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, octubre 1987): La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad.

*para-la-vida*. Por eso, la muerte no es un mero acto o momento del tiempo en que cesan los procesos de integración biológica de la persona, lo relevante y significativo de la muerte es la presencia continuada de la situación existencial de ir-muriendo. Ya que al mismo tiempo, permite ir-construyendo, un dinamismo que se refleja en la necesidad de tener-que-ser, de ser-trascendente. Es posible que algunos lo hagan por tener-para-ser o hacer-para-ser, dos posturas que la experiencia demostrará que la dignidad y la libertad del ser, están en el ser-que-se-es y no en-quien-arentó-ser, lo que hace que el ser humano constate su inmanencia y angustia, no por la muerte en sí, sino en la vacuidad de una vida transcurrida y de sueños inalcanzables: La muerte y más la que se presume llegará por una enfermedad, un accidente o una lesión o intoxicación grave, debe ser bien acompañada por especialistas que saben bien que el bien-hacer del profesional de salud es atender y acompañar, que unas veces se cura y que en otras no. El profesional de la salud no es un “dios” o un “mago o brujo”, quiénes buscan “salvar” vidas; La dignidad de la persona está vinculada al cuidado y a la cualidad humana del ser, lo cual conlleva a un imperativo de la vida digna, llegar al final de la misma con la consejo y el cuidado, para lograr vivir con dignidad nuestra muerte; El profesional de la salud deberá ser responsable de sus actos<sup>26,27</sup> y saber asumir la postura más ética frente a un paciente en estado crítico o terminal, sobre todo en los casos de conciencia mínima, estado vegetativo persistente. De manera análoga, ante *nasciturus*, neonatos con diversas patologías terminales, en especial en los casos de anencéfalos y creaturas son graves deficiencias congénitas.

En cuarto lugar, debido a que la muerte ha llegado a ser considerada como; la vejez, la fealdad o la inutilidad; Otros, la muerte no es más que la consecuencia de la enfermedad y el dolor; Recordemos que hay personas muertas en vida, sin ser zombies,

personas sin biografía, sin esperanza, sin motivación para vivir. De igual manera, para otros, como una forma de evadir el sufrimiento<sup>t</sup>. Estas posturas reduccionistas, son tal vez, las variables que limitan más la reflexión sobre la vida. La muerte no genera posturas neutras, al contrario, plantea dos posturas antagonistas: el asumir el dolor y el sufrimiento como un crecimiento como persona<sup>u</sup> en el dolor o por el contrario, el de evitarlo por reducir su naturaleza humana<sup>v</sup>). André Frossard<sup>28</sup> dice que el origen del dolor y del mal “son la piedra en la que tropiezan todas las sabidurías y todas las religiones”. Y como plantea Benedicto XVI: “La grandeza de la humanidad está determinada esencialmente por su relación con el sufrimiento y con el que sufre” (*Spe salvi*, n. 38).

Recordemos que la muerte permite tal vez darle un sentido a la vida, de dignidad y un valor al mundo, si bien arrebatada lo material del ser, es una “semilla” que permitirá darle oportunidad a otro ser, a ser “abono” de vivencias y experiencias de nuevas generaciones con las cuales no podrá compartir físicamente. Aprendizaje que podrá ser tomado de lo bueno o malo, lo correcto o incorrecto de su vida. Pero siempre, la muerte permite dejar un “legado”, tal vez intangible, pero rico en eticidad y humanidad. Un camino que conducirá posiblemente a la “inmortalidad” que el hombre busca afanosamente al “sembrar un árbol, escribir un libro y tener un hijo” o en la prolongación de la vida. Otros por su parte, en la construcción de grandes obras y monumentos para la historia. Otros, simplemente “escondiendo su talento” por algún temor inmanente en su ser. En pocas palabras, la muerte le abre al ser humano las puertas a la trascendencia, a encontrarse consigo mismo. Unos lo encontrarán, otros crearán haberlo hecho, otros no serán capaces de lograrlo y muchos, ni siquiera tendrán oportunidad de intentarlo.

t. El sufrimiento representa para muchos, lo que no se desea, ya que representa lo negativo para la vida, lo que atenta contra la supuesta “calidad de vida” que se pretende homologar a toda cultura y pueblo. Siendo desagradable el sufrimiento, repulsivo, es, sin embargo, variado: tristeza, congoja, ansiedad, angustia, temor, desesperación y dolor físico. En cualquiera de los casos, al sufrimiento siempre le acompaña una reacción de huida. Cuando se sufre, la persona se siente mal aunque propiamente el mal sólo afecte a cierto aspecto concreto de yo-mismo, ya sea del cuerpo o del espíritu.

u. Se pueden citar las Cartas de Juan Pablo II: *Salvici Doloris* y *la Evangelium Vitae*.

v. Pueden citarse a Sigmund Freud, cuando le escribió a su colega Marie Bonaparte: “En cuanto preguntamos acerca del sentido o del valor de la vida, estamos enfermos”. A su vez, Friedrich W. Nietzsche afirmaba: “El hombre es el animal enfermo”. Obviamente, se está en una transición entre las antiguas culturas para las cuales el sentido de la vida lo daban sus grandes religiones, a culturas modernas cuya filosofía y cuya ciencia no le encuentran sentido alguno, y que incluso llegan a afirmar que el mero preguntar por el sentido es en sí un síntoma de enfermedad.

Parece complejo y plural dar una respuesta sobre qué es el hombre y la muerte, un evento tan trascendente en la vida del ser humano y que afecta al hombre en su unidad sustancial, en su individualidad, intimidad e integridad. Consecuentemente, se tiene que homologar los criterios empleados por ejemplo, para poder comprender qué es, para qué-es, cómo-ir-muriendo, hasta el cómo poder determinar el momento de su ocurrencia. El cómo-se-muere no es un mero hecho individual, sino también social, lleva consigo una tradición, una reflexión moral y cultural y, de unas normativas que a veces contradicen la legitimidad. Más aún, se requiere contemplar que no se puede disociar el cadáver de lo corpóreo de su vida anterior, no pasa de ser un objeto a una cosa cualquiera, cuando a lo largo de toda la historia de la humanidad ha sido respetado.

Para finalizar, el ser humano, como “ser-para-la-vida”, podrá aceptar o rechazar, temer o esperar su fin biológico como ser-finito. Obviamente, todo ello dependerá de cómo él asuma su búsqueda de la trascendencia, su “ser-en-el-mundo” como un “ser-histórico” cuya biografía tiene un pasado y un futuro como protagonista de su vida en medio de otras vidas relacionadas. Un “ser-ético”, que busca “ser-auténtico” como plantea Heidegger. Por lo tanto y reiterando lo ya expresado a lo largo del trabajo, la muerte es más que un mero hecho biológico, social o jurídico, va más allá de un mero cese funcional. Algo que supera lo temporal, lo histórico y lo ético, ya que lo-que-se-es, es en parte, algo de-todos-y-cada-uno de los seres que nos han antecedido y para las generaciones futuras de la humanidad.

## REFERENCIAS

- Schmidt L. El hombre como ser-trascendente: una perspectiva judeocristiana. *Rev Bioética Latinoam.* 2012;10:53-99. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/36074/1/articulo4.pdf.pdf>
- Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Trad Vallejo M. Medellín: UPB; 1999.
- Liotard JF. La condición postmoderna. Trad Mariano Antolín Rato. Madrid: Cátedra; 1987.
- UNESCO. Declaración sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras. París; 1977.
- UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París; 2005.
- Zubiri X. Sobre la esencia. Madrid: Alianza; 1985.
- Zubiri X. Inteligencia sentiente. Inteligencia y realidad. Madrid: Alianza; 1983
- Teilhard de Chardin P. El corazón de la materia. Santander: Sal Térrea; 2002.
- Castro IN. La Biofilosofía de Teilhard de Chardin. Universidad de Málaga. Disponible en: <http://www.centro-pignatelli.org/documentos/NUCASTROTeilhard.pdf>
- Kierkegaard S. Diario de un Seductor. Madrid: Losada; 2006.
- Zubiri X. El hombre y Dios. Madrid: Alianza; 1984.
- Schmidt L. El hombre como ser-ecosocial. *Rev Bioética Latinoam.* 2011;8(2):18-35. Disponible en: [www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/34037/3/articulo3.pdf](http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/34037/3/articulo3.pdf)
- Monod J. El azar y la necesidad. Ensayo sobre la filosofía natural de la biología moderna. Barcelona: Barral; 1973.
- Jacob F. La lógica de lo viviente. Una historia de la herencia. Barcelona: Laia; 1977.
- Zubiri X. Sobre el hombre. Madrid: Alianza; 1986.
- Kant I. Crítica de la razón pura. Madrid: Alfaguara; 1988.
- Vidal M. Moral de la persona y bioética teológica. Madrid: PS Edt; 1991. T. 2 Iª p.
- Kant I. Antropología en sentido pragmático. Trad José Gaos. Madrid: Alianza; 1991.
- Freud S. Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1967-8.
- Schmidt L. La muerte: una visión interdisciplinaria de un acto humano. En: Baumeister A, Guardia de Bracho CG, Casal JM, Duque Corredor RJ, coordinadores. Estudios de derecho: homenaje a la Facultad de Derecho de la Universidad Católica Andrés Bello en su 50 aniversario. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello; 2004. p. 337-84.
- Pessini L. Bioética y cuestiones éticas esenciales en el final de la vida. En: Stepke FL, editor. Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS. Santiago de Chile: OPS/OMS; 2004.



22. Viaggio C. Cuidados paliativos y magisterio de la Iglesia. *Vida y Ética*. 2011 Jun;12(1). Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/cuidados-paliativos-magisterio-iglesia-viaggio.pdf>
23. Simón Lorda P, et al. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre el uso correcto de las palabras. *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23(6):271-85.
24. Vidal M. *Diccionario de Teología Moral*. Estella: Verbo Divino; 1991.
25. Schmidt L. Cuidado. En: Tealdi JC, editor. *Diccionario Crítico de la Bioética en América Latina*. Red de Bioética para América Latina y el Caribe. México: RBLAC-UNESCO; 2006.
26. De Siqueira JE. *Ética e tecnociência: uma abordagem segundo o princípio da responsabilidade de Hans Jonas*. Londrina (PR): Ed. UEL; 1998.
27. Schmidt L. Hacia una ética de los profesionales de salud en el siglo XXI. En: Juárez JF, coordinador. *Ética Profesional*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello; 2009. p. 49-90.
28. Frossard A. *El sufrimiento*. En: Frossard A. *Dios en Preguntas*. Buenos Aires: Antártida; 1991.

Recebido em: 22 de março de 2013  
Aprovado em: 12 de abril de 2013