

El Paciente Terminal y La Ética del Morir

Dr. Daniel Adolfo Arias



ARTÍCULO
ORIGINAL

Médico Hematólogo
Jefe del Servicio de Hematología y Hemoterapia
Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson
Avda. Rawson y Córdoba - 5400 - San Juan - Argentina
Teléfono: (54) (264) 4238643; Fax: 4223108
e-mail: danielarias327@hotmail.com

HEMATOLOGIA, Vol. 12 Nº 1:
Enero - Abril, 2008

RESUMEN

La eclosión tecno-científica de los últimos decenios ha estremecido los basamentos morales de Occidente obligando a la emergencia de la Bioética como intento normativo y encuadre de dilemas y conflictos en esa dimensión. Nuestras sociedades se esfuerzan hoy por encontrar un adecuado marco humanístico donde conjugar apropiadamente *la técnica* con *los valores*, la “*tekné*” con el “*medeos*”. La Bioética surge entonces como una imprescindible reflexión transdisciplinar científica y se erige como mediadora de conflictos entre principios y valores morales y la realidad de casos concretos.

Dentro de ellos se destaca, en aquella condición de grave y terminal enfermedad para las personas donde la convencional ciencia se queda inerte, *la temática del morir*. En ella recalcan ejes centrales y estructurales de nuestra cultura, con particularidades comunes que hermanan a todo Occidente. Pocos temas como ese desnudan los rostros contradictorios y conflictivos de los tiempos posmodernos.

En este trabajo intentamos mostrar algunos enfoques de dicha problemática desde la plataforma ética y moral, haciendo hincapié en las diversas posibilidades que tiene el paciente terminal para transitar el camino del morir, fundamentalmente desde la óptica ético-jurídica.

Palabras clave: *Bioética, paciente terminal, muerte, morir.*

SUMMARY

The striking development of technology and science during the last decades has shaken the moral basis of Occident, leading to the emergence of Bioethics as an attempt to overcome the dilemmas and conflicts in that area. Today, our societies make an effort trying to find a proper humanistic frame where we can rightly conjugate *technique* with *values*, “*tekné*” with “*medeos*”. Bioethics rise, then, as an essential scientific transdisciplinary reflection and emerge as a right field where conflicts between principles and moral values vs the reality of specific cases can be treated.

In between them stands out, in that condition of severe and terminal disease of people when conventional science has no more place, *the dying dimension*. Is here where central and structural lines of our culture emerge, with common particularities to all Occident. Few topics as this undress the contradictory and conflictive faces of this postmodern time.

In this work we try to focus on some approaches of that problem from the ethics and moral platform, pointing out various possibilities that the terminal patient has to pass in their way of dying, especially from the ethics-legal view.

Key words: *bioethics, terminal patient, death, dying.*

INTRODUCCIÓN

Planteo del problema, objetivo y propósito

El asombroso despliegue del saber científico y tecnológico de los últimos 50 años con la consecuente aplicación social de un *modelo tecno-científico* universal y dogmático, ha ido provocando cada vez más la eclosión de problemas que confrontan 2 mundos: a) las posibilidades de acceso y uso de los instrumentos (la *tekné*) del modelo, con b) la *moral individual y social* de las personas. Aldous Huxley dice: “*el progreso tecnológico nos ha dado el medio más eficiente para retroceder*”¹ y para Nietzsche, el gran profeta de la posmodernidad, utilidad y progreso no eran sinónimos de libertad y felicidad². El hombre social de hoy no ha desarrollado una sabiduría y una acción humanísticas paralelas a dicho saber técnico y como consecuencia de ello ha emergido una tierra de problemas donde chocan intereses y valores, lo que ha obligado a encontrar un espacio donde construir un conocimiento y una práctica que permitan el abordaje y solución de los emergentes conflictos situados en ésta: *dimensión moral, ética*. Nace así la **Bioética** como una reflexión transdisciplinaria científica para realizar una verdadera mediación entre ciertos principios y valores morales y la realidad de casos concretos y particulares³. Nutriéndose de la Biomedicina, la Teología, la Filosofía y el Derecho como pilares básicos, trasciende sin embargo a todos ellos para convertirse en un instrumento de análisis reflexivo sobre las claves que afectan al hombre social de hoy.

De esa manera, dentro de los vigentes y acuciantes dilemas éticos, se inscribe desde un lugar preponderante la problemática sobre la cual trata éste trabajo: *¿son dignas y éticas la muerte y el morir del hombre occidental de hoy afectado de una enfermedad terminal?* Desarrollaremos el enfoque abarcando la consideración de 3 vértices: la “*Bioética*”, “*la muerte*” y “*la enfermedad terminal*”. Las posibilidades que rodean ese morir, en sus aspectos ético-jurídicos fundamentalmente, se irán introduciendo con los subtemas antedichos o en forma separada cuando lo ameriten.

Realizaremos un análisis, desde el punto de vista ético, de las características que rodean la muerte y el morir de las personas de nuestra sociedad que sufren una enfermedad incurable y “terminal”, destacando las diversas opciones y posibilidades que las rodean (desde una dimensión moral y jurídica) en la búsqueda de una muerte “humana” o “digna”.

Se intentará definir algunas particularidades tána-

to-éticas de ambos acontecimientos, mediante la lectura y el estudio de varios autores dedicados al tema.

En la actualidad la consideración ética en el análisis de los problemas de salud de las sociedades se impone como norma. Ella atraviesa transversalmente las principales dimensiones que hacen al quehacer diario en la práctica médica, a la toma de decisiones del poder político en esa área y a la percepción sobre el tema que tenga la sociedad en su conjunto. De esa manera se articulan: la *Medicina* y sus actores, con el *estrato Político* como nivel máximo planificador y diseñador de estrategias y la *Sociedad* con sus individuos y personas sustentadoras y demandantes de sus Derechos Individuales.

Dentro de ese marco las características que rodean a la muerte y el morir en la sociedad de hoy son posibles de un análisis desde múltiples ópticas y representan 2 acontecimientos rectores que delinear los aspectos más destacados del imaginario social y del modelo de asistencia sanitaria y medicalización de la vida de la cultura posmoderna. El papel de la muerte en la construcción de la cultura ha sido y es determinante y universal, a tal grado que para algunos autores: “*La cultura, en realidad, es lo que el yo independiente hace con la muerte*”⁴. Hoy, en nuestra cultura, el 70% de las muertes se produce en los centros de salud: es la llamada *muerte intervenida o muerte medicalizada*, como clara expresión de la demanda social imperante: la muerte debe ser *asistida*. Ello conlleva además que el final de la vida y su consideración ética estén necesariamente juridizados. De esa manera esas características tiñen y definen nuestro tiempo dentro de un particular marco referencial de valores y creencias. Por ello se considera insoslayable su análisis para determinar cómo se gestiona hoy el proceso del morir en aquellas personas que inevitablemente lo harán por enfermedad terminal, gestión que parte y se estructura en esencia, hoy, desde la dimensión bioética.

DESARROLLO

La *muerte* en nuestros países occidentales conlleva una serie de consideraciones que son, prácticamente todas, negativas. Es temida, rechazada, ocultada, ignorada, menospreciada, incomprendida, intolerada, desorientadora, misteriosa, olvidándose que el morir y la muerte son parte de la vida y no se vive si, al mismo tiempo, se va muriendo. Miguel de Unamuno poetiza:

“...este vivir, que es el vivir desnudo,
¿no es acaso la vida de la muerte?”⁵

1. Carlos Gherardi “¿Todo progreso médico beneficia?”, diario Clarín, 2 de agosto de 2004, Pág. 17.
2. Ana María Checchetto, Gabriel Genise, Rubén Pardo “Nietzsche y los sujetos históricos de conocimiento”, Esther Diaz (1996) La ciencia y el imaginario social, Buenos Aires, edit. Biblos, 1998, Pág. 98.
3. Celia Bordín, Marta Fracapani, Liliana Giannacari y Alberto Bochatey (1996) Bioética. Experiencia transdisciplinaria desde un Comité Hospitalario de Ética Latinoamericano Buenos Aires edit. Lumen, 1996, Pág. 8.
4. Ken Wilber (2001) Antología, Barcelona, editorial Kairós, 2001, edición: David Gonzalez Raga, Pág. 157
5. Celia Bordín (1997) Bioética. La muerte y el morir en pediatría, Buenos Aires, edit. Lumen, 1997, Pág. 67.

Ese posicionamiento y ese sentir hacia ella determinan en el hombre de nuestro tiempo un modelo de comportamiento hacia el moribundo (el muriente) que ha sido cuestionado en estos últimos años desarrollándose entonces un profundo interés por el “buen morir” o la “buena muerte”.

Desde la preocupación del hombre por el Hombre, de sus interrelaciones con el entorno y con otros hombres, han surgido esfuerzos para delimitar y definir sus acciones desde la perspectiva ética, moral, humanística. Como capítulo destacado de esa preocupación se inscriben *los conflictos éticos del fenómeno del morir*, conflictos que se pueden agrupar en torno a 3 valores: el *derecho a una muerte digna*, el *respeto por la vida* y el *derecho de las personas a su libertad*. Algunos aspectos de dicha conflictualidad son tratados en este trabajo.

Bioética

El término *Bioética* es un neologismo introducido al inicio de la década del 70 en el siglo pasado: un oncólogo norteamericano, Van Rensselaer Potter (después de un trabajo menor sobre el mismo tema el año anterior) publica su clásica obra *Bridge to the future* (New Jersey, 1971) donde da la alarma sobre algunos aspectos morales del progreso médico logrando rápido consenso universal sobre la problemática planteada. Su etimología viene del griego *bios* = vida y *ethiké* = ética, conformando así una conjunción entre la *vida* (biología, ciencia, hechos) y la *ética* (la moral, la conciencia, los valores). La ambigüedad del término derivada de su constructo estructural (¿tiene prioridad la biología sobre la ética, o la ética sobre la biología?) ha hecho que algunos propongan la terminología más apropiada de: *Ética Biomédica* donde el valor sustantivo cae en la ética (Diego Gracia). De todas maneras, para el trabajo que nos ocupa, seguiremos usando el término *Bioética* debido a su masificación y aceptación.

Dice Diego Gracia Guillén, uno de los más reconocidos bioeticistas a nivel mundial: “*la ética del siglo XX es Bioética*”⁶ y para Mainetti “...*la Bioética es paradigma de una ética universal*”⁷ marcándose así el campo más destacado actualmente en cuanto a conflictos y dilemas éticos. En efecto, los problemas más acuciantes del mundo de hoy entran de lleno en sus consideraciones y ya en éste nuevo siglo vale la extensión de la aseveración al emergente milenio.

Los vertiginosos avances de la Ciencia y la Tecno-

logía de los últimos 50 años nos han sumergido inevitablemente en una “tierra de conflictos”. Nos hemos adentrado en un terreno arduo y espinoso donde emerge la ética como común denominador de los mismos para intentar compatibilizar los principios morales del paciente, su familia, la sociedad y los del propio médico y equipo de salud. Ello ha llevado a la construcción de un imprescindible nuevo espacio epistemológico transculturizador. A través de un discurso transdisciplinar emerge entonces la Bioética como campo adecuado para el enfoque y el estudio de los sobresalientes problemas de nuestro tiempo.

La Bioética incluye a la Ética Médica pero no está limitada a ella sino que trasciende ampliamente la problemática de la relación médico-paciente para tomar múltiples direcciones y niveles: económicos, jurídicos, políticos, etc. De todas maneras ella constituye su capítulo más importante y se la considera como la expresión normativa de los profundos cambios acaecidos en la medicina de hoy (Mainetti). Su papel es discernir entre lo que es posible tecnocientíficamente y aquello que es lícito éticamente⁸ ya que un imperativo tecnológico no constituye automáticamente un imperativo moral.

Según Lolás Stepke, emerge “*como superación de las expertocracias*” y para este autor la realidad médica presenta “*interfaces entre ética, política y técnica*” lo cual la caracteriza no como un puro saber o un puro hacer sino que “...*es una amalgama. Es un saber hacer*” con lo cual está siempre asegurada la consideración de la dimensión ética⁹.

El *diálogo* transdisciplinar (transcientífico) es absolutamente consustancial a la Bioética y quizás ése *diálogo*, entendido en el sentido y la profundidad que le da Bohm como proceso multifacético trascendental capaz “*de penetrar en el proceso del pensamiento y transformar el proceso del pensamiento colectivo*”¹⁰, sea un eficaz instrumento para la edificación de una Ética Universal con la cual construir una sociedad humana más Humana.

De ahí que la Bioética sea una disciplina del saber ético que exige una metodología también transdisciplinar. Dentro de ella ninguna propuesta es absoluta o presentada como única solución y abreva siempre en lo trascendente de cada una de las ciencias.

Definiciones

Por lo tanto, siguiendo a Warren Reich (editor de la *Enciclopedia de Bioética* de Nueva York) la podemos

6. Pedro Hooft “Anencefalia e interrupción del embarazo: una visión integradora a la luz de la Bioética y los Derechos Humanos”, Salvador D. Bergel y Nelly Minyersky: *Bioética y Derecho*, edit. Rubizal Culzoni, 2003, Pág. 394.
7. José Alberto Mainetti (2005), *Agenda Bioética*, La Plata (Argentina), edit. Quirón, 2005, Pág. 46.
8. Celia Bordín, ob. cit. (cita 3) Págs. 3-18.
9. Pedro Hooft ob. cit. (cita 6) Págs. 355 y 363.
10. David Bohm, (1996) *Sobre el diálogo*, Barcelona, edit. Kairós, 2001, Pág. 33.

definir como:

“*el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y de la atención de la salud, en la medida en que ésta conducta se examine a la luz de los valores y principios morales*” (primera edición: 1987)

o bien:

“*el estudio sistemático de las dimensiones morales – incluyendo visión moral, decisiones, conducta y políticas – de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un espacio interdisciplinario*” (segunda edición: 1995)¹¹.

O también acorde a la visión del bioeticista japonés, Kimura:

*Como disciplina meta-interdisciplinar. Una ciencia nueva que supera la tradicional interdisciplina para modificar la estructura de la medicina y las éticas social y religiosa llevando a una dimensión cualitativa donde la esencia es la solidaridad en todas las formas de vida*¹².

Para el Director del Instituto Borja de Bioética, Francesc Abel i Fabre, es:

“*el estudio interdisciplinar (transdisciplinar) orientado a la toma de decisiones éticas de los problemas planteados en los diferentes sistemas éticos por los progresos médicos y biológicos, en el ámbito micro y macro social, micro y macroeconómico y su repercusión a la sociedad y sus sistemas de valores, tanto en el momento presente como en el futuro*”¹³.

De ahí que, entonces, el papel que juega al considerar los conflictos éticos estriba en discernir aquello que *es posible desde la tecno-ciencia* con aquello que: *es lícito éticamente* (guiada siempre por el bien de la persona desde su dignidad y libertad), y *es justo acorde al Derecho*.

Una de sus organizaciones para cumplir ese objetivo la constituyen los *Comités Hospitalarios de Ética* encargados del estudio, investigación, consejo y docencia de los dilemas éticos surgidos en la vida hospitalaria.

La muerte y el morir

“*Líbrame Señor de la muerte súbita*”: así rezaba una plegaria en el medioevo. Para los hombres de esa época era muy importante disponer de tiempo para las despedidas de los seres queridos, manifestar per-

dones y arrepentimientos, voluntades testamentarias, ceremonias sacramentales, hacer descargos, etc. La buena muerte era aquella que daba aviso¹⁴. Era una muerte familiar, “domesticada”, consentida, sobrellevada. ¿Puede imaginarse más contraste con el hombre de hoy, de ésta edad postmoderna inaugurada en la segunda mitad del siglo XX, donde justamente el morir rápido y súbitamente es un anhelo cuasi universal? Philippe Ariés (citado en ¹¹) asegura que la muerte para estas épocas es una muerte *interdicta, prohibida, escamoteada*, donde el luto no existe y el pesar inspira repugnancia y es indicativo de mala educación y en donde “...*el duelo solitario y vergonzoso es el único recurso, como una especie de masturbación*”¹⁵. Para otros: “*es un modelo institucionalizado, anónimo y deshumanizado (...) donde el que va a morir pierde el dominio y control de su propia muerte; (...) la buena muerte es “el morir sin darse cuenta*”¹⁶.

Dice Belderrain en una síntesis conceptual:

“*Muerte: palabra temida, olvidada, rechazada, símbolo de mal augurio, final de todo. En la civilización occidental todo es hecho para encubrir la muerte: la prohibición social de tocar el tema; el culto a la juventud y al dinamismo; el rechazo a envejecer; el alejamiento de las personas moribundas de sus casas; el cuidado de los hospitales de esconder los muertos en la morgue; la costumbre del maquillaje y las flores en los entierros; las ceremonias rápidas; y, muy en el fondo, la sensación de “aún no me tocó a mí”. La palabra muerte no es mencionada nunca en los comerciales de ninguna clase. La muerte no es vendible, no es viable en ésta sociedad capitalista ni valorizada por ella; finalmente, sólo arrebatada un antiguo adepto del mundo del consumo, un ser productivo del mundo de los negocios*”¹⁷ (la negrita es mía).

Iván Illich, brillante crítico de la sociedad industrial autor de *Némesis Médica* (1975) dijo: “*el hombre occidental ha perdido el derecho de presidir el acto de su propia muerte*”¹⁸.

Finalmente, el modo de morir ha recorrido un largo proceso de secularización en la historia occidental hasta terminar en la característica *ocultación de la muerte* de los tiempos de hoy cuya más cabal expresión es la *muerte medicalizada*, “salvaje” o “rebelada”¹⁹.

Dentro de esta realidad cultural debe actuar la Bioética para dirimir sus dilemas y proponer soluciones en casos concretos como lo es la temática de este trabajo.

11. Pedro Hooft ob. cit. (cita 6) Pág. 348.

12. Celia Bordín, ob. cit. (cita 3) Pág. 153.

13. Pedro Hooft “Derechos individuales vs. Derechos colectivos en salud: ética y justicia”. “Construyendo la agenda de salud para el próximo decenio”. XII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. XIII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud. Mendoza, Argentina, 3 al 5 de Abril de 2003. Pág. 2.

14. Jorge Luis Manzini “Anhelos y realidades: reflexiones acerca de la muerte digna”, Boletín Científico de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos, n° 5, Agosto de 2003.

15. Philippe Ariés Historia de la muerte en occidente, Barcelona, edit. Argos Vergara, 1982, Pág. 25.

16. Roberto Cataldi Amatriain Los cuidados paliativos, Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires, Vol.2, 2003.

17. L. Belderrain, CDROM Psico-socio-oncología, Buenos Aires, edit. Data Visión, 2000.

18. Celia Bordín, ob. cit. (cita 3), Pág. 120.

19. José Alberto Mainetti, Compendio Bioético, La Plata (Argentina), editorial Quirón, 2000, Pág. 181.

Muerte y morir

Debemos diferenciar la **muerte** que es un momento, un instante, que puede ser (y de hecho lo es) determinado médica y legalmente y que significa “*el fin de la persona humana en su proceso histórico*”, del **morir** que es un proceso, un camino a transitar, inevitable y conducente a la primera. Éste último “*es siempre vida e implica el concepto de dignidad humana*”. Ambos no pueden ser aprehendidos según una metodología empírica²⁰.

Por otra parte, el modelo biomédico desarrollado por el hombre de Occidente desde Hipócrates hace 2.500 años ha conducido a la medicalización de la vida de hoy. Pero también se ha apropiado de la muerte, y para Mainetti²¹ su historia es, en nuestra civilización, “*...en buena medida su proceso de medicalización junto a una medicalización general de la vida*”. Hoy el 70% de la población es médicamente asistida en su muerte: es la llamada *muerte intervenida*. Ya no existe la muerte “*natural*”: o es accidental o está “*intervenida*”, (medicalizada, muerte tecnológica).

Para dicho autor, la muerte, en su camino medicalizado, ha sufrido una reducción y transformación simbólicas por lo que *se la ha limitado al marco patológico y legal*, lo que ha dado origen a varios problemas tánato-médicos que se pueden agrupar en torno a 9 figuras que enumera:

a) en la **definición**: giro epistémico, conceptual y operativo hacia el criterio de *muerte encefálica*. Con-junción de la patología y la tecnología en su consideración.

b) en la **comunicación**: el morir es convivido y el trayecto de la agonía es compartido.

c) ha sufrido una **apropiación**: es soportada tecnológicamente (medicina crítica y “soporte vital”). El fin de la vida está controlado o dominado.

d) también una **transposición**: la experiencia pe-rimortal de los “resucitados” (“experiencias cercanas de muerte”) traspone la muerte a otro lugar de la conciencia.

e) una **postergación**: pretensión de una prolongación indefinida de la vida humana. Fantasía postergatoria de la muerte.

f) la **paliación**: *cuidar* más allá de *curar* para los enfermos terminales: medicina paliativa.

g) la **administración**: el desafío en la asignación de recursos.

h) la **procuración**: la medicina debe ahora procurar la muerte. Debe tomarla en cuenta como punto final de la atención médica. Problemática de la eutanasia y suicidio asistido.

i) la **personalización**: la muerte adaptada a cada uno.

Tipos de muerte

Se distinguen varios tipos de muerte:²²

a) **muerte clínica**: que es la cesación de la vida de un individuo como sistema integrado, y que puede ser: *aparente* o *real*. La *muerte aparente* implica 3 signos clínicos llamados “trípode de Bichat”: cese de la circulación, cese de la respiración y alteraciones de conciencia. Puede modificarse por la reanimación o espontáneamente en raros casos. La *muerte real* es definitiva, no puede ser revertida ni siquiera con reanimación y se caracteriza porque, a la tríada de Bichat, se le agrega la falta de actividad eléctrica (llamada: actividad isoelectrica) en el electroencefalograma (EEG). A su vez la *muerte real* puede ser: *muerte somática* (muerte del cuerpo) o **muerte cerebral**, y aquí es necesario detenerse en su conceptualización y esclarecimiento porque es fundamental para el propósito que nos anima ya que su consideración es clave en el terreno ético-jurídico (para algunos autores, por ejemplo el teólogo y bioeticista Joseph Flechter, *la función neocortical es un indicador de humanidad*²³).

En 1968 se propusieron los primeros criterios sobre *muerte cerebral* por parte de la Escuela Médica de Harvard, publicados en JAMA. Exige, como se dijo, de un EEG plano (isoelectrico). En la actualidad, acorde a los conceptos más avanzados²⁴ es importante diferenciar entre: *muerte de la corteza cerebral* y *muerte del tronco encefálico* (protuberancia, mesencéfalo, bulbo y cerebelo). Si la **corteza** ha perdido su función pero no el tronco que la conserva, se da entonces la condición de *vida vegetativa* o *estado vegetativo persistente (EVP)* o *muerte neocortical* (Krane). La muerte del **tronco** por el contrario *evoluciona en forma indefectible hacia la muerte encefálica* que se define entonces como: “*el cese irreversible de todas las funciones del sistema nervioso central por encima del foramen magnum*”.

b) **muerte celular**: sigue a la muerte clínica en un tiempo variable.

Determinación clínica y legal²⁵

Definir la frontera entre la vida y la muerte es una tarea ardua y, posiblemente, inacabable. En realidad la muerte se consume con la putrefacción, desde la visión cultural de estos tiempos, lo cual origina un insalvable dilema para determinar y decidir sobre la *cesación irreversible de la vida*, tarea que no puede realizar la Biología sola. Sin embargo constituye una necesidad

20. Celia Bordín, ob. cit (cita 5), Págs. 11 y 59.

21. José Alberto Mainetti, ob. cit. (cita 7), Págs. 115-146.

22. Celia Bordín, ob. cit. (cita 3), Pág. 124-125.

23. Pedro Hoof ob. cit. (cita 6) Pág. 362.

24. Celia Bordín, ob. cit. (cita 5) Págs. 40-42.

25. Celia Bordín, ob. cit. (cita 3), Págs. 125-131.

social en los tiempos tecno-científicos de hoy y por ello hay que discrecionalarla y regularla normativamente y, además, legitimar dicha discrecionalidad. Para ello se la ha asociado a la *cesación permanente de funciones* que se consideran *vitales* para el organismo y que representan valores característicos de la vida humana. Se ha constituido así una base de creencias y suposiciones articuladas desde la filosofía, la teología y la cultura, desde la cual se disecan los datos biológicos para determinar su momento. De esa manera, su pérdida se toma como el evento mortal de la persona.²⁶

En nuestro país la Ley de Trasplantes n° 21541 del año 1977 conceptualiza la muerte como un *proceso irreversible* con un *comienzo* y una *conclusión*. En Marzo de 1993 se modifica a través de la Ley actual n° 24193 que establece en su artículo 23 que se considerará muerta una persona “*cuando se verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos, que deberán persistir ininterrumpidamente seis (6) horas después de su constatación conjunta...*” y enumera los mismos y las condiciones en que deben realizarse los exámenes de exploración por parte de los médicos y las características que deben tener los pacientes. Además existen numerosas pruebas corroborativas que se practican a fin de certificar tal condición. También determina claramente los conceptos y condiciones de la *muerte encefálica* de manera que, en esa circunstancia, se configura la muerte como *un proceso indetenible* lo cual *hace legal y ético la suspensión de las medidas desproporcionadas de resucitación en tanto ineficaces para revertir el proceso*. La persona, legalmente, está muerta. La muerte encefálica *es muerte*. Con 2 excepciones bien puntuales a la discontinuación del llamado “soporte vital”: 1°) mantener los órganos para los trasplantes, y 2°) intento de salvataje del feto en caso de mujer embarazada.

El moribundo

El muriente tiene necesidades multidimensionales que hay que considerar (físicas, psicológicas, espirituales, religiosas) y en el proceso del morir su psique pasa por diversas etapas que fueron descritas por Kübler-Ross²⁷ en 1969 en un clásico trabajo y que fueron modificadas en 1978 por Sporken y en 1990 por Rocamora²⁸. Aunque no están cronológicamente delimitadas y definidas y dependen de la personalidad del moribundo, de su entorno y de las características de la enfermedad, su conocimiento es clave para la adecuada asistencia del mismo:

1° fase: confusional (cambio)

2° fase: negación (liberación)

3° fase: paranoide

4° fase: depresión (regresión)

5° fase: aceptación

Muerte digna

Al ser la muerte y el morir ignorados y temidos por la sociedad de hoy, vivimos en un permanente autoengaño. El llamado Modelo Médico Hegemónico (MMH), bien caracterizado y definido²⁹, trata al paciente como *un inválido biológico y moral* como consecuencia de su milenaria estructura paternalista. Ello atenta contra la naturalidad y dignidad del morir, dignidad que obliga en su marco conceptual actual a un cambio drástico de visión y actitudes del modelo y sus integrantes que, de hecho, se ha venido dando desde la década del 60 en el siglo pasado.

Por otra parte, el desarrollo en la consideración de los Derechos Humanos, las libertades individuales y los Derechos de los Enfermos han llevado a la aceptación sobre que, la vida humana hoy, no sea un valor absoluto sino que puede quedar subordinado a otros valores que la persona considere superiores (dentro de ciertos límites y marcos). El enfermo es una *persona* y eso constituye un hecho ético fundamental y condicionante de toda consideración.

Como tal, es una totalidad atravesada por una subjetividad que es propia de cada ser y la espiritualidad le da unidad. De manera que el objeto y el sujeto de la reflexión ética siempre debe ser *la persona humana*. De ahí que la vida, para ser *humana*, debe incluir el concepto de *calidad de vida*: no se trata solamente de existir o de un mero subsistir. No se trata solamente de *cantidad* sino que dicha existencia *debe poseer calidad y dignidad*³⁰. Su consideración debe incluir las dimensiones *intelectual y social* además de la *biológica*, para un correcto posicionamiento que evite la visión parcial y reduccionista.

Por todo ello hoy en el mundo se privilegian la autonomía y la libertad del enfermo, derechos que le confieren determinar, en forma individual, *qué atributos* deben reunir tales conceptualizaciones de *calidad y dignidad*. Actuar en contra de la voluntad de alguien puede ser devastador. Obligar a una persona a violar su conciencia: “*es el tormento más doloroso infligido a la dignidad humana. En un cierto sentido, es peor que infligir una muerte física, o matar*” (Juan Pablo II)³¹.

Además, la Declaración de Lisboa de 1981 sobre los Derechos de los Enfermos adoptada por la Asociación Médica Mundial reconoce específicamente: “*el*

26. José Alberto Mainetti, ob. cit. (cita 7), Pág. 118.

27. Elisabeth Kübler-Ross, Sobre la muerte y los moribundos, Barcelona, edit. Grijalbo, 1975, Págs. 59-177.

28. Celia Bordín, ob. cit. (cita 4), Pág. 83.

29. E. Menéndez, Modelo médico hegemónico, crisis socio económica y estrategias de acción en el sector salud. Cuadernos Médicos Sociales n° 33, Rosario, Provincia de Santa Fe, Argentina, 1985.

30. Celia Bordín, ob. cit. (cita 3), Págs. 23-24.

*paciente tiene derecho a una muerte digna*³².

Al final, el objetivo último de la Medicina no es solamente luchar contra la muerte sino ayudar al moribundo y su familia a *vivirla*. Es tiempo de reconocerle y exigirle que incorpore entre sus fines la procuración de un buen morir. Debe centrarse en *el ser sufriente* y no en la enfermedad.

A veces el mejor interés para la persona es dejarla morir. En éstas condiciones y en la práctica, para un médico es muy distinto, emocional y lógicamente, *suspender un tratamiento que no iniciarlo*. Para el primer caso (discontinuar un tratamiento) puede ayudar, siguiendo a Bordín³³, el concepto de *imperativo-electivo* que también nos sirve para la comprensión de la problemática:

- “*si el diagnóstico médico pronostica que la muerte es inevitable, el tratamiento deja de ser imperativo y se convierte en electivo*”.

- “*la cuestión moral está en establecer cuales son los fines en la utilización de la tecnología*”.

- “*no debe ser utilizada sólo porque existe, aun cuando pueda prolongar la vida, sino que debe haber una proporcionalidad en los resultados que se van a obtener. Permitir que un paciente irrecuperable muera es humanizar la muerte*”.

Pero entonces ¿cómo enmarcar adecuadamente el concepto de *muerte digna*? Revisemos lo que dicen algunos autores³⁴:

a) “*sin manipulaciones que prolonguen la agonía (...) mantener el control sobre la propia muerte*” (G.Hottois).

b) la muerte *humana* debe incluir (E. Basterra):

- 1) *la presencia solidaria de los otros*
- 2) *el alivio del dolor y otros síntomas*
- 3) *asistencia psicológica*
- 4) *la veracidad*
- 5) *la libertad*

c) para Marciano Vidal, reconocido moralista español, debe haber:

- 1) *alivio del sufrimiento y prolongación de vida humana*
- 2) *respetar el morir como acto personal*
- 3) *evitar el ocultamiento actual alrededor de la muerte*
- 4) *organización sanitaria que permita la asunción conciente del proceso por el moribundo y su vivencia en clave comunitaria*
- 5) *favorecer la vivencia del misterio humano-religioso de la muerte*

6) *uso de la sedación terminal si el paciente lo quiere*

d) para otros debe ser (A. Lifshitz):

- 1) *con contacto humano y los familiares presentes*
- 2) *preferiblemente en casa*
- 3) *con auxilios espirituales si son deseados*
- 4) *no estar invadidos por sondas y tubos*
- 5) *con trato respetuoso por parte de los cuidadores*
- 6) *con alivio del sufrimiento si el paciente lo quiere*

e) para el Instituto de Medicina de los EEUU:

- 1) *libre de todo sufrimiento evitable para los pacientes, familiares y cuidadores*
- 2) *congruente con los deseos de los pacientes y sus familias*
- 3) *consistente con los estándares clínicos, culturales y éticos*

f) para Maglio³⁵ pasa por 3 circunstancias:

- 1) *debe ser sin dolor*
- 2) *debe posibilitar que el moribundo pueda recibir y transmitir afectos*
- 3) *debe ser con lucidez*.

El análisis de esas condiciones (y de otras de otros autores) nos lleva a reconocer un marco conceptual general, un ideario común, una base de requerimientos que conecta a la mayoría de las consideraciones. Quizás lo más práctico sea nunca olvidar que³⁶ la dignidad es un valor intrínseco a cada persona sólo por el hecho de serlo y que es *de cada uno*: ese ser muriente tiene sus valores, creencias, afectos y esperanzas. Por lo tanto la muerte digna debe ser *personal* facilitando y respetando el estilo de cada persona muriente quien debe *poder elegir y tener la oportunidad de cómo hacerlo*.

Enfermedad terminal y paciente terminal

Enfermedad terminal no es igual a *paciente o enfermo terminal*. De manera que, a los fines de una correcta ubicación del lector en el contexto de este trabajo, definiremos algunos términos y enmarcaremos conceptos que le permitan una clara comprensión de la problemática planteada.

Las personas enfermas (a las que llamaremos genéricamente “*pacientes*”) pueden agruparse en varias categorías. Aquellas *gravemente enfermas* (que son las que nos interesan para la pregunta de la Introducción) pueden ser³⁷:

31. “Pope denounces polish crackdown”, New York Times, January 11, 1982, p.A9.

32. Celia Bordín, ob. cit. (cita 3), Pág. 199.

33. Celia Bordín, ob. cit. (cita 3), Págs. 93 y 97-98.

34. Jorge Luis Manzini ob. cit. (cita 14).

35. Francisco Maglio, “Reflexiones y algunas confesiones”, Revista Argentina de Transfusión, Vol. XXXII, Buenos Aires, edit. Estudio GraphiComp, enero-junio 2006, Págs.49-59.

36. Jorge Luis Manzini ob. cit. (cita 14).

37. Roberto Cataldi Amatriani, Manual de Ética Médica, Buenos Aires, edit. Universidad, 2003, Págs. 97-99.

a) **pacientes críticos:** son aquellos *enfermos graves* que cursan una patología *aguda o hiperaguda* con suficiente entidad como para poner en peligro su vida y en los que existen concretas posibilidades de recuperación. Son los típicos pacientes asistidos en las Unidades de Cuidados (o Terapias) Intensivos.

b) **pacientes crónicos en estadios avanzados:** con condiciones clínicas que comprenden enfermedades terminales pero en las cuales el paciente puede *no estar en una condición terminal*. Por ejemplo: insuficiencia cardíaca o renal terminales.

c) **pacientes terminales:** son aquellos enfermos que cursan con una *enfermedad incurable*³⁸, con una expectativa de vida limitada (no más de 12 meses; otros dicen 6 meses) y *sin ninguna posibilidad de recuperación*. Son aquellos cuya muerte es inminente en horas, días o semanas. Podemos distinguir en esas condiciones 2 subcategorías que debemos reconocer inexorablemente a los fines prácticos en la toma de decisiones: el paciente *muriente* (el paciente agónico, o sea aquel que cursa las últimas horas de vida), y el *no muriente*. Estos pacientes no deben ser admitidos ni permanecer en las Unidades de Terapias Intensivas. La medicina asistencial ha creado los **Cuidados Paliativos** para estas condiciones lo que ofrece una alternativa válida y valiosa para, una vez llegado el momento, ofrecer al enfermo terminal un morir y una muerte dignas.

El enfoque de este trabajo está dirigido al paciente terminal y a su muerte como momento y a su morir como proceso.

La "razón proporcionada"

Ya en la antigüedad, tanto en la tradición griega como en la judeo-cristiana, se tenía muy en cuenta los medios y métodos (comunes o excepcionales) para tratar los enfermos. Hoy, en la práctica, para el análisis ético de los problemas y dilemas concretos, no se puede emitir un juicio sin considerar la llamada "razón proporcionada" en la terapéutica, o sea "la proporcionalidad de los tratamientos". Ella atraviesa transversalmente los distintos aspectos de la problemática. Esto es así basado en la necesidad imperiosa de desarrollar un modelo asistencial para la atención del paciente terminal que se aleje del recurso de la eutanasia sin caer en la figura del ensañamiento terapéutico. Siguiendo a Sgreccia³⁹, son 3 las cuestiones prácticas a afrontar sobre la *proporcionalidad de los tratamientos*:

a) los criterios de admisión en las Unidades de Terapias Intensivas.

b) el tema de la alimentación-hidratación artificial.

c) el concepto y la definición de "medios ordinarios y extraordinarios" (o también: "proporcionados-des-

proporcionados") y los conceptos de "ensañamiento terapéutico" y "futilidad" de los tratamientos.

Nos ocuparemos solamente de este último aspecto. Continuando con Sgreccia se toma lo **ordinario** (sentido técnico) como equivalente a **proporcionado** (sentido moral) y lo **extraordinario** como **desproporcionado**, destacando entonces el enfoque que se ubica claramente desde la perspectiva moral y no médico-técnica.

La ordinariedad o proporcionalidad de los medios terapéuticos son aquellos que se pueden emplear en forma conveniente y razonable, que son comunes y que sólo implican una dificultad moderada en su instrumentación, en donde el estado particular del paciente (desde lo social) puede constituir un elemento de valuación, aunque nunca como único valor por sí mismo. Acorde a Bordín⁴⁰:

"una medida proporcionada de tratamiento es aquella que es de uso habitual o no pero que, de haber posibilidades de llevarla a cabo, hay razonables expectativas de beneficiar al paciente".

Lo extraordinario o desproporcionado en cambio, son aquellos que pueden constituir un dilema o una imposibilidad moral para las personas. Según la misma autora:

"medidas desproporcionadas de tratamiento son las que no sugieren un beneficio sustancial para el paciente y que no sirven para preservar la vida o recuperar al enfermo, sino para prolongar el proceso de morir o que suponen costos excesivos o severa desfiguración".

Volviendo a Sgreccia, en la actualidad, para enmarcar el deber moral de llevar a cabo o no las intervenciones aludidas, se ha incorporado el concepto de **futilidad** terapéutica. Desde el punto de vista estrictamente médico un tratamiento es **fútil** cuando fracasa bajo el aspecto fisiológico o, aunque funcione fisiológicamente, no hace otra cosa que posponer la muerte en pocos minutos. Pero valorar la futilidad en la dimensión moral es mucho más difícil y el autor destaca las 2 visiones que han originado sendas interpretaciones inconciliables: para unos el sentido es *objetivo, clínico*, mientras que para otros es *subjetivo*, enfatizando la *voluntad del paciente*. Cita a Pellegrino, destacado y reconocido bioeticista católico estadounidense, quien propone combinar ambos aspectos en un intento de obtener una guía en la consideración de los casos para lo cual balancea 3 criterios:

1°. el criterio de eficacia entendida como la capacidad de modificar positivamente la historia natural de la enfermedad o los síntomas (*¿produce una diferencia positiva en términos de mortalidad, morbilidad o función?*)

38. no toda enfermedad incurable significa que se esté en presencia, en ése momento, de un paciente terminal.

39. Elio Sgreccia, La Bioética como praxis, Págs. 67-96.

40. Celia Bordín, ob. cit. (cita 3) Pág. 58.

2º. el criterio de beneficio global entendido como lo que el paciente (o tutor) perciben como bien para él mismo (*si la intervención vale la pena o no para ese paciente específico*).

3º. el criterio del gravamen en el sentido de costos: físicos, emotivos, financieros o sociales que cargan al paciente (y, a veces, al médico y/o la sociedad). Es decir, *cuanto costarán en sentido global para el paciente*, la eficacia y los beneficios de la intervención médica (siempre velando por el bien de la persona).

Destaca dicho autor que todo juicio al respecto debe considerar los aspectos físico, mental, espiritual, preferencias y objetivos de vida del paciente y que ello exige una valuación prudente en el contexto de *esa persona en particular, con su experiencia particular de enfermedad y en el particular entorno* que lo involucra. Es imprescindible el trabajo en equipo donde el médico es el más indicado para establecer la eficacia y el paciente para apreciar los beneficios supuestos y, juntos, valorar los gravámenes.

Agrega que la futilidad no es un aislado test empírico del tipo todo o nada y alerta contra la estigmatización de este grupo de pacientes vulnerables con el consiguiente peligro de que *sus vidas* (más que sus tratamientos) sean consideradas *fútiles*.

La “tentación tecnicista”, la ilusión de una medicina omnipotente y el temor de los médicos a ser llevados a juicio por omisión de intervención son causas (entre otras) que han llevado a la aparición del accionar llamado “*ensañamiento o encarnizamiento terapéutico*” (Distanasia) que se entiende como:

“la actitud negativa de los operadores sanitarios dirigida a retardar lo más posible y con todos los medios el momento del deceso del paciente, realizando intervenciones que tienen como único efecto el de hacer penosa la vida residual”.

Hay “*ensañamiento terapéutico*” cuando se dan los criterios siguientes:

1º. ineficacia documentada de los tratamientos, de la que deriva su inutilidad.

2º. gravosidad del mismo, que puede provocar nuevos y mayores sufrimientos al paciente hasta llegar a la “violencia terapéutica”.

3º. excepcionalidad de los medios terapéuticos, que al mismo tiempo son desproporcionados con los objetivos médicos a alcanzar. Aunque este punto exige elasticidad y constante actualización del progreso biomédico ya que un método excepcional hoy puede no serlo mañana y transformarse entonces en proporcionado.

Eutanasia-Distanasia-Ortotanasia⁴¹

Hasta aquí se mostró un panorama general de la

Bioética, sus definiciones y marco conceptual; la muerte y el morir como momento y proceso respectivamente con sus tipos, características y significancias culturales y la valuación de la muerte digna; la persona afectada de enfermedad grave que reúne ciertos requisitos de terminalidad y muerte inevitable, y el marco de consideración moral de los posibles tratamientos y acciones terapéuticas. Fuimos incorporando también algunos preceptos que pueden orientar las decisiones médicas en el terreno ético. Resta tratar los temas de este subtítulo que hacen a la médula de la dimensión ético-jurídica.

Eutanasia

El término “eutanasia” está cargado de ambigüedad y se lo utiliza de diversas maneras no siempre claras y concordantes. Por lo tanto para un adecuado encuadre es necesario tomarlo en 3 aspectos:

1º. el etimológico: su raíz viene del griego: del sustantivo *euthanasia* (morir bueno), del verbo *euthanateo* (morir bien) y del adjetivo *euthanatos* (el que ha muerto bien).

2º. el aspecto histórico destacando el hecho de que la eutanasia ha sido practicada por todos los pueblos desde la mesopotamia asiática, los hindúes y los chinos hasta los griegos y romanos. En el Renacimiento, Tomás Moro y Francis Bacon le dan su connotación actual de “aceleración” de la muerte en el enfermo, más que como “muerte buena”. En el siglo XIX el tema ya se hace masivo a la población y la década del 30 del siglo XX ve aparecer, con el nacionalsocialismo alemán, una serie de Leyes y Decretos promotores inaugurando la llamada “eutanasia eugenésica o social”, período negro de la Humanidad. En Gran Bretaña surge un movimiento en favor de la “eutanasia agónica”, entendida como ayudar al paciente terminal a morir sin dolor. Y es a partir de los años 50 del siglo pasado en donde el tratamiento del tema pasa a destacarse en los países de Europa y en EEUU orientando el enfoque hacia el derecho que le asiste al paciente a poner límites a tratamientos desproporcionados.

3º. el aspecto legal, dimensión clave y esclarecedora que nos permite tipificarla y encuadrarla y distinguirla de situaciones de derechos y libertades, básicamente de la “muerte digna”. En el ámbito jurídico la eutanasia se circunscribe al campo del Derecho Penal y sólo nos referiremos al tipo llamado “eutanasia piadosa” (el *mercy killing* inglés) que es la clásica por otra parte, en donde se procura terminar con el sufrimiento insostenible de un paciente desahuciado o muriente. En ella un individuo mata a otro que está irremisiblemente destinado a morir para evitarle grandes padecimientos, o sea motivado por sentimientos de piedad, de compa-

41. Celia Bordín, ob. cit. (cita 3) Págs. 153-174.

sión, y a solicitud del mismo o sea que dicha acción debe ser pedida o consentida por el muriente. Pero es eso, un *homicidio* tanto en su forma *activa* (acción) como *pasiva* (omisión) y son moralmente equivalentes. Las legislaciones varían entre la atenuación del “homicidio consentido” y las que condenan específicamente el “homicidio piadoso” mostrando así también fórmulas distintas en la consideración del móvil (*piedad vs consentimiento*)⁴². Para Argentina es *homicidio simple* (atenuado o agravado según las circunstancias) ya que no se contempla expresamente la figura del *homicidio piadoso* ni del *consentido* pero hay proyectos de reforma.

El homicidio por piedad requiere condiciones que lo especializan y atenúan, como:

1º. el estado de la víctima: debe ser grave (enfermedad corporal o mental que comprometa la salud) y probablemente incurable siendo esta la única exigencia legal en este aspecto. Este concepto de *incurabilidad* está lleno de dificultades prácticas ya que no todo lo incurable es mortal, con lo cual no se puede seguir un criterio riguroso y se debe apreciar en cada caso en particular. La exigencia se basa en que al afectado no se le pueda restituir la salud perdida, en una medida en que el mal deje de ser grave.

2º. pedido de la víctima: el pedido debe ser *claro* e *insistente*. El enfermo *debe demandar que se lo mate* y lo debe hacer en forma *seria, verdadera y sincera*. El pedido debe ser *espontáneo* y *subsistir* hasta el momento de morir. Entre el pedido y la muerte debe haber correspondencia.

3º. el autor y el móvil: es requerimiento que el autor *obre movido por un sentimiento de piedad* (no es un simple homicidio pedido o consentido). Debe matar por *lástima, misericordia* o *conmiseración* y la piedad debe nacer de ellos.

Ortotanasia

Bordín cita a Marciano Vidal quien hace una distinción entre: acción destinada a producir la muerte y omisión: suspensión de un tratamiento desproporcionado al enfermo terminal. La primera sería una acción contraria al valor vida configurando así una *eutanasia activa*, y la segunda es una acción destinada a propiciar el valor de *muerte digna*, con lo cual nos adentramos en una situación llamada desde el año 1950 por el Dr. Boshan en Bélgica: **ortotanasia** (*orto*: “recto, regular, ajustado a derecho”). Se la considera una síntesis ética ya que integra los 2 valores: el **derecho a morir dignamente** y el **respeto a la vida humana**. *Se entiende como tal a la suspensión de todo tratamiento desproporcionado para aquel enfermo que enfrenta una*

muerte inevitable y segura, incluyendo aquellos destinados a las complicaciones agudas eventuales, con el fin de evitar la prolongación de la agonía. Se pretende así diferenciarlo de otras situaciones y posibilidades, fundamentalmente de la llamada “*eutanasia pasiva*” que es un homicidio donde el móvil es la piedad y se produce a pedido del enfermo como se explicitó, pero es un homicidio al fin. Por lo tanto, para enfatizar la diferencia entre *ortotanasia* y *eutanasia pasiva* que es clave tanto ética como jurídicamente decimos que:

1º. si hay una omisión deliberada de medios terapéuticos *proporcionados* y *útiles*, o sea *se eliminan deliberadamente procedimientos que eran aptos para mantener la vida del enfermo*, se configura el **homicidio por omisión** y si el autor es guiado por el móvil *de la compasión* y cuenta con el *consentimiento de la víctima*, entonces se da la **práctica eutanásica** (sin el móvil referido, se trata de un *homicidio culposo por impericia o negligencia*). Acá los recursos que se negaron eran aptos para evitar el desenlace inmediato. El acto del profesional es ilícito ya que debería haber actuado y ni el consentimiento ni la piedad como móvil borran tal ilicitud.

2º. cuando se trata de la no utilización o suspensión de medios terapéuticos calificados como *desproporcionados* en relación a los resultados esperados, la situación ética y jurídicamente varía. La omisión en estos casos no tendría eficacia causal en la muerte ya que el curso de los acontecimientos es irreversible e inevitable. Esta situación es justa éticamente y ajustada a derecho configurando así la práctica de la **ortotanasia** donde se conjuga el respeto a una muerte digna y a la libertad del enfermo al mismo tiempo que se respeta la vida humana.

Distanasia

Es la situación opuesta a la anterior y ya fue tratada en capítulo previo. Se define como la *prolongación innecesaria de la agonía* mediante el empleo de medios terapéuticos desproporcionados configurando así el *encarnizamiento terapéutico*. Se llega a ella por no recurrir a tiempo a la ortotanasia y por ello mismo el profesional a veces se comporta en forma abusiva pudiendo llegar hasta el ilícito. La Ley no ampara el ejercicio abusivo de un derecho.

CONCLUSIÓN

Las revoluciones en el conocimiento tecno-científico de los últimos 50 años y la primacía de la razón científica en la cultura posmoderna, han sacudido los cimientos filosóficos de Occidente obligando a la consideración de la emergente problemática moral de

42. en algunas legislaciones modernas (Bolivia, El Salvador, Colombia) desaparece la figura del “homicidio consentido” porque se considera a la vida un bien indisponible por lo que el consentimiento no es una atenuación, máxime cuando los casos problemas encuentran encuadre en la figura del “homicidio piadoso”.

las conductas. Surge así la Bioética en respuesta a una creciente preocupación por la relación del Hombre con todo lo vivo y consigo mismo y aflora como un instrumento de análisis y propuestas de solución a dilemas y conflictos morales en el diario convivir. Dentro de ellos, en aquellas condiciones de grave y terminal enfermedad donde la ciencia convencional ya no tiene respuestas y la Medicina no puede curar, aparece, en la dimensión moral, la *temática del morir*. En ella, como en pocas, confluyen las particularidades estructurales de una cultura que, como la nuestra, muestra sus rasgos más crudos y genuinos en su consideración.

Hemos intentado mostrar en este trabajo algunos enfoques centrales, desde lo ético y moral, que hacen a las diversas posibilidades que tiene esa persona (el *paciente terminal*) para transitar ese inevitable camino y puntualizar ciertos y concretos aspectos de la ética juridizada del final de la vida como muestra de la permanente y honda preocupación social por el logro instrumental de una *muerte digna*. Hoy no se concibe no disponer de un espacio apropiado para el estudio de las problemáticas morales a que lleva, muchas veces, la práctica de la medicina actual. Los Comités Hospitalarios de Bioética son imprescindibles y concretos ámbitos donde desplegar las temáticas y la exigencia de su existencia es insoslayable.

Para finalizar diremos que nuestra sociedad hoy lucha por encontrar un marco humanístico común donde se desenvuelvan las ciencias, tratando de conjugar la *técnica* con los *valores* (menos *“tekné”* y más *“me-deos”*), interrogando a la sapiencia tecno-científica sobre sus medios y sus motivos. Es ésta temática, la *muerte* y el *morir*, una buena oportunidad para ejercitar el espíritu en la toma a bocanadas de los aires éticos que recorren el mundo.

Al final y con seguridad, en esas fuentes deberá abreviar el Nuevo Hombre en el intento de edificar un mundo mejor.

Quizás la pregunta inicial encuentra parte de su esencia en las palabras del poeta:

*“Y consiento en mi morir
con voluntad placentera,
clara y pura,
que querer hombre vivir
cuando Dios quiere que muera
es locura”*

Jorge Manrique
Coplas a la muerte de su padre

BIBLIOGRAFÍA

- Belderraín L. CDROM **Psico-socio-oncología**, 2000; edit. Data Visión, Buenos Aires.
- Bohm D. **Sobre el diálogo**, 1996; edit. Kairós, 2001, Barcelona.
- Bordín C., Fracapani M., Giannacari L. y Bochaty A. **Bioética. Experiencia transdisciplinar desde un Comité Hospitalario de Ética Latinoamericano**, 1996; edit. Lumen, Buenos Aires.
- Bordín C. **Bioética. La muerte y el morir en pediatría**, 1997; edit. Lumen, Buenos Aires.
- Cataldi Amatriain R. *Los cuidados paliativos*, **Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires**, 2003; Vol.2.
- Cataldi Amatriain R. **Manual de Ética Médica**, 2003; edit. Universidad, Buenos Aires.
- Checchetto A., Genise G. y Pardo R. *“Nietzsche y los sujetos históricos de conocimiento”*, **La ciencia y el imaginario social**, 1996; Esther Díaz editora, edit. Biblos, 1998, Buenos Aires.
- Donnay Candil O., *“Cuidados paliativos y cáncer. Factores que modifican el proceso de adaptación a la enfermedad terminal”*, **Manual de Psicooncología**, 1999; Eduardo García-Camba de la Muela editor, edit. Grupo Aula Médica, Madrid.
- Garay A. *“Voluntad del paciente y evidencia médica: de la búsqueda de la lógica a la búsqueda del sentido”*, **Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal**, Vol. 1, s.f.
- Gherardi C. *“¿Todo progreso médico beneficia?”*, diario Clarín, 2 de agosto de 2004.
- Hoof P. *“Anencefalia e interrupción del embarazo: una visión integradora a la luz de la Bioética y los Derechos Humanos”*, S. D. Bergel y N. Minyersky, **Bioética y Derecho**, 2003; edit. Rubinzal Culzoni, Buenos Aires.
- Hoof P. *“Derechos individuales vs. Derechos colectivos en salud: ética y justicia”*. **“Construyendo la agenda de salud para el próximo decenio”**. XII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. XIII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud. Mendoza, Argentina, 3 al 5 de Abril de 2003.
- Kottow M. *“Fundamentación antropológica de la Bioética: expresión de un nuevo humanismo contemporáneo”*, **Programa Regional de Bioética-Cuaderno 2**, abril de 1996; OPS-OMS.
- Kübler-Ross E. **Sobre la muerte y los moribundos**, 1975; edit. Grijalbo, Barcelona.
- Lolas Stepke F. **Bioética y antropología médica**, 2000; edit. Mediterráneo, Santiago de Chile.
- Mainetti J.A. **Agenda Bioética**, 2005; edit. Quirón, La Plata (Argentina).
- Maglio F. *“Reflexiones y algunas confesiones”*, **Revista Argentina de Transfusión**, 2006; Vol. XXXII, enero-junio, edit. Estudio GraphiComp, Buenos Aires.
- Manzini J.L. *“Anhelos y realidades: reflexiones acerca de la muerte digna”*, **Boletín Científico de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos**, n° 5, Agosto de 2003.
- Nowik N., Rocca C. y Tedeschi C. *“Entre Dios y la Ciencia, los Testigos de Jehová”*, “Reflexiones interdisciplinarias sobre Ética en Medicina”, Alicia Losoviz editora, **El Guardián de los Vientos**, Buenos Aires, s.f.
- “Pope denounces polish crackdown”*, **New York Times**, January 11, 1982; p.A9.
- Patrao Neves M. *“Fundamentación antropológica de la Bioética: expresión de un nuevo humanismo contemporáneo”*, **Programa Regional de Bioética-Cuaderno 2**, abril de 1996; OPS-OMS.
- Sgreccia E. **La Bioética como praxis**, 2000; edit. Universidad Católica Argentina – Universitas SRL (Instituto de Ética Biomédica), Buenos Aires.
- Tealdi J.C. *“El caso Bahamondez como paradigma del derecho a rechazar tratamiento médico”*, **Revista FEMEBA Hoy**, julio de 2001.
- Visser F. **Ken Wilber o la pasión del pensamiento**, 2004; edit. Kairós, Barcelona.
- Wilber K. **Antología**, 2001; David Gonzalez Raga editor, edit. Kairós, Barcelona.