



Vivir más no significa vivir mejor: ensañamiento terapéutico en investigación con personas en la finitud de su vida ante el fundamento bioético por una muerte digna

Living longer does not mean living better: therapeutic obstinacy in research with people in the finitude of their life before the bioethical foundation for a dignified death

María Ángeles Araya González¹;  <https://orcid.org/0000-0002-7510-4141>

1. Máster en Administración y Teología, Máster en Bioética, Máster en Cuidados Paliativos, Académica de la Universidad Nacional de Costa Rica, Académica e investigadora de apoyo y soporte de la Escuela de Enfermería y de la Maestría de Gerontología de la Universidad de Costa Rica y Académica de la Universidad Católica de Costa Rica; San José, Costa Rica; vistasalatardec@gmail.com

Recibido 21 de julio de 2025 • Aceptado 09 de octubre de 2025

RESUMEN

El presente ensayo se centra en la importancia de investigar a las personas en condición terminal hacia la finitud de su vida, con la práctica de la distanacia y su contraparte, representada en el fundamento bioético para el abordaje de una muerte digna. Como aspectos relevantes, se profundiza en el valor y la dignidad de la vida humana terminal, la autonomía, la autodeterminación y la ausencia de sufrimientos intensos. A la vez, se analizan aspectos como el debate ante el soporte de vida que permite sostener las funciones vitales y la toma de decisiones sobre cuándo se debe o no evitar la muerte, así como los parámetros que permiten al personal sanitario, cuidador o familia dilucidar sobre cuándo se le está ayudando a la persona a vivir bien y cuándo se le está forzando a prolongar un sufrimiento innecesario.

Palabras clave: Calidad de Vida, Derecho a Morir, Bioética, Muerte, Cuidados Paliativos, Autonomía Personal, Ética Médica.

ABSTRACT

This essay focuses on the importance of researching individuals in terminal condition as they approach the finitude of their lives, with the practice of dysthanasia and its counterpart, represented by the bioethical basis for approaching a dignified death. Key aspects explored include the value and dignity of terminal human life, autonomy, self-determination, and the absence of intense suffering. Additionally, the essay analyzes aspects such as the debate on life support that allows sustaining vital functions and the decision-making process regarding when death should or should not be avoided, as well as the parameters that help healthcare professionals, caregivers, or family members discern when a person is being helped to live well and when they are being forced to prolong unnecessary suffering.

Keywords: Quality of Life, Right to Die, Bioethics, Death, Palliative Care, Personal Autonomy, Ethics Medical.

INTRODUCCIÓN

La ética de la investigación en personas en condición terminal hacia la finitud de su vida apunta de manera particular a la discusión sobre el abordaje de la muerte digna, el valor y la dignidad de la vida humana terminal, especialmente en lo

que respecta al uso responsable de la tecnología, con la implementación o el retiro del soporte vital de vida. Esto implica la toma de decisiones sobre utilizar todas las medidas posibles para mantener vivo al paciente a pesar de tener comprometidos sus órganos vitales. Algunas de las intervenciones que se realizan en estos casos, aunque no producen daño, tampoco



generan beneficios, por lo que pueden considerarse redundantes, innecesarias y fútiles. Otras acciones, por el contrario, están dirigidas a procurar el menor maltrato posible y acompañar al moribundo, con el afán de evitar el sufrimiento.

En general, en el proceso de toma de decisiones es indispensable considerar el respeto y los aspectos legales, nacionales e internacionales, relacionados con el ejercicio de la investigación, donde actualmente los cuestionamientos principales están centrados en la puesta en práctica de la distansia o el ensañamiento terapéutico.

El análisis desde la ética de la investigación requiere poner especial atención a la condición de vulnerabilidad que existe en el ser humano que se encuentra en la finitud de su vida en estado terminal.

La frase con la que inicia el título de este ensayo, “vivir más no significa vivir mejor”, encierra un dilema que desde la bioética lleva una impronta necesidad de hacer valer el derecho a morir con dignidad, a vivir mejor el estado terminal de la vida, lo que significa gestionar todas las acciones posibles que ofrezcan a la persona el beneficio de tener las mejores condiciones hasta su finitud.

Esta reflexión no trata de imponer lo que se debe hacer en la investigación con seres vivos que transitan la finitud de sus vidas en estado terminal, ni juzgar y, mucho menos, condenar las acciones y decisiones de quienes tienen la responsabilidad de cuidarles. Esta reflexión busca abrir espacios de diálogo que permitan líneas de acción en concordancia con los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, responsabilidad, autonomía y justicia. Busca promover el análisis sobre el sufrimiento existencial, el cuidado, el autocuidado, la solidaridad y la compasión. Busca ofrecer una mirada cuidada a las leyes, sobre todo si se requiere investigar con estas poblaciones tan vulnerables, pero cuyo objetivo no deja de ser una necesidad para el bienestar de futuros tratamientos.

Las decisiones que se tomen ante el sufrimiento humano en uno de los momentos más trascendentales de la

existencia, ya sea de quien sufre, de sus familiares o del sanitario, inevitablemente pasará por la reflexión ética.

MUERTE DIGNA: EL VALOR Y LA DIGNIDAD DE LA VIDA HUMANA TERMINAL

En el debate cotidiano, la expresión “morir dignamente” tiene una connotación que presume la necesidad de solicitud de eutanasia. De ahí la importancia de profundizar en su significado y darle un especial cuidado a su interpretación, sobre todo en cuanto al valor semántico que se le otorgue, debido a los múltiples objetos o situaciones a las que se puede referir.

El término literalmente no indica solicitar la eutanasia. Se refiere al acto de morir y todo lo que conlleva ese acontecimiento para una vida con dignidad, que puede tratarse de un tiempo corto o largo.

Al respecto, el filósofo español Francesc Torralba señala que “la asociación entre eutanasia y muerte digna constituye una imprecisión conceptual y terminológica grave y una manera de secuestrar el concepto de muerte digna desde una determinada manera de concebir la dignidad y la libertad humana. Ni el morir dignamente se identifica necesariamente con el ejercicio de la eutanasia ni el ejercicio de la eutanasia garantiza necesariamente una muerte digna” (1). Dentro de este contexto, Torralba sugiere la necesidad de diferenciar entre la dignidad ontológica, ética y jurídica (Figura 1).

El tema de la muerte

A lo largo de la historia, y en la modernidad, el tema de la muerte genera en el ser humano rechazo, impotencia, vacío existencial y soledad. La primera reacción ante la noticia de que adviene la muerte es una negación y un ocultamiento del acto de morir; luego, aparece la terquedad y la intransigencia, y la obsesión por desligarse de la realidad sobre la muerte.

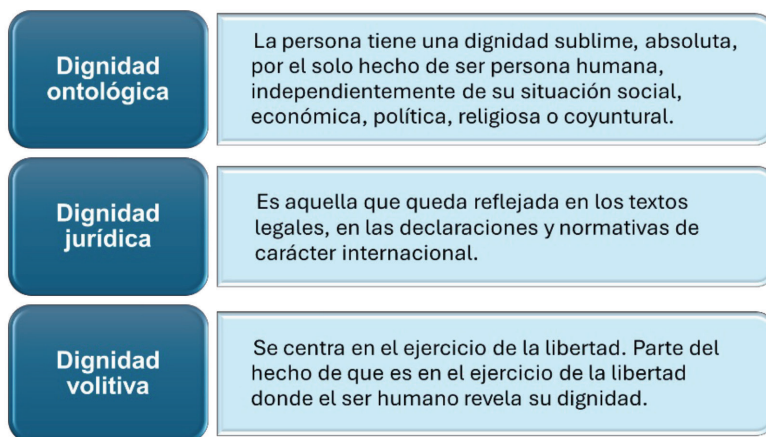


Figura 1. Dignidad ontológica, ética y jurídica.

Es común respirar la muerte de esta forma en las unidades de cuidados intensivos, sobre todo en la Sección de Oncología de los diferentes centros de salud. La rigidez de protocolos y equipamiento médico, la angustia y el no saber manejar la situación ante la muerte, le quita el carácter humano y natural al acontecimiento. Se vuelve inmanejable tanto para el personal de salud como para el paciente y su familia. En estos ambientes se puede respirar una sensación de soledad, vacío y falta de sentido (2). Este tipo de sentimientos son experimentados por el personal de salud en la práctica diaria; sin embargo, la situación empeora, más aún, en los casos en los que no se cuenta con habilidades comunicativas, tiempo disponible para dedicar al paciente y tiempo prudente para conversar con la familia sobre lo que realmente está ocurriendo. En la gran mayoría de los casos, no existen espacios físicos que permitan momentos apropiados de intimidad para manejar con cautela la comunicación de noticias, la muestra de afecto y la consideración fraterna ante la complejidad del momento (3). La angustia, el desconuelo, la tristeza y la desesperación que genera este escenario en el paciente, en su familia y en el personal de salud debe ser motivo de preocupación para las autoridades encargadas del centro médico, así como para quienes tienen la responsabilidad de la resolución de conflictos en torno a la muerte.

Por otra parte, el proceso terapéutico con nula o pocas esperanzas de recuperación supone sufrimientos anexos a la simple idea de la muerte. Es posible que, ante la vivencia de este tipo de experiencias, los centros hospitalarios estén haciendo esfuerzos para sobrellevar este tipo de situaciones que generan dolor. Morir es una experiencia difícil tanto para el paciente como para el personal médico. Este profesional es testigo de la agonía que vive su paciente cada día, sin poder hacer mayor esfuerzo. Es consciente de la incapacidad de la ciencia para curar. "Cuando el paciente terminal conoce a su médico, ambos inician una de las tareas más complejas que deberán enfrentar" (4).

Comprensión de términos

Como se menciona en el artículo "Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras" (5), existen cinco escenarios relevantes en relación con la toma de decisiones clínicas al final de la vida:

- **Eutanasia:** el término etimológicamente solo significa buena muerte. En la actualidad, el debate sobre la eutanasia toma interés cuando la búsqueda de la buena muerte empieza a convertirse en una práctica medicalizada.
- **Muerte:** es el término de la vida a causa de la imposibilidad orgánica de sostener el proceso homeostático. Se trata del final del organismo vivo que se había creado a partir de un nacimiento. Su concepto y definición ha variado a través del tiempo según la cultura, la religión y el pensamiento predominante de cada pueblo y de

cada época, con la creencia o no de la vida después de la muerte, que conlleva la esperanza de una vida cuando la estancia terrenal llega a su fin (6).

- **Muerte digna:** se refiere al acto de morir y todo lo que implica ese proceso para preservar la dignidad de la persona, durante un tiempo que puede ser muy corto o largo.
- **Tanatología:** el Instituto de Tanatología de México la define como "una disciplina científica que se encarga de encontrar el sentido al proceso de la muerte, sus ritos y significado concebido como disciplina profesional, que integra a la persona como un ser biológico, psicológico, social y espiritual para vivir en plenitud y buscar su trascendencia. También se encarga de los duelos derivados de pérdidas significativas que no tengan que ver con la muerte física o enfermos terminales" (7).
- **Distanasia:** conocida también como encarnizamiento, ensañamiento u obstinación terapéutica, se define como 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.

INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS QUE TRANSITAN LA FINITUD DE SU VIDA

La investigación en personas que transitan el final de su vida, ya sea por enfermedad terminal o por vejez, tiene como propósito mejorar la calidad de los cuidados paliativos, así como contribuir a la comodidad y el bienestar de los pacientes y sus familiares. También busca desarrollar estrategias éticas y efectivas para la toma de decisiones, garantizando que el paciente viva sus últimos momentos en concordancia con sus valores personales. Por lo general, se enfoca en temas como el control del dolor y otros síntomas, el apoyo emocional y espiritual, y la comprensión de las experiencias y necesidades en esta etapa.

A pesar de los beneficios que esta investigación puede aportar, se debe considerar que su desarrollo implica una serie de conflictos derivados de dilemas complejos, que requieren decisiones fundamentadas en principios bioéticos.

Partiendo de ese contexto, desde la visión principialista, se busca la integridad y la dignidad de la persona, mediante el respeto y la aplicación de los principios bioéticos de no maleficencia, autonomía, beneficencia, justicia y equidad (8).

Al respecto, el Informe Belmont, elaborado en EEUU por la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de la Investigación Biomédica y Conductual, menciona que en la investigación con seres humanos deben prevalecer



sobre todo tres principios éticos: respeto, beneficencia y justicia (9).

Podría presentarse el caso de que algún investigador en salud desee poner en práctica un nuevo fármaco o procedimiento terapéutico en uno de sus pacientes en estado terminal, con el fin de salvar su vida o de probar dicho procedimiento. Aunque su intención no es hacer daño, podría caer en la práctica de un ensañamiento terapéutico. Esta probabilidad hace reflexionar sobre una serie de interrogantes: ¿Qué decisiones tomar?, ¿cuál es el límite de dichas prácticas?, ¿quién toma las decisiones al final? Estos son cuestionamientos que abren el espacio al debate, la discusión y el diálogo.

Son temas muy complejos, donde intervienen diversos intereses que no son precisamente solo el bienestar del paciente. Por ejemplo, están las luchas de laboratorios, que en algunas ocasiones ofrecen muy buenas sumas de dinero para probar medicamentos en enfermos, incluso en aquellos que no tienen muchas posibilidades de sobrevivir. Aunado a ello, hay casos en los que los estados también intervienen. De ahí que en la investigación con seres vivos deben considerarse las apetencias de lucro de los diferentes actores de este proceso que involucra la salud de las personas y tener siempre presente que “el propósito principal de la investigación médica con participantes humanos es generar conocimiento para comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades, mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas y, en última instancia, promover la salud individual y pública” (10).

Ensañamiento terapéutico: descripción de un caso

Como se mencionó anteriormente, el ensañamiento terapéutico consiste en la aplicación de medidas médicas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con el fin de evitar la muerte de un paciente con una enfermedad terminal o irreversible. Sus principales características se muestran en la Figura 2.



Figura 2. Principales características del ensañamiento terapéutico.

Un ejemplo de ensañamiento terapéutico es el caso de un estudio realizado en un hospital de la Ciudad de México, producto de las prácticas establecidas por el Programa de Posgrado en Enfermería del Adulto en Estado Crítico, de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el cual se detalla a continuación (11):

Mujer de 81 años de edad, soltera, originaria de Michoacán, pero residente desde hacía 50 años en el Distrito Federal. Medía 165 cm y pesaba 90 kilos. Un indicador de su origen socioeconómico bajo es que el máximo nivel de educación formal alcanzado correspondía a 4º año de primaria. Desde un punto de vista cultural, la señora estaba formada en una concepción y en valores arraigados respecto al pudor personal. Esto se hacía evidente, en particular, en los momentos en que se realizaba la higiene corporal o algún otro procedimiento más invasivo de su intimidad. En lo que respecta a la dimensión espiritual, profesaba la religión católica y se observaba entre sus pertenencias varios símbolos de la expresión de su fe, como un rosario e imágenes de la Virgen. Se desconocían datos respecto a vivienda, alimentación y ocupaciones, ya que no se pudo interrogar con la profundidad y amplitud necesaria a la señora, debido al deterioro de su estado de salud que se observó a partir del tercer día de ingreso.

Finalmente, durante el período de la internación sólo se hizo presente un familiar no cercano a la señora, esta persona al comienzo venía en la hora de la visita, le traía diferentes cosas y hablaba con ella, al cabo de una semana no concurrió más, no hubo familiares directos de la señora y tampoco los mencionó ella; en consecuencia, sufrió abandono, y fue derivada a un asistente social del Hospital, quien asumió la curatela.

Antecedentes clínicos

La mayoría de los datos sobre sus antecedentes fueron extraídos de su historia clínica, en la misma constata que la señora no era fumadora. Desde los 18 años (1940) padecía de Bronquitis Crónica, a causa de la cual desarrolló posteriormente Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC). A los 74 años (en 1996) se le diagnosticó Cor Pulmonale Crónico, de padecer Hipertensión Arterial Sistémica, ignorándose la fecha de diagnóstico.

La señora ingresó a la UCIN el día 22 de octubre de 2003, con diagnóstico de Cor Pulmonale descompensado, exacerbado con Neumonía Nosocomial. Procedía del Servicio de Neumología del mismo Hospital en donde había estado internada desde hacía 15 días.

Evolución clínica y paraclínica

A partir de su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neurológicos (UCIN), su estado físico fue deteriorándose cada vez más en forma irreversible. De acuerdo con la valoración de las 14 necesidades, la evaluación clínica y los detalles de su proceso patológico fueron los siguientes.

Rol de Enfermería ante el caso

El equipo de Enfermería estaba integrado por la enfermera jefa de sala, tres enfermeras por turno y siete estudiantes del Post-grado de ENEO, para un total de siete enfermos. Respecto a la necesidad de respirar debida a la insuficiencia respiratoria, requirió asistencia

ventilatoria mecánica los 45 días que permaneció en la UCIN, trece días más después del ingreso fue necesaria la realización de una traqueostomía. Fue imposible el destete del Apoyo Ventilatorio Mecánico (AVM) por un tiempo no mayor de 15 minutos, además, presentó alteraciones del sistema cardíaco, ya que, a cuatro días del ingreso, manifestó una disminución del gasto cardíaco, así como extrasístoles ventriculares, por lo cual requirió la administración de inotrópicos así como digitálicos. Un factor exacerbante desde un comienzo es la anemia; luego plaquetopenia, leucocitosis y finalmente leucopenia producida por la sepsis.

Para suplir la necesidad de alimentación se instauró la nutrición enteral mediante sonda nasogástrica. Posteriormente se observa sangrado de tubo digestivo alto y bajo, por lo cual debe realizarse lavado gástrico, reposición de volúmenes con hemoderivados y se instaura nutrición parenteral.

En la eliminación a nivel renal, a comienzos de noviembre se instaura una insuficiencia pre renal aguda y anuria. En la necesidad de protección de la piel se inició con la identificación de úlceras por presión, grado II en los talones y región sacrocóxigea, relacionado con el reposo prolongado y el edema generalizado. Aparece laceración en cuello ocasionado por la fijación de la traqueostomía y en muslo derecho por la fijación de la sonda vesical. Se observaron múltiples hematomas en miembros superiores debidos a punciones arteriales, realizadas por turno.

Los registros en los que se basó el estudio de caso, se realizaron en su totalidad por la estudiante de la especialidad durante el turno matutino. Se pudo constatar que en algunas ocasiones existía déficit de higiene y confort producto de la no satisfacción de estas necesidades durante el turno nocturno de enfermería y se le encuentra en seis ocasiones con medidas de sujeción. En adelante sólo se hará referencia a lo observado y al desempeño de los tres roles de cuidado: informar, abogar por sus intereses y valores, y comprender empáticamente a la usuaria en su proceso vital.

La comunicación con la señora sobre su enfermedad y en particular sobre los procedimientos de enfermería que se le estaban realizando tuvo un cambio. Inicialmente, los primeros 10 días, cuando su estado de ánimo era más favorable y tenía una disposición a colaborar, la señora era informada sucintamente sobre cada procedimiento (higiene y confort, administración de medicamentos). En el caso de las gasometrías, éstas eran realizadas por el técnico de inhaloterapia de turno, quien, en ocasiones, además de informarle, también bromeaba con ella. Sin embargo, conforme su estado de ánimo iba decayendo fue necesario pasar del plano de la mera información a la negociación sobre los cuidados. Es decir, era necesario conversar con ella más extensamente para convencerla de los beneficios que obtendría luego de cada cuidado y así obtener su consentimiento para realizar cada práctica.

La comunicación se amplió y diversificó no sólo en sus propósitos, sino en la duración, en la frecuencia y en los contenidos. Este rol de más activo involucramiento con la señora fue desempeñado principalmente por la estudiante.

Le realizaron un tacto vaginal en el que se argumentaba la necesidad de exploración por sangrado a ese nivel, a ese respecto se ejerció el rol de abogar por los valores de la señora. Frente a la decisión médica, se optó por exponer los valores de la persona sin hacer alusión a la poca relevancia de los datos que conseguirían,

y la estudiante reaccionó rechazando la pertinencia ética de tal procedimiento.

Se le comentó al médico acerca de los temores y pudor, así como la negación de vida sexual activa de la señora y que, desde el punto de vista ético, la oscultación probablemente la expondría a una situación muy vergonzosa, la dejaría muy alterada y constituiría un menoscabo a su dignidad. Sin embargo, el médico no consideró la opinión profesional y procedió a realizar el tacto, sin éxito en el procedimiento puesto que la señora era núbil.

Fue de esperar que la comunicación y en general la relación de la señora con el equipo de enfermería, fue radicalmente transformada luego del episodio de la auscultación vaginal.

La señora quedó muy alterada ese día, rechazando los cuidados. En días siguientes conservó una reacción hostil hacia el equipo de enfermería, al parecer porque lo ubicaba como responsables de las "agresiones" que fue recibiendo.

Finalmente, la comunicación con la señora no alcanzó el nivel de empatía deseable para una persona que se encuentra en una situación de enfermedad terminal. Si bien el equipo estable de enfermería mantuvo durante todo el proceso un vínculo correcto en lo instrumental y procedimental, en lo expresivo fue más bien indiferente y frío. Sólo estaban junto a la señora el tiempo estrictamente necesario. El resto del tiempo del turno, el vínculo entre enfermería y ella fue mantenido por la presencia de la estudiante de enfermería.

Datos de ensañamiento terapéutico en la usuaria

En este difícil equilibrio entre ensañamiento y desahucio prematuro, cabe señalar las situaciones que obligaban a procedimientos terapéuticos inútiles. Dado que fue infructuoso el destete del ventilador mecánico, se hizo necesario realizarle gasometría para establecer los parámetros del ventilador según sus requerimientos, habiéndose indicado dos gasometrías por turno. Diariamente y durante 45 días desde su ingreso, la usuaria fue puncionada seis veces al día sólo para la regulación de los parámetros ventilatorios; un total de 270 veces.

Desde su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, se le indicó una radiografía de tórax diaria que se realizaba en el turno matutino. El objetivo era monitorear la evolución del derrame pleural. Este procedimiento implicó la movilización de la señora por parte de los técnicos radiólogos, el contacto con la placa (el período corresponde al otoño-invierno), sin beneficios visibles para la señora.

En la bibliografía no existe consenso respecto a si otros procedimientos resultarían o no desproporcionados, pero pudieran ser cuestionables, por ejemplo, la realización de diálisis, la manutención de un gasto cardíaco a expensas de la utilización de inotrópicos y digitálicos en un corazón que "ya no da más", y la utilización de antibioterapia. Y finalmente, cuando se produce el paro cardio respiratorio la realización de maniobras reanimatorias.

Es sabido que, en los estadios finales de la sepsis, la plaquetopenia lleva a sangrados frecuentes, ya que frente a un bajo gasto cardíaco el organismo trata de suministrar oxígeno a cerebro corazón y riñones en detrimento del resto del organismo, lo cual también lleva a la producción de sangrados. Por lo tanto, el procedimiento de tacto vaginal, es el indicador más claro de que hubo ensañamiento terapéutico, éste no iba a cambiar radicalmente la

terapéutica aplicada ni aportar datos nuevos que condujeran a cambios en la misma.

Si se visualizan objetivamente todos estos procedimientos, se puede observar que eran desproporcionadamente molestos, e incrementaron el dolor y el sufrimiento en comparación con el resultado que se esperaba de ellos.

¿Tuvo la señora una muerte digna? Partiendo de la postura que establece que una muerte digna requiere brindar al moribundo todos los alivios médicos adecuados, que permitan disminuir el dolor sin que lleguen a ser desproporcionados, y además otorgarle todos los consuelos humanos posibles, se debe concluir que la señora careció de una muerte digna en ambos planos.

La exposición de este caso deja en evidencia la variedad de situaciones que se pueden presentar y cuáles decisiones o líneas de acción promueven un final digno y una buena muerte. Al respecto, debe mencionarse que esto se logra cuando dichas acciones, protocolos o situaciones están cargadas de acompañamiento, afecto y sentido humano, y respaldadas desde los principios de beneficencia y autonomía.

Para comprender mejor lo anterior, es importante clarificar el concepto de "buena muerte". Según lo indicado por la doctora inglesa Iona Heath, "para muchos una buena muerte es aquella en la que el moribundo puede controlar el proceso y morir con dignidad y calma, y todos los que lo rodean se sienten privilegiados, en cierta forma enriquecidos por la situación. Sin embargo, esas muertes son poco comunes, son muchos más los que son objeto de manoseo y falta de respeto, los que quedan sumidos en el sufrimiento" (12). Dentro de ese contexto, la doctora Heath expone una realidad que representa un reto casi imposible de alcanzar: la buena muerte para todas las personas sin distinción alguna. Adicionalmente, lanza diversas interrogantes que al tratar de responderlas podrían generar una propuesta que desde la bioética se asemeja al equilibrio reflexivo. Dichas interrogantes son: ¿qué forma de morir queremos para nosotros y para nuestros seres queridos?, ¿cómo dialogar con quién está por dejarnos?, ¿cómo acompañarlo sin reducirlo a objeto de un ensañamiento terapéutico?, ¿cómo hacer más suave y digna la transición?

Ante esto, queda señalar que la vida y la muerte, la dignidad y la autodeterminación del paciente como sujeto moral que posee autonomía es un legado de valores de gran significado en situaciones límites de la existencia. Cada término estará cargado y escoltado por el universo de valores, creencias, culturas, sentimientos y deseos de cada individuo como ser de vínculos y relaciones.

LA VULNERABILIDAD AL FINAL DE LA VIDA

Es preciso reflexionar sobre el término "vulnerabilidad" para entender lo que significa el estado vulnerable del ser humano al final de la vida, en especial en contextos donde este podría convertirse en objeto de investigación. Para empezar,

es importante señalar que etimológicamente esta palabra deriva del latín *vulnerabilis*. Está compuesta por la raíz *vulnus*, que significa herida, y el sufijo *-abilis*, que indica posibilidad; por lo tanto, desde el punto de vista etimológico, vulnerabilidad significa una mayor probabilidad de ser herido o bien, una susceptibilidad a ser herido, lo cual forma parte de nuestra esencia.

Las vulnerabilidades adoptan diferentes formas, según la naturaleza del objeto de estudio, sus causas y consecuencias. Hay grados de vulnerabilidad que tienen que ver con circunstancias específicas o con situaciones sociales, económicas, culturales y espirituales. Por ejemplo, frente a un desastre natural como un huracán, la pobreza es un factor de vulnerabilidad que deja a las víctimas inmobilizadas sin capacidad de responder adecuadamente. Por otro lado, el alto índice de desempleo de las naciones genera vulnerabilidad en las familias por múltiples razones, entre ellas la falta de recursos para alimentarse y vivir bien. En relación con este tema, según un análisis efectuado en el 2020 por la Organización Internacional de Trabajo (OIT) en el contexto del COVID-19 (13), a nivel mundial ha habido un fuerte aumento de la tasa de desocupación, dejando sin empleo y sin ingresos a millones de personas, lo que generará un aumento de la desigualdad y la pobreza.

Existe otra vulnerabilidad que surge del ser, que es ontológica. Desde este punto de vista, cuando se habla de precariedad, que tiene que ver con la condición humana, se refiere a que los seres humanos, por naturaleza, son frágiles, limitados, y no todopoderosos. Esta fragilidad se acentúa principalmente durante las etapas de crecimiento. Por ejemplo, un ser humano en gestación es profundamente vulnerable, depende de los cuidados de su madre y de las mejores condiciones para desarrollarse y crecer hasta lograr su independencia. Una vez que ha logrado su autonomía para valerse por sí solo y desenvolverse en su crecimiento diario, también requiere de sostenibilidad y apoyo por parte de su entorno, de su familia, de la comunidad y de las instituciones sociales. En este estado, la vulnerabilidad y la fragilidad disminuyen notablemente; sin embargo, por su propia naturaleza, el hombre necesita vivir en sociedad. Es racional e individual, pero no autosuficiente, y requiere de la ayuda y protección de sus semejantes. De tal forma, la vulnerabilidad es un rasgo común a la especie humana; el ser humano más allá de su desarrollo es un ser vulnerable.

La filósofa francesa Corine Pelluchon, en su libro "Elementos para una ética de la vulnerabilidad" (14), manifiesta que la ética de la vulnerabilidad implica una articulación específica entre la ontología y la política, basada en una realidad principal: la alteración de sí y la pasividad de lo viviente; el ser humano "vive de", se nutre, tiene frío, conoce el hambre y la sed, necesita la luz, el aire y envejece. Sin embargo, señala que la ética de la vulnerabilidad no consiste única y esencialmente en rehabilitar la sensibilidad, entendida esta como susceptibilidad al dolor, al placer y al tiempo, o como la capacidad de experimentar la vida como algo que se desarrolla bien o mal.

Solo el hecho de tomar en cuenta la sensibilidad y la inquietud de lo viviente bastaría para modificar los fundamentos de la organización social y política. Por último, defiende la necesidad de revisar el contexto, para identificar el grado de vulnerabilidad que afecta a diversos colectivos humanos.

Ante este carácter de fragilidad que caracteriza a la especie humana, se vuelve imprescindible la práctica del cuidado: prevenir, curar y salvaguardar la vida. El cuidado y el autocuidado son necesarios para seguir existiendo; sin ellos, la persona puede ser herida e, incluso, morir. En esta realidad, cuidar no es un lujo, es una condición *sine qua non* para continuar existiendo. Y es que como afirma el filósofo e investigador francés Emmanuel Levinas Gurvic, “*El Yo, de pie a cabeza, hasta la médula de los huesos, es vulnerabilidad*” (15). Esta conciencia es la que impulsa al autocuidado y a la atención del otro.

Hay personas en tal grado de vulnerabilidad que no son conscientes de lo que les ocurre; por eso, necesitan estar al cuidado de otros para poder seguir viviendo y que ese rango de existencia se viva con dignidad. En muchas ocasiones, en esta condición se encuentra el grupo de personas que están en la finitud de su vida y en estado terminal, una de las etapas que representa mayor vulnerabilidad para el ser humano. Al final de la existencia, la condición física se deteriora con el pasar de los años, los sistemas del organismo pierden su capacidad funcional y en la gran mayoría de los casos aparecen las enfermedades degenerativas o terminales. Esta situación hace que las personas se vuelvan vulnerables, ante lo cual es fundamental luchar para que tomen conciencia de su vulnerabilidad y hagan valer sus derechos.

Al respecto, el filósofo Francesc Torralba, en su artículo “*Hacia una antropología de la vulnerabilidad*” (16), señala lo siguiente:

“La consciencia de la propia vulnerabilidad puede ser motivo de preocupación por muchas razones. El temor a cargar de responsabilidad a los allegados que se traduce en el miedo a ser un estorbo, una carga moral y material para las personas más próximas. El pudor o la vergüenza que siente el sujeto vulnerable cuando se ve obligado a solicitar la ayuda del otro para poder realizar sus funciones vitales. Este pudor puede inclusive alcanzar las costas de humillación moral. En este caso, es particularmente importante la reacción del otro-próximo. No se puede banalizar la vulnerabilidad del otro, pero tampoco debe absolutizarse, sino ponerse en el plano que le corresponde. El ser humano no debe sentir vergüenza de ser vulnerable, porque lo propio de su condición es ser vulnerable y por ello debería estar muy asumida la posibilidad de necesitar la ayuda del otro. La vergüenza tiene que ver con la manifestación de algo privado que ha sido revelado sin el consentimiento de la persona interesada. La vulnerabilidad no es un fenómeno privado, sino un rasgo universal de todo lo que subsiste en el espacio y tiempo. Sin embargo, el modo de percibir y de sufrir esta vulnerabilidad es estrictamente personal y cada cual tiene derecho a asumirla según su sensibilidad y sus rasgos culturales, sociales y religiosos. No se puede, ni se debe exponer la vulnerabilidad del otro, pero tampoco se trata de sentirse culpable por su condición vulnerable, porque ésta no ha sido buscada intencionalmente, sino que va asociada al hecho de existir, al hecho de estar vivo.”

Cuando el ser humano se encuentra mayormente vulnerable es cuando puede ser objeto de instrumentalización, porque por su condición específica no tiene fuerza para poner resistencia. Es probable que en este estado se violen sus derechos fundamentales y, en algunos casos, lleguen a ser objeto de ensañamiento terapéutico, abusos, explotación, humillación, abandono e incomprensión. Esta situación debe evitarse y, en su lugar, hacer valer su dignidad, respeto y voluntad, además de velar por su integridad física y moral.

LEGISLACIÓN SOBRE MUERTE DIGNA

Para empezar, es importante mencionar que en Costa Rica la eutanasia no está permitida; por el contrario, se considera un homicidio por piedad, delito tipificado en el artículo 116 del Código Penal, que establece: “*Se impondrá prisión de seis meses a tres años al que, movido por un sentimiento de piedad, matare a un enfermo grave o incurable, ante el pedido serio e insistente de éste aun cuando medie vínculo de parentesco*” (17).

En las últimas décadas se han hecho varios intentos por crear nuevas regulaciones sobre el tema, pero no han sido exitosas. En el año 2014, bajo el expediente legislativo N.º 19.440, se presentó el proyecto de Ley titulado “*Ley sobre Muerte Digna de Pacientes en Estado Terminal*”, el cual proponía regular la eutanasia y el suicidio asistido en Costa Rica; sin embargo, este fue archivado en el 2018 sin haber sido discutido ni aprobado en el plenario legislativo. Posteriormente, en el 2021, se presentó un nuevo proyecto de ley, bajo el expediente N.º 22.743, denominado “*Ley sobre Muerte Digna y Eutanasia*”, cuyo objetivo era atender y dar respuesta al sufrimiento de los pacientes en estado terminal y que sufren enfermedades irreversibles con pronóstico fatal; no obstante, hasta el momento este no ha avanzado de forma significativa.

En lo que respecta propiamente a la regulación legal en materia de muerte digna, el artículo 36 del Código de Ética del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica señala lo siguiente:

“Toda persona tiene derecho a morir dignamente. Por consiguiente, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos deberán ser proporcionales a los resultados que se pueda esperar de ellos.

El médico procurará siempre aliviar el sufrimiento y el dolor del paciente, aunque con ello haya riesgo de abreviar la vida.

Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pedido del paciente en plena capacidad y estado de conciencia, es lícito que el médico, tome la decisión de no aplicar tratamientos que procuren únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, debiendo procurar al enfermo los cuidados paliativos inherentes a la dignidad de todo ser humano, hasta el final de sus días.

Si se comprobare la muerte cerebral de un paciente, el médico estará autorizado para suspender todo procedimiento terapéutico” (18).

A nivel internacional, es claro que todos los Estados tienen interés legal de proteger los derechos de los ciudadanos, y uno de los mecanismos para lograr esa protección son los informes y declaraciones que surgen como resultado de grandes debates a nivel mundial, que en la mayoría de los casos responden a situaciones de injusticias y maltratos.

En ese contexto, nace en octubre de 1983 la Declaración de Venecia de la Asociación Médica Mundial sobre la Enfermedad Terminal, relacionada con los problemas éticos asociados con la atención médica del término de la vida (19). Esta declaración, actualizada en octubre del 2006, señala diversos mecanismos de protección para los individuos involucrados en este proceso. En general, considera como antiética la eutanasia y el suicidio con ayuda médica en el marco de la enfermedad terminal. También reconoce que las actitudes y creencias sobre la muerte y el morir, varían mucho según la cultura y la religión. Este último aspecto ofrece razones de peso que podrían ser utilizados para argumentar desde la bioética efectos normativos de carácter legal vinculante. Esto significa que quienes tienen la responsabilidad de formular leyes en los países y naciones deben hacer lo que corresponde en el ejercicio de su trabajo como representantes de la autoridad y garantes del bienestar. En este caso, su función es procurar que se reconozca la participación de la cultura, respetando el aporte de costumbres y tradiciones. Es importante que la persona sienta el apoyo de su comunidad en la presencia de sus raíces, acompañada con lo que dio sentido a su esencia. Otro aspecto relevante es la trascendencia del aspecto religioso y espiritual que necesita el ser humano al final de su vida. Esto está relacionado con la posibilidad de que se le ofrezca al paciente morir reconciliado con Dios y con sus semejantes.

De tal forma, esta declaración ofrece el fundamento suficiente para que un Estado o sociedad humana articule las leyes necesarias para que todas las personas puedan morir dignamente. Aunado a ello, deja en evidencia que muchas medidas paliativas necesitan tecnologías y recursos económicos que no están disponibles para todos. Esto confirma la falta de equidad, la desigualdad que impera entre economías más robustas, países del primer mundo, versus países del tercer mundo, con economías apenas para sobrevivir. Ante esta situación, surge la pregunta: ¿Dónde queda la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que confirma la igualdad de todos los seres humanos como derecho inalienable?, sobre todo, el respeto a esa igualdad para las personas que se encuentran en fase de muerte, donde debe ser reconocida y respetada como parte importante de su vida (20).

PERSPECTIVA ÉTICA

El ejercicio de la medicina tiene una finalidad clara: aliviar al paciente, es decir, al “moribundo”. Bajo ese mismo principio,

el ser humano sufriente es el destinatario de todo el esfuerzo científico en la investigación con seres vivos y en condiciones de vulnerabilidad.

Es probable que la investigación en poblaciones tan vulnerables como los pacientes al final de su vida y además en condiciones de enfermedad terminal, no sean el blanco de científicos e investigadores, por cuanto el riesgo de infringir las normas legales que defienden sus derechos es muy alto. Sin embargo, la tarea vinculada con buscar el bienestar de estas personas para una muerte digna, hace necesaria la puesta en práctica de investigaciones que ayuden al personal sanitario, cuidador o familiar a encontrar las herramientas específicas para permitirles un final de vida con dignidad, sin llevar a un ensañamiento terapéutico.

La reflexión sobre el ensañamiento terapéutico, sus límites y consecuencias, debería partir de un principio fundamental: atender con sensibilidad al paciente que sufre. ¿De qué sirve prolongar un sufrimiento cuando ya no hay posibilidades reales de sanar a la persona? ¿Qué sentido tiene prolongar artificialmente una vida cuando ya no hay esperanzas? Probar drogas nuevas o medios extraordinarios no siempre es signo de compasión, a veces es signo de empecinamiento o de afán de lucro. Estas prácticas hacen más caros los tratamientos y, aunque los cubra la seguridad social y no los familiares que están sufriendo, no dejan de representar dilemas éticos. Cuando se antepone el beneficio económico o el afán de experimentar sobre el respeto a la dignidad humana, se corre el riesgo de convertir la atención médica en una forma de manipulación al servicio de intereses ajenos al bienestar del paciente.

La contracara del ensañamiento terapéutico es la de la muerte asistida, o suicidio asistido, como se llama de manera eufemística a la eutanasia. En relación con este tema, es claro que en ocasiones la diferencia entre dejar que alguien muera en paz y hacerlo morir en paz es muy ambigua; por lo que cada caso debe ser analizado individualmente y recordar que nunca se debe matar a nadie, ni siquiera bajo una aparente compasión.

Partiendo de lo anterior, es preciso analizar e interpretar adecuadamente tres principios de la bioética que constituyen el fundamento ético básico para la práctica en la investigación con pacientes en la finitud de sus vidas y en condiciones de enfermedad terminal (8). Específicamente, estos son los principios de autonomía, beneficencia y justicia, relacionados con el derecho humano de vivir con dignidad el proceso de la muerte.

Principio de autonomía

“Se refiere a la capacidad que tiene el enfermo para decidir, siempre que exprese su deseo” (21). Esto implica que cada persona es autodeterminante para optar por sus propias decisiones, en función de este principio; es decir, que al ejercer su autonomía cada individuo conduce su vida en concordancia con sus intereses, deseos y creencias (22). En el ámbito

del cuidado de la salud, este principio incluye una serie de derechos que tiene el paciente y su familia, y que el personal de salud está obligado a cumplir. Entre ellos sobresalen tres, considerados esenciales:

- Obligación de informar al enfermo, si así lo desea, sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas, con sus riesgos y beneficios.
- Permitir al enfermo rechazar todo tipo de tratamiento o elegir uno distinto al propuesto.
- Permitir al enfermo, dentro de lo posible y con las limitaciones legales vigentes, elegir el momento, lugar y forma de su muerte.

Como parte de estos derechos, el personal de salud, a través del consentimiento informado, le comunica al paciente con capacidad mental suficiente la naturaleza de la enfermedad que posee y el procedimiento terapéutico que se le realizará.

Por otro lado, es importante mencionar que desde el principio de autonomía, morir dignamente significa morir haciendo uso de la libertad. En algunos casos de enfermedad terminal irreversible, la decisión libre de dar final a la vida está condicionada por un estado alto de vulnerabilidad y de ausencia de condiciones que mejoren su proceso. A esto se refiere Torralba cuando indica: "Pero esta decisión voluntaria -que no libre- está marcada por una irresponsabilidad social y política. En cambio, si la persona en cuestión se encontrase en otro marco existencial, seguramente no hubiera decidido "libremente" poner punto final a su vida" (1).

Principio de beneficencia

Hacer el bien (la obligación moral de actuar en beneficio de los demás, curar el daño y promover el bien o el bienestar), es un principio de ámbito privado y su incumplimiento no está penalizado legalmente; contrario al principio de no maleficencia (no hacer daño), cuyo incumplimiento está penalizado por la ley.

En el proceso hacia el final de la vida, la práctica del principio de beneficencia implica que todos los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y el acompañamiento psicológico-espiritual se apliquen con el único fin de beneficiar al paciente, es decir, respetar el derecho humano a morir con dignidad. Es ofrecer tratamientos adecuados, cuidados paliativos efectivos, y decisiones clínicas que respeten la dignidad y el bienestar del paciente.

Principio de justicia

Se refiere a la equidad en la distribución de cargas y beneficios. Para saber si una actuación es ética o no, desde el punto de vista de la justicia, debe valorarse si esta es

equitativa, debe ser posible, para todos aquellos que la necesiten. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Es también un principio de carácter público y legislado. Este principio encierra el mandato del primer artículo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: "Todas las personas, por el mero hecho de serlo, tienen la misma dignidad, independientemente de cualquier circunstancia y, por tanto, son merecedoras de igual consideración y respeto" (23). Además, promueve la lucha por una distribución justa y equitativa de las condiciones sociales, políticas y económicas de los pacientes que transitan hacia el final de sus vidas. Esto se puede traducir en recursos sanitarios adecuados, que en el caso de una investigación posibiliten el máximo beneficio al paciente, sus familias, los centros de salud y la comunidad en general. De modo que todas las personas puedan recibir un cuidado integral y universal, que garantice vivir con dignidad el proceso de la muerte.

CONCLUSIONES

Que la persona logre la plenitud al final de su existencia y tenga una muerte digna, será el gran reto para las próximas generaciones de investigadores y profesionales en el cuidado de la salud física, emocional, espiritual y social.

La muerte digna es aquella que ocurre con los alivios médicos adecuados, el amor y los consuelos humanos posibles. Si la investigación con estos grupos vulnerables está debidamente regulada y sujeta a estándares éticos que promuevan y aseguren el respeto de todos los participantes, al tiempo que protejan su salud y sus derechos, se convertirá en una gran herramienta, que permitirá una mejor calidad de vida en la etapa final de la existencia.

En ese contexto, parte de la tarea es salvaguardar a la población adulta mayor del abandono, la indiferencia y el enajenamiento terapéutico. No se trata solo de vivir más, sino de vivir con calidad el tiempo que reste de vida. El valor y la dignidad de la vida humana deberán ser el referente para hacer un uso responsable de la tecnología, sobre todo cuando se trate de tomar decisiones respecto a mantener o retirar el soporte vital en pacientes con una condición terminal o irreversible.

Si la investigación es un método, la finalidad que persigue dependerá de los intereses con los que se aborde cada situación específica y deberá contemplar en todo momento la ética de la investigación, entendida como un análisis reflexivo de una humanización que posibilite el derecho a morir con dignidad, a ofrecer a las personas el beneficio de contar con las mejores condiciones en la finitud de su vida.

En el final de la vida la incertidumbre aumenta, al igual que el miedo, la soledad y las dudas; por lo que se debe proceder con precaución y mucha prudencia, respetando la autonomía, aliviando el sufrimiento y brindando un acompañamiento emocional, espiritual y cultural. Si en algún momento de la existencia es necesario extremar el cuidado, el amor, la atención y la solidaridad, es en este proceso tan universal e inevitable para los seres humanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torralba F. Morir dignamente. *Bioética i debat*. 1998; 3(12): 1–6.
2. Maglio I, Wierzbica SM, Belli L, Somers ME. El derecho en los finales de la vida y el concepto de muerte digna. *Rev Am Med Respir*. 2016; 16(1): 71–77.
3. *Entrevista a Jiménez Jiménez G*. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Servicio de Oncología Médica. San José; 07 de marzo de 2022.
4. Heath I. *Ayudar a morir*. Madrid: Katz Editores; 2008. p. 19.
5. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM, Alarcos Martínez FJ, Barbero Gutiérrez J, Couceiro A, Hernando Robles P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calid Asist*. 2008; 23(6): 271-285.
6. Instituto Mexicano de Tanatología. *Qué es tanatología*. [Internet]. CDMX: Instituto Mexicano de Tanatología. Recuperado de: <https://tanatologia.org.mx/que-es-tanatologia/>
7. Quintanas A. Reseña de “Bioethics: Bridge to the Future” de Van Rensselaer Potter. *Sinéctica Rev Electr Educ*. 2009; (32): 1-5.
8. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 2 ed. New York: Oxford University Press; 1994. pp. 148-149.
9. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. *Informe Belmont: Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación*. [Internet]. EEUU; 1979. Recuperado de: https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf
10. Asociación Médica Mundial. *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos*. [Internet]. Helsinki: Asociación Médica Mundial; 1964. Recuperado de: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
11. Hooft PF, Hooft L. Bioética en el final de la vida. El derecho a morir en paz, la autonomía personal y las directivas anticipadas. Reflexiones en torno a la Ley de Muerte Digna. *Jurisprudencia Argentina*. 2012; 4(8).
12. Heath I. *Ayudar a morir*. Madrid: Katz Editores; 2008. pp. 20-23.
13. Organización Internacional del Trabajo. *Cumbre Mundial de la OIT sobre la COVID-19 y el mundo del trabajo – Construir un futuro de trabajo mejor*. [Internet]. OIT; 2020. Recuperado de: https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/events/WCMS_749534/lang--es/index.htm
14. Pelluchon C. *Elementos para una ética de la vulnerabilidad*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2015.
15. Levinas E. *Humanismo del otro hombre*. México: Siglo XXI Editores; 2001.
16. Torralba F. Hacia una antropología de la vulnerabilidad. *Forma*. 2010; 2: 25-32.
17. Ley No. 4573. *Código Penal*. San José: Sistema Costarricense de Información Jurídica; 2014. Recuperado de: https://pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=5027
18. Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. [Internet]. *Diario Oficial La Gaceta N° 81* (28 de abril de 2016). Recuperado de: <https://www.medicos.cr/website/documentos/NormativaLegal/NormasFundamentales/Co%CC%81digo%20de%20E%CC%81tica%20Me%CC%81dica%202016.pdf>
19. Asociación Médica Mundial. *Declaración de Venecia de la AMM sobre la Enfermedad Terminal*. [Internet] Asociación Médica Mundial; 1983. Recuperado de: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-venecia/> 1983.
20. Araya MA. Vivir con dignidad el proceso de la muerte: una mirada desde el Bioderecho. *Rev Teol SIWO*. [Internet]. 2023; 16(1): 19. Recuperado de: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/siwo/article/view/17986>
21. Azulay Tapiero A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? *An Med Interna (Madrid)*. [Internet]. 2001; 18(12): 650-654. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-71992001001200009
22. Castillo A. *Principios, normas y obligaciones del médico*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Comisión de Estudios de Posgrado, Centro Nacional de Bioética; 1999. pp. 235–245.
23. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. [Internet]. UNESCO; 1948. Recuperado de: https://www-un-org.translate.google.com/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc
24. Bastos Brandão de Souza Z. El final de la vida: legislación internacional. *Notas Paleativas*. 2021; 22(1): 28-31.
25. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8 ed. New York: Oxford University Press; 2019. pp. 148–149.
26. Boladeras M. *¿Qué dignidad?: Filosofía, derecho y práctica sanitaria*. Barcelona: Editorial Proteus; 2010. pp. 12–14.
27. Bonilla Sánchez JJ. El derecho a morir dignamente en Andalucía. *Espacio y Tiempo Rev Cienc Hum*. 2011; 25: 177–188.
28. Ceronetti G. The silence of the body. En: Heath I. *Ayudar a morir*. Madrid: Katz Editores; 2008.
29. De Lucas J. Aproximaciones éticas a la eutanasia. [Internet]. Youtube; 2021. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=QQT6slbL6jQ&t=615s>
30. Frutis Guadamarrá O. La muerte en el pensamiento de Séneca: una lección moral. *La Colmena*. 2013; 78: 45–52.
31. Juan Pablo II. *Evangelium Vitae: Carta Encíclica sobre la dignidad humana*. Ciudad del Vaticano; 1995.
32. Samayoa AN. Dignidad humana: una mirada desde un enfoque filosófico. *Rev Latinoam Derechos Humanos*. 2021; 32(1).
33. Simón L. Muerte digna en España. *Derecho & Salud*. 2008; 16(Extra): 75–94.
34. Torralba F. *¿Qué es la dignidad humana? Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris*. Barcelona: Herder Editorial; 2005. pp. 48–49.
35. Valdés E. *Bioderecho: epistemologías y aplicaciones en tiempos de pandemia y riesgo existencial*. Valencia: Tirant Lo Blanch; 2021.