

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE FILOSOFIA Y HUMANIDADES**

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE POSTGRADO



“LA MUERTE, UNA VISIÓN DESDE LA FILOSOFÍA”

**DANTE SEVERO ALBERTI ÁLVAREZ
MÉDICO GERIATRA**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO MAGÍSTER EN BIOÉTICA

DIRECTOR DE TESIS

PROF. DR. CRISTÓBAL HOLZAPFEL OSSA

COTUTOR

PROF. DR. BERNARDO AGUILERA DREYSE

Fecha: 15/07/2021

ABSTRACT

Death a vision from philosophy

Summary: This is an attempt to make an approximation to a conceptualization of death from a philosophical perspective, addressed to physicians who are neophytes in philosophy, based on prominent philosophers as Jaspers and Heidegger, to use the terms, dasein, existenz, transcendence, autonomy, proper and improper death that sometimes do not coincide in time and it is the challenge of modernity that should motivate us to *Sapere Aude*, since *memento mori* exists and death is the greatest possibility of all possible possibilities, it is our obligation to define how we want to leave this world.

Keywords: Proper and improper death, dasein, existenz, transcendence, autonomy.

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER CONFLICTO DE INTERÉS

Yo, Dante Severo Alberti Álvarez, Investigador de la tesis “La Muerte, Una Visión Desde La Filosofía: Declaro bajo juramento y en honor a la verdad que no me encuentro en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar, sentimental o de otra naturaleza que pueda afectar la ejecución del presente protocolo de investigación.

Como constancia de lo expresado en la presente declaración firmo.

Santiago, octubre 31 de 2021.



DANTE SEVERO ALBERTI ÁLVAREZ

NUNC LENTO SONITU DICUNT, MORIERIS

Ahora esta campana que dobla suavemente por otro
me dice: eres tú quien debe morir. John Donne (1572-1631)

Esta tesis está dedicada a los 365 colegas médicos italianos y 19 médicos chilenos que fueron víctimas del infierno del COVID-19. Gracias, hermanos, maestros y colegas.

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I.....	6
1. Resumen.....	6
2. Casos Clínicos.....	7
CAPÍTULO II.....	9
1. Introducción.....	9
2. Estado vegetativo persistente (EVP).....	10
3. Muerte cerebral.....	12
CAPÍTULO III.....	15
1. Motivación personal.....	15
2. Intenciones.....	15
3. Paciente Blanco.....	16
4. Base de la reflexión.....	17
CAPÍTULO IV.....	17
1. Visión religiosa actual.....	17
2. Visión poética.....	18
3. Visión filosófica.....	18
3.1 Martin Heidegger.....	18
3.2.Karl Jaspers.....	21
3.3 Historia filosófica de la muerte.....	30
CAPÍTULO V.....	31
1. Directrices anticipadas.....	31
2. Teoría del Principialismo.....	32
2.1 Principio de Autonomía.....	32
2.2 Principio de No maleficencia.....	33
2.3 Principio de Beneficencia.....	34
2.4 Principio de Justicia.....	35
CAPÍTULO VI.....	36
1. Hipótesis de trabajo.....	36
2. Objetivo general.....	37
3. Objetivos específicos.....	38
3.1.Plantear la dualidad o el monismo del ser humano.....	38
3.2.Plantear la muerte como parte del ciclo vital.....	39
3.3.Entender el concepto de muerte impropia y muerte propia.....	39
3.4.Diferencia entre el buen médico y el médico bueno.....	39
CAPÍTULO VII.....	40
Análisis de los casos bajo el paradigma filosófico y la Teoría del Principialismo.....	40
8.1. Análisis caso I.....	40
8.2. Análisis caso II.....	42
8.3. Análisis caso III.....	44
Conclusión.....	45
10. Bibliografía.....	47

“LA MUERTE, UNA VISIÓN DESDE LA FILOSOFÍA”

“Porque temer la muerte, atenienses, no es otra cosa que creerse sabio sin serlo, y creer conocer lo que no se sabe. En efecto, nadie conoce la muerte, ni sabe si es el mayor de los bienes para el hombre. Sin embargo, se la teme, como si se supiese que es el mayor de todos los males. ¡Ah! ¿No es una ignorancia vergonzante creer conocer una cosa que no se conoce?” (Platón, *Apología de Sócrates*).

CAPÍTULO I

1.-Resumen

Este es un trabajo teórico dirigido a médicos neófitos en filosofía, con la intención de proponer cambiar el uso exclusivo del paradigma positivista de la muerte e invitarlos a usar otros paradigmas humanísticos, intentando exponer las diferentes ideas que tienen los filósofos sobre la muerte, especialmente Heidegger y Jaspers. Intenta buscar respuesta a: ¿Cuándo se muere realmente? ¿Será cuando la materia orgánica deja de funcionar, las mitocondrias dejan de producir energía, las membranas celulares pierden su permeabilidad y ocurre una falla multiorgánica y cesa la función, y la persona pasa a cadáver? Tomo el concepto de muerte cerebral, como muerte sin discusión, pues es un consenso en la mayoría de los países. El centro de la discusión está en los pacientes en estado vegetativo persistente (EVP) y mi postura es que ellos ya están “muertos existencialmente”, pero no pierden su calidad de personas; mientras estén en este estado de “durmiente” se les debe proporcionar todo el cuidado posible, sin embargo, cuando ocurre un evento intercurrente como un TEP, AVE, o lo más común que es una sepsis, no se debe intervenir en forma curativa sino más bien paliativa, es decir, aliviar los síntomas y acompañar en el proceso de fin de vida o acompañar en el proceso de su muerte biológica.

Extiendo mi análisis como una apertura a pensar en las personas que tienen sus funciones mentales totalmente normales y desean la muerte, pues se elevan sobre lo dado, los esquemas, el yo-cuerpo y ven la retirada de este mundo como una “muerte propia”; es acá donde aparecen interrogantes que generalmente son temas tabúes como suicidio, muerte asistida y eutanasia. En ningún caso este artículo es una apología a esos temas, pero tampoco es una negación a ellos, el lector sacará sus propias conclusiones. Mi opinión es que la filosofía nos ayuda a tomar una postura, y Karl Jaspers nos ayuda mucho a ello con el llamado a respetar el suicido y al suicida, lugar desde el cual podemos enfrentarnos a estos temas tabúes. Para esto voy a presentar tres casos clínicos, pues al conocerlos el lector podrá ir pensando en ellos durante el desarrollo teórico de la tesis y sacando sus propias conclusiones que pueden estar de acuerdo o no con las mías propias al final de la lectura.

2.- A continuación, algunos casos clínicos y su análisis desde un punto de vista filosófico.

Los criterios de inclusión son:

- I. No haberse preparado para la muerte (muerte autentica)
- II. Estar en espera de la muerte biológica.
- III. No respeto a la dignidad humana
- IV. No respeto a la teoría Principialista.

El primer caso es Gustavo Cerati, (Buenos Aires, 11 de agosto de 1959 - 4 de septiembre de 2014), información obtenida del Diario El Mundo de Buenos Aires, escrita por el periodista Juan Ignacio Irigara el 04/09/2014. Fue un músico, cantautor, actor, y productor discográfico argentino que obtuvo reconocimiento internacional por haber sido el líder de la banda de *rock* "Soda Stereo". Es considerado, por parte de la prensa, cantantes y críticos, como uno de los más importantes e influyentes del *rock* latinoamericano.

A los 51 años, el 16 de mayo de 2010, después que finalizó un concierto en Caracas, Cerati tuvo que ser trasladado a un hospital. El neurólogo confirmó que había padecido un accidente cerebrovascular (ACV) con afasia de expresión. Sin embargo, más tarde lo intervinieron quirúrgicamente ante la gravedad del cuadro, y uno de los facultativos que lo atendió dijo que "no volvería a ser el mismo". Los médicos argentinos diagnosticaron que sufría un "daño severo en el hemisferio cerebral izquierdo y el tronco cerebral" y los estudios neurológicos para medir respuesta a estímulos sensitivos y motores no arrojaron nunca resultados esperanzadores.

El 7 de junio de 2010 fue repatriado a Argentina. El 14 de junio, según amigos cercanos al cantante, se informó que habría movido sus labios y su cabeza tras escuchar sus propias canciones. La noche del domingo 24 de octubre, a las 22:50 horas, Cerati ingresó a la clínica ALCLA, donde estuvo internado cuatro años en coma, conectado a un ventilador mecánico, en el mismo estado neurológico que el informado antes de su traslado, sin presentar mejoría alguna. Cerati falleció el 4 de septiembre de 2014, cerca de las 9:00 hora local (12:00 GMT), según la noticia emitida en Twitter mediante la cuenta oficial del cantante, así como un comunicado de sus familiares y médicos de la clínica donde se encontraba internado. La causa de muerte oficial fue "paro cardiorespiratorio".

El segundo caso es una mujer de 95 años, inmensamente millonaria, sin seguro médico, con 4 hijas solteras dedicadas a su cuidado, con demencia GDS 6, postrada, con traqueotomía conectada a ventilador liviano, gastrostomía, muy bien cuidada en su casa por un servicio privado de hospitalización domiciliario de enfermería. Frecuentemente hacía infecciones respiratorias que

eran tratadas en su hogar (NAC ATS III); en cuatro ocasiones presentó NAC ATS IV, entonces aconsejé a la familia tratarla en su casa, pero se negaron y concurrieron a clínica privada, donde permaneció al menos tres semanas en cada ocasión, regresando a su casa cada vez más deteriorada, y pasando a demencia GDS 7. Luego, presentó un sangrado gástrico y aconsejé tratarla en casa como paliativa, pero fue trasladada a clínica privada donde fue diagnosticada con un cáncer gástrico y síndrome pilórico. Los médicos tratantes realizaron varias endoscopias digestivas altas para seccionar el tumor, y realizaron ileostomía para alimentarla. La paciente murió después de un mes hospitalizada.

Es importante destacar que esta paciente no tiene ningún tipo de seguro médico y la familia paga en forma particular las atenciones médicas, de enfermería en su casa y en el sistema externo.

El tercer caso es una mujer de 70 años, con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) conectada a ventilador mecánico por traqueotomía y gastrostomía. Solo puede mover el pulgar derecho y con ese movimiento y una tabla con letras se puede comunicar; sin deterioro cognitivo, está en este estado hace 5 años en una clínica privada de larga estadía. La familia no está debidamente informada de lo que es el ELA, la paciente tampoco, pero está cansada de la situación y quiere morir, según me comunica mediante su sistema de darse a entender. Presenta una sepsis de origen pulmonar grave, recomiendo a la paciente y familia no tratar y acceden totalmente informados y conociendo las directrices anticipadas de la paciente, que también había sido plenamente informada. Ella muere tranquilamente bajo sedo analgesia. Los dueños de la clínica amenazaron con demandarme por dejarla morir, cosa que no prosperó. Es importante agregar que la familia pagaba una mensualidad que actualmente sería de 2 millones de pesos al mes.

Todos estos casos serán analizados después de ver el marco teórico propuesto, y en relación con las siguientes preguntas: ¿Las acciones realizadas son proporcionales a la situación, fueron acciones contra la ética médica? ¿Cuáles son los fines de esas acciones? ¿Se respetó la dignidad de las personas?

CAPÍTULO II

1.- Introducción

Como dije anteriormente, esta es una investigación teórica, de orden filosófico, acerca del fenómeno de la muerte, para médicos neófitos en filosofía. La intención es replantear el concepto de muerte, saliendo del paradigma positivista hacia un paradigma más teórico-crítico basado en la reflexión, con la intención de hacer del quehacer médico una acción científico-humanista en beneficio de nuestros pacientes.

Es importante recordar los conceptos de paradigmas positivista y teórico-crítico.

Paradigma positivista: Augusto Comte bautizó el nacimiento del positivismo, cuando en 1849 publicó su Discurso sobre el “espíritu positivo”. Ricoy indica que el “paradigma positivista se califica de cuantitativo, empírico-analítico, racionalista, sistemático, gerencial y científico tecnológico”; por tanto, el paradigma positivista sustentará a la investigación que tenga como objetivo comprobar una hipótesis por medios estadísticos o determinar los parámetros de una determinada variable mediante la expresión numérica (1).

El paradigma teórico-crítico, a su vez, se contextualiza en una práctica investigativa caracterizada por una acción-reflexión-acción, que implica que el investigador busca generar un cambio y liberación de opresiones en un determinado contexto social (1). La búsqueda de transformación social se basa en la participación, intervención y colaboración desde la reflexión personal crítica en la acción. Según Escudero (1987), los aspectos que caracterizan mayoritariamente al paradigma crítico son:

- (I) Poseer una visión holística y dialéctica de lo que se concibe como real.
- (II) La relación entre el investigador y el fenómeno de estudio se caracteriza porque todos los sujetos que participan en el proceso investigativo son activos y comprometidos con el cambio social.
- (III) El proceso investigativo se genera en la acción, es decir, en la práctica, y desde este punto se parte en la comprensión social de las necesidades, problemas e intereses del grupo humano que se encuentra en estudio.
- (IV) La búsqueda de una transformación de las estructuras sociales, basada en la liberación y manumisión de los individuos que conforman el contexto social de investigación (2).

Desde el siglo XIX, los médicos hemos basado el conocimiento de nuestra labor en el método científico que subraya la importancia de la experimentación, la observación y la medición, a lo que no ha escapado el estudio y definición de lo que es la muerte. Eso es lo que busco en esta tesis: una

invitación a un inicio de transformación de la cultura médica desde la reflexión, basada en mi experiencia como médico de cuidados de fin de vida y los conceptos filosóficos acá propuestos. En el resumen de la tesis planteo: ¿Cuándo se muere realmente? ¿Cuándo cesa el metabolismo celular? Si lo vemos solo desde la perspectiva celular, podríamos decir que no pues para las especies unicelulares ese proceso culmina con la división celular que da origen a células hijas, que transmiten material, procesos e información; por lo tanto, la célula no muere, sigue viviendo a través de sus hijas. En las especies pluricelulares la muerte de la célula es por apoptosis, una desaparición programada, lo que no implica el final del individuo; o por injuria, y se pierde la capacidad de recuperación, provocando la falla del órgano, y si esto es desastroso provoca, a su vez, la falla de otros órganos, produciendo una falla multiorgánica y el cese funcional del espécimen (3).

2- Estado vegetativo persistente (EVP)

Definición: se ha definido como una condición clínica caracterizada por la ausencia completa de consciencia sobre uno mismo y el entorno, unido a ciclos de sueño-vigilia, con preservación total o parcial de las funciones hipotalámicas y autonómicas del tallo encefálico. (4, 5). Estos pacientes se reponen de un sueño de tipo coma, tienen períodos de sueño-vigilia con despertares, apertura de los ojos y reacción limitada a posturas primitivas, no logran verbalizar, y tienen movimientos reflejos de las extremidades.

Según Jennett y Plum, (4) los afectados "no están inconscientes ni en coma en el sentido usual de la palabra, están despiertos sin conciencia". Ellos mantienen sus funciones cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales (con incontinencia fecal y urinaria), renales, termorreguladoras, endocrinas y alternan los ciclos de sueño-vigilia.

El daño anatómico del EVP indica la presencia de grave daño hemisférico y mínimo en el tallo encefálico (6).

Las causas son múltiples: traumáticas, trastornos metabólicos y degenerativos como la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, causas de especial interés en el desarrollo de esta tesis, siempre y cuando los pacientes estén en estado final de la enfermedad y se hayan agotado todos los recursos terapéuticos para una recuperación y estén cursando con una patología intercurrente. Estos pacientes "despiertos sin conciencia" viven por sí mismos, sin apoyos externos para respirar o drogas vasoactivas, solo se les proporciona alimentación y cuidados de enfermería. En este estado pueden permanecer largo tiempo, meses, inclusive años, y tenemos la obligación moral de proporcionarles los cuidados, mientras la situación así se mantenga. El problema bioético lo planteo

cuando se pierde esta “autosuficiencia o equilibrio” y comienzan a cursar una patología infecciosa, como el ejemplo de la paciente demente GDS 7 con sepsis pulmonar.

El EVP no es muerte cerebral, como se define más adelante, pero está dañado el sistema nervioso central (SNC) superior, la corteza cerebral, el que nos da la capacidad de pensar y de “ser” pero no de “estar” (yo planteo que estas personas están pero ya no son). Si bien técnicamente no está muerto, no nos debe ser indiferente la calidad de vida del paciente, sobre todo cuando no hay directrices anticipadas de parte de él; debemos buscar una solución que ponga fin una tragedia, que ya es terrible y que amenaza con prolongarse de la forma más grotesca durante décadas. Esta solución no puede jamás estar basada en la muerte intencionada y dirigida de la persona, pues eso sería un asesinato. Deben estar claras las diferencias entre una práctica médica acertada y un asesinato.

Además, si lo pensamos desde una visión de la dignidad kantiana, esta solución debe ser pensada en el beneficio del paciente en forma exclusiva, pues el ser humano es el fin último y no un medio para otros fines, como el sufrimiento de la familia, del personal del hospital o el alto gasto sanitario que implica mantener a una persona en EVP (7).

Desde el punto de vista religioso, Heidegger decía: “Dios no juega ningún rol, pues viene con preguntas, pero estas preguntas vienen con respuestas hechas” (8). Si bien está indicando que no hay espacio a la discusión por parte de los católicos, las ideas religiosas deben ser escuchadas porque nos incentivan a una deliberación más rica.

La vida es el don más precioso que el Señor ha dado al hombre. Él confió, se la confió como un capital para invertir, para producir frutos de vida eterna (Mt 25,14-30).

El mandamiento de no matar está escrito en tablas de piedra y en los corazones de los hombres, sin embargo, el corazón humano es algo terrible y de temer, porque la historia humana es una secuencia infinita de muertes físicas, morales y espirituales. El hecho de alterar el equilibrio con dios y rechazar su paternidad, ha hecho estallar la violencia en el corazón de los hombres. Dios le dijo a Caín, y dice a cada uno de nosotros: "el pecado está a la puerta; forma parte del instinto, pero hay que dominarlo". (*Gn 4,7*).

El Papa Francisco ha dicho en una entrevista a la COPE (cadena de radio española) que relaciona la eutanasia con “una cultura del descarte”. En la entrevista, consultado por la reciente aprobación de la norma que la regula, el líder de la Iglesia católica ha dicho que hoy: “lo que no sirve se descarta”. En el inconsciente colectivo de la cultura del descarte, los viejos molestan. Los enfermos terminales también”. Fue su respuesta al entrevistador, Carlos Herrera, cuando le preguntó “hasta dónde el hombre tiene poder real sobre su vida”, justo después de comentarle la aprobación de la

ley de eutanasia en España. “Lo que pide la Iglesia es ayudar a morir con dignidad”, añadió el Pontífice (9).

El “*leitmotiv*” de esta tesis es ese paciente no en muerte cerebral, sino en EVP, que puede permanecer en ese estado por un tiempo prolongado según los cuidados que tenga, pero la idea no es descuidarlo para que muera. La idea es que cuando pierde ese “equilibrio” que lo mantiene vivo, por una enfermedad intercurrente, llámese AVE, TEP, o un cuadro infeccioso, entra en juego la pregunta que fue la idea *mater* para realizar esta tesis: ¿Estoy enfermo o me estoy muriendo? Debe quedar claro que no planteo el EVP como muerte pues definitivamente no lo es, ya que estos pacientes pueden vivir años sin un cuadro patológico intercurrente, que generalmente es infeccioso. Si ese es el caso (estar cursando un cuadro intercurrente), mi respuesta propuesta es “Me estoy muriendo”.

¿Cuándo se muere realmente? En la conclusión trataré de responder esta pregunta, pero como adelanto, si pensamos en la dualidad del ser humano cuerpo-alma, la neocorteza que sería el alma para nosotros los médicos, está muerta. Según Platón y Descartes solo hay un cuerpo. Según Aristóteles, que era monista, al morir el alma muere el cuerpo; según Laín el alma no existe y es solo la neocorteza, por lo tanto, tendríamos un cuerpo.

3- Muerte cerebral

La revista *Salud Mundial* de la OMS, del 9 de diciembre de 1982, con la portada inspirada en los dibujos de Picasso, y que está enteramente dedicada al tema de *La vida y la muerte*, la define basándose en siete criterios:

- I- La ausencia completa y permanente de consciencia.
- II- Ausencia permanente de respiración espontánea.
- III- Ausencia de toda reacción a los estímulos exteriores y a todo tipo de reflejos.
- IV- La atonía de todos los músculos.
- V- La falla de la regulación térmica del cuerpo.
- VI- El mantenimiento de la tonicidad vascular únicamente debido a la administración de drogas vasoactivas.
- VII- Ausencia completa y permanente de la actividad eléctrica.

Es importante hacer una revisión histórica del concepto de muerte de un ser humano:

La aparición de las Unidades de Paciente Crítico (UPC), en la década de 1950, gracias al desarrollo de las técnicas de soporte vital, provocó una inquietud médica por realizar un diagnóstico certero

de la muerte en pacientes sometidos a ventilación mecánica, lo que motivó desarrollar una definición de muerte cerebral. En la actualidad se manejan tres: I. Muerte de todo el encéfalo, II. Muerte del tronco cerebral, y III. Muerte de la neocorteza cerebral.

Es el único concepto válido de muerte ya que no existe ninguna posibilidad de soporte o suplencia de las funciones del SNC. Por su aceptación generalizada y por ser utilizado desde un punto de vista legal, en la mayoría de los países de nuestro entorno, excepto Japón, se ha asumido el concepto de “muerte de todo el encéfalo” como muerte, ya que, además, ha proporcionado un abordaje práctico, legal y socialmente aceptable de la definición de muerte (10).

Los griegos planteaban la muerte como el cese del latido cardiaco. Tenían el concepto de “espíritu intelectual”, que estaba en el cráneo, y el “espíritu vital”, situado en el corazón; y se hicieron la pregunta de esta tesis: ¿qué pasaba si el espíritu intelectual perecía antes que el vital; por ejemplo, por una herida del cerebro? ¿Sería esto una muerte? Y respondían afirmativamente.

Galeno decía que el proceso de morir puede seguir dos vías: una ascendente, que comienza por la pérdida del espíritu vital (paro cardiaco) y termina por la pérdida del espíritu intelectual (muerte cerebral), y otra descendente, que se inicia con la pérdida del espíritu intelectual y finaliza con el paro cardiaco (11).

En la tradición judía el signo principal de vida era la respiración. El célebre médico y filósofo judeoespañol, el rabí Mosé ben Maimón, más conocido con el nombre de Maimónides, decía que «si durante el examen ningún signo de respiración puede ser detectado en la nariz, la víctima debe ser dejada donde se halle, pues ya está muerta (12).

Durante el siglo XVIII comienza a difundirse la idea de que ningún signo, ni siquiera el cese de la respiración y del pulso cardiaco, podía aclarar el diagnóstico de muerte, excepto la aparición de los fenómenos de putrefacción. En la raíz de este pensamiento está lo que permitirá afirmar a Virchow, un siglo más tarde, que la célula es la unidad estructural y funcional más pequeña del ser humano y, por tanto, la verdadera muerte es la muerte celular. Solo la descomposición celular es el verdadero signo de muerte; la muerte cardiopulmonar es solo premonitoria. De ahí que las legislaciones empezaran a exigir un tiempo precautorio de 24 h antes del entierro del cadáver (11,12).

Hasta finales de la década de los 40, el paro cardiorespiratorio se mantuvo como el concepto de muerte, pero al aparecer las UPC todo cambió. En 1959 Wertheimer, Jovet y Descotes describen pacientes en coma y paro respiratorio, tratados con ventilación artificial; denominan a estos cuadros «muerte del sistema nervioso» y discuten la justificación de desconectar a estos pacientes del respirador (13). Ese mismo año, Mollaret y Goulon introducen el término coma sobrepasado (*coma*

depassé), o irreversible, describiendo 23 pacientes comatosos sin reflejos de tronco cerebral, en apnea y con electroencefalograma plano (14): había nacido el concepto de muerte cerebral. En los años siguientes, los pacientes y sus familias comenzaron a manifestar una alarma creciente respecto a que la tecnología médica podría sostener vitalmente, por tiempo indeterminado, a cuerpos de personas cuya existencia ya había finalizado, preguntándose si realmente estaba muerto, dando lugar al dilema del “cadáver con corazón batiente” (15).

Los motivos que obligaron a los facultativos a desarrollar el concepto de muerte no son del todo compasivos, sino más bien algo utilitaristas, pues en 1967 se hizo el primer trasplante de corazón; los de riñón se hacían antes y podían ser de cadáveres, pero en el caso del corazón, ¿cómo se hacía sin asesinar al donante? Es acá donde recae la gran carga sobre el Comité de Harvard sobre la determinación de la muerte. Henry Beecher, miembro de este comité, señala: “De hecho en la nueva definición hay un potencial de salvar vidas por lo que cuando se acepte, habrá una mayor disponibilidad de órganos esenciales en condiciones viables para trasplantes y por tanto se salvarán innumerables vidas que ahora se pierden inevitablemente... Cualquier nivel que elijamos para denominar la muerte es una decisión arbitraria. ¿Muerte del corazón? El pelo sigue creciendo. ¿Muerte del cerebro? El corazón puede seguir latiendo. Es necesario elegir un estado irreversible en que el cerebro ya no funcione. Es mejor elegir un nivel donde, aunque el cerebro esté muerto, todavía esté presente en la utilidad de otros órganos. Hemos intentado dejar claro que esto es lo que hemos llamado la nueva definición de muerte”. (16). En 1981, la Comisión Presidencial para los Estudios de Problemas Éticos en la Medicina de los Estados Unidos confirmó los criterios de Harvard.

Es de extrañar que los Criterios de Harvard no fueran atacados por los “pro vida católicos”; sin embargo, ellos vieron en estos criterios una forma de frenar la eutanasia. Germain Grisez y Joseph Boyle, dos filósofos norteamericanos católicos, fueron más explícitos: “Una correcta definición de la muerte, si se eliminaran algunas falsas clasificaciones de individuos muertos, entre los vivos, podrían aliviar algo la presión para legalizar la eutanasia, en este caso la presión que surge de una actitud correcta sea individuos realmente muertos y a los que sólo se consideran vivos debido a una confusión conceptual (16).

Los japoneses no aceptan este criterio de muerte cerebral pues ellos, con el uso de hormona antidiurética, comprobaron que los supuestos muertos podían seguir con vida durante unos meses. En resumen la redefinición de muerte desde el punto de vista de la muerte cerebral se aceptó con mucha facilidad porque no perjudicaba a los pacientes en estado de muerte cerebral y beneficiaba a todos los demás: las familias de los pacientes en estado de muerte cerebral, los hospitales, los

cirujanos de trasplante, la gente que necesita trasplante, la gente que se preocupa porque un día pueda necesitar un trasplante, la gente que teme que un día puedan mantenerla en un respirador después que su cerebro haya muerto, los contribuyentes y los gobiernos; los ciudadanos en general comprendieron que si se ha destruido el cerebro no se puede recobrar la conciencia y no hay razón para mantener con vida el cuerpo. Definir a estas personas como muertas era una forma práctica de resolver los problemas de suprimir el tratamiento; incluso los católicos y el movimiento pro vida vieron algunas ventajas en esta redefinición de la muerte, no había nadie que zarandeara el barco (16).

CAPÍTULO III

1.- Motivaciones personales

La idea de esta tesis teórica nació en mi práctica clínica de años, de cuidados de fin de vida o cuidados paliativos. En esta clínica aparecen las siguientes interrogantes: ¿Cuándo retirar los soportes de vida? ¿Cuándo parar y dejar que la naturaleza siga su curso? ¿Cuándo limitar el esfuerzo terapéutico? Pues siempre es más fácil no poner, que retirar. Parece fácil la respuesta si nos apegamos a la definición de muerte de la OMS, aunque no sabemos claramente qué es la muerte; es nuestra obligación verla con otros paradigmas para acercarnos a la verdad en beneficio de un buen accionar médico, beneficio de nuestros pacientes y en beneficio nuestro ya que también vamos a morir, aunque la veamos falsamente lejana, pues la muerte es la posibilidad para todo ser viviente y es una situación crítica ineludible. Aquí existe un interés personal que no llega a ser un conflicto de interés, pues como ser humano moriré, me veo enfrentado a esta situación límite y quiero estar lo más instruido y preparado para enfrentarla, así puedo tener una “existencia auténtica”, hacer directrices anticipadas y, por qué no, elegir cómo y cuándo quiero dejar este mundo, es decir quiero tener una “muerte auténtica” acá hago un adelanto de la definición de muerte auténtica o voluntad de morir.

2.- Intenciones

La propuesta de esta tesis es que el médico debe estudiar la ontología de la muerte desde un “politeísmo axiológico”, según lo dice irónicamente Weber, en el que paulatinamente fueron cobrando validez y vigencia las opciones morales individuales de los sujetos, las opciones provenientes de su propia interioridad. De manera inevitable, se produjo una escisión entre la razón teórica y la razón práctica y, por consiguiente, un ascenso del individuo particular a la categoría de juez competente en los asuntos morales, sin recurso a instancias superiores de ningún otro tipo, lo que desencadenó un fenómeno de pluralismo valorativo (17); es decir, el estudio de la naturaleza

de los valores y juicios valorativos a través de muchos prismas y no solo del positivismo. Si se ignora el sentido existencial de la muerte, termina convirtiéndose en enemiga, en burladora y en el jugador desconocido que termina siempre ganándonos la partida (18).

3. Pacientes Blanco

Este escrito se preocupa de aquellos pacientes con ausencia completa y permanente de consciencia (estados comatosos o EVP) o compromiso cualitativo de ella (estados demenciales terminales), con respiración espontánea, con reflejos a los estímulos exteriores, con tono muscular y sin falla de la regulación térmica del cuerpo, que mantienen la tonicidad vascular por sí mismos, con actividad eléctrica cerebral y que tienen una enfermedad terminal y su pronóstico de “desaparecer” es mediato. Quizás la limitación del esfuerzo terapéutico en un estado de agudización sería una forma de aminorar el tiempo de agonía y sufrimiento. Por eso es importante mirar la muerte desde un otro paradigma menos positivista, haciendo contraste entre las disciplinas naturales (o exactas) con las de tipo humanístico, donde el saber no se considera como absoluto.

Poniéndome en el lugar del paciente vuelvo a plantear la pregunta: “¿Me estoy muriendo o estoy enfermo?, pues si me estoy muriendo necesito que me den alivio y si estoy enfermo que me curen”. Dos actividades esenciales del quehacer médico, curar y aliviar, que nunca pueden olvidarse, pues muchas veces nos centramos solo en el curar, olvidándonos del “aliviar” o empecinándonos en curar lo incurable. La diferencia está en que el “curar” es finito y el “aliviar” solo termina cuando el paciente desaparece. Y uso la palabra “desaparecer”, y no muerte, pues el objetivo es llegar a un entendimiento de este concepto ya que durante los estudios de filosofía de este magíster nació una nueva interrogante: ¿Cuándo se está muerto? Interrogante que en mi calidad de geriatra se hace más intensa cuando atiendo pacientes con demencia en estadio final, totalmente desconectados con el mundo, postrados, y anquilosados con una neumonía adquirida en la comunidad ATS IV, por ejemplo.

Intentaré hacer una aproximación filosófica al fenómeno de la muerte, teniendo como base el pensamiento de Heidegger y Jaspers, internándonos en los términos de la muerte del “dasein” de Heidegger, cuando ya no puedo relacionar las cosas y crear un “ser-ahí y vuelvo a ser un ente”. Y la muerte biológica que es la muerte de las células y órganos; muerte que a veces se considera como el finir o acabar. Como ejemplo hay muchos: María Callas perdió su voz, y sintió que la pérdida de su don fue la muerte de su “ser-ahí”, “ser-sí-mismo”, por lo que su “yo-mismo”, decidió alzarse sobre lo dado o bestand y decide su “muerte propia” practicando un suicidio prolongado con excesos de alcohol, drogas y tabaco y a los pocos meses vino su muerte (19).

Mi propuesta busca también aportar con una reflexión que nos ayude a respetar y reconocer la “muerte propia”, (es decir cuando existe una voluntad de como morir, una autenticidad o propiedad) como muerte, cuando hay directrices anticipadas, para evitar la obstinación terapéutica que no solo provoca el alargue de la vida, sino el alargue de la agonía y sufrimiento del paciente y su familia.

Esto nos debe motivar a un atreverse pensar en la muerte, *sapere aude*, pues todos vamos a morir, *memento mori* (recuerda que has de morir); la muerte es la mayor posibilidad de todas las posibilidades posibles, como dice Heidegger, y es nuestro derecho definir cómo queremos abandonar este mundo (muerte propia). Estas reflexiones ensanchan las puertas, ya abiertas, a pensar y repensar en la limitación del esfuerzo terapéutico como una herramienta más del accionar médico, y también abren las puertas a pensar en el derecho al suicidio, suicidio asistido y eutanasia.

4.- Base de la reflexión

Reflexionemos desde un paradigma teórico-crítico, para lo cual he tomado como base de investigación las ideas heideggerianas y los aportes de Karl Jaspers.

Como texto principal, *El ser y el tiempo*, de Heidegger, M., traducido por José Gaos, y escrito en 1927, una época convulsiva para Alemania, donde rompió la filosofía basada en el conocimiento (nosológicas). Es un libro existencial, no hay sujeto y objeto, sino el ser humano existencial, que se angustia (no en el sentido de tener miedo, sino que se pregunta), que muere, el “ser para la muerte” que puede tener una vida auténtica o inauténtica. *El ser y el tiempo* pone la temática de la filosofía en el tema del “ser”. Se pregunta por qué el ser humano olvida al “ser” para consagrarse al dominio de las cosas. Recuerda que desde la época de los presocráticos la filosofía fue siempre una pregunta sobre el ser, pregunta que queda rápidamente olvidada, quizás por la respuesta que dieron los primeros filósofos, Platón y Aristóteles: en lugar del “ser” se pone al ente dios, la naturaleza, la materia, la sustancia o la voluntad, constituyéndose en fuente de la metafísica.

El segundo texto es el libro de Karl Jaspers, *Filosofía*, 1932, en tres volúmenes: “*Orientación filosófica en el mundo*”, “*Esclarecimiento de la existencia*” y “*Metafísica*”.

CAPÍTULO IV

Mi pregunta fundamental es: ¿Cuándo se muere? Las respuestas pueden venir de muchas visiones, si bien la visión primordial para mí es la filosófica, daremos una ojeada a otras que no dejan de ser interesantes.

1. Visión religiosa actual: La muerte es algo muy abstracto aún en nuestros días. La idea religiosa judeocristiana, basada en la existencia de un principio de tipo inmaterial-espiritual del platonismo, dice que la muerte es la liberación del alma de un cuerpo que la encarcelaba, para volver al “mundo de las ideas” donde estaba antes de nacer (20). Es decir, la muerte es una llave a un mundo mejor, una liberación de nuestro cuerpo imperfecto y mortal. Esa es la idea del *homo viator* que nace con San Agustín al cuestionar la filosofía griega, e introduce la idea de “dios” en vez del “Mundo de las ideas” de Platón, en que el hombre va por un camino solo para encontrarse con dios al final (21).

El Papa Francisco: la muerte es el abrazo con el Señor, para ser vivido con esperanza. En la homilía de la misa matinal en la Casa Santa Marta, el Papa reflexiona sobre el final que le espera a cada hombre, la muerte, presentándolo como un momento en el que el Señor viene a recogernos y para el cual nos pide que estemos preparados. En esta vulnerabilidad que nos une, está la invitación de Francisco, oremos los unos por los otros para responder bien a este llamado, con la confianza de encontrarnos con el Señor.

2. Visión poética: Muchos son los poetas que han dedicado sus obras a la muerte, entre ellos destaca John Donne (Londres, 1572 –1631). Fue el más importante poeta metafísico inglés de las épocas de la reina Isabel I, el rey Jacobo I y su hijo Carlos I. La poesía metafísica es más o menos el equivalente a la poesía conceptista del Siglo de Oro español de la que es contemporánea. Escribe sobre la muerte:

Muerte, no te enorgullezcas, aunque algunos te hayan llamado
poderosa y terrible, no lo eres;
porque aquellos a quienes crees poder derribar
no mueren, pobre Muerte; y tampoco puedes matarme a mí.
El reposo y el sueño, que podrían ser casi tu imagen,
brindan placer, y mayor placer debe provenir de ti,
y nuestros mejores hombres se van pronto contigo,
¡descanso de sus huesos y liberación de sus almas!
Eres esclava del destino, del azar, de los reyes y de los desesperados,
y moras con el veneno, la guerra y la enfermedad;
y la amapola o los hechizos pueden adormecernos tan bien
como tu golpe y mejor aún. ¿Por qué te muestras tan engreída, entonces?
Después de un breve sueño, despertaremos eternamente

y la Muerte ya no existirá. ¡Muerte, tú morirás!

3.- Visión filosófica: Trataré de explicar los pensamientos filosóficos de Heidegger y Jaspers para justificar mi propuesta filosófica sobre la muerte a mis colegas médicos; tarea no fácil pues nuestra formación es casi opuesta a la filosofía, pero no incompatible, yo creo complementaria, presentando sus argumentos mediante un diálogo, que no deja de ser difícil «la tarea debe hacerse difícil, pues solo la dificultad inspira a los nobles de corazón» (22).

3.1. Martin Heidegger, filósofo (Alemania, 1889-1976), es considerado el filósofo más importante del siglo XX, y es uno de los más grandes estudiosos sobre la muerte, discípulo de Edmund Husserl (1859-1938) creador de la escuela fenomenológica y del libro *Investigaciones lógicas*. Llegó a destruir la filosofía reinante de su época criticando la concepción dual que Descartes tiene del mundo y del hombre, que se despliega principalmente en las “*Meditationes de prima philosophia y en los Principia Philosophiae*”. Allí formula que el hombre es un ser dotado de cuerpo y alma, y que esta dualidad tiene su correlato en el mundo, siendo el alma o *res cogitans* lo pensante y el cuerpo o *res extensa* lo material. Estas obras serán el blanco de la crítica que Heidegger hace en *Sein und Zeit*.

Heidegger dice que el ser humano es un ente existencial (Teoría existencialista) que se angustia y que muere; el ser humano fue arrojado al mundo, sin una relación cognitiva con el mundo y en el mundo hay cosas, por lo tanto, no hay una relación sujeto-objeto (con esto rompe con la filosofía contemporánea, especialmente con Descartes), por eso dice Jean Paul Sartre “El hombre es nada” (23).

¿Qué es el “ser”? Todos los entes son “ser”, todas las cosas tienen “ser”, pero solo un grupo de entes, los seres humanos, nos preguntamos por el “ser”, lo que indica que tenemos una cierta comprensión de él, una comprensión confusa y poco clara, ya que preguntamos sin que acabemos de ver exactamente por lo que preguntamos, pero real, pues en caso contrario no podríamos siquiera hacernos la pregunta (24).

El “ser-en-el-mundo” (*In-der-Welt-sein*), el hecho que este “ser” no es un sujeto aislado en sí mismo, sino que solo tiene subjetividad en cuanto la despliega en el mundo que lo circunda, en cuanto piensa o se ocupa de los demás entes o cosas que le rodean. Al “ser-en-el-mundo” se le ha de ver en el conjunto de intenciones, significaciones y cosas con las que se relaciona; a las cosas o entes no hay que tomarlas como cosas en sí mismas, sino como cosas relacionadas con el ser del ser-ahí. El ser-ahí no sale fuera, todo acontece en su estar fuera en medio de los entes: *da (ahí) sein* (ser) (25).

Este ente, cuando comienza a establecer relaciones con las cosas o entes del mundo (proyectarse en una posibilidad), es el *dasein*, es el ente relacionante que toma las cosas que están en este mundo, las relaciona y mediante esta acción de relacionar, se constituye el “ser-ahí” (25).

Me explico:

Primero, el ente mira a los entes (cosas) que están en el mundo.

Segundo, el ente establece relación con las cosas del mundo y las relaciona entre si y crea algo.

Tercero, por la acción de relacionar las cosas deja de ser ente y pasa a ser *dasein*.

Cuarto, este *dasein* es el ser humano, el que le da sentido al mundo, construye la realidad.

Este concepto es fundamental para entender por qué relaciono el *dasein* con una persona en estado vegetativo persistente. Cuando una persona no puede pensar porque está en un EVP porque su corteza cerebral no funciona, ya no existe el *dasein* y, según mi punto de vista, volvió a ser un ente que no se relaciona con el mundo, no puede relacionar las cosas entre si y está sujeto a lo dado (lo que decidan los médicos) es incapaz de pensar y planificar su muerte no hay voluntad en el morir, autenticidad o propiedad, sólo le queda esperar su “muerte impropia”, postulo que esta persona estaría muerta existencialmente.

El término *dasein* fue usado por Hegel y Jaspers, pero especialmente por Heidegger, para indicar el ámbito en que se produce la apertura de la persona hacia el ser. Inicialmente el término había sido identificado con la existencia de la persona, pero el propio Heidegger, en su Carta sobre el Humanismo, de 1947, rechaza esta interpretación (26).

En palabras más sencillas, el ente ser humano, al observar las cosas que existen, al pensar y relacionar esas cosas y hacer nacer un elemento, pasa a ser el *dasein*; por ejemplo, el ser humano observa una planta, tierra y una maceta que no tienen ninguna relación entre sí, los relaciona y toma esa maceta, le pone tierra y entierra la planta, y pasa a ser “una planta en una maceta”, es el ser humano el que le da sentido al mundo por medio del *dasein* (25).

Este *dasein* es quien tiene una relación abierta con su existencia, su ser no está cerrado o determinado, y está arrojado a un mundo lleno de cosas que pueden ser relacionadas, lleno de posibilidades”. Y dice: “El ser humano no es realidad, es posibilidad” (25), es un ser posible, es un ser entre posibilidades de ser, las cuales son todas inciertas, pero el *dasein* le dará sentido. Por el contrario, los entes son precisamente los seres animados o inanimados: rocas, animales y plantas. A estos entes la existencia les viene dada de afuera, ya está determinada o cerrada por su naturaleza; las plantas o los animales son lo que pueden llegar a ser, es decir, pueden desplegar toda su potencialidad, pero nada más, su existencia está cerrada, determinada o completada, al contrario

del ser humano que tiene todas las posibilidades. Mi propuesta que el paciente en EVP pasa a ser un ente, ya no es un “ser posible” con una existencia dada desde afuera, determinada en este caso por los médicos, agotó sus posibilidades, menos la más posible de todas las posibles que es la muerte.

Esta persona en EVP ya no está “Arrojado al mundo de las “posibilidades”, donde cada uno elige de acuerdo con sus circunstancias la posibilidad de ser. Un mundo infinito de posibilidades, pero donde hay una posibilidad más posible de todas las posibilidades. Y esta es la muerte, es la única posibilidad para todos por igual.

Heidegger habla de un posible que le es posible a todos los posibles, si bien nosotros tenemos muchas posibilidades, pero hay un posible que habita todos los posibles (está diciendo que la muerte está presente en todos nuestros actos) y es la posibilidad de morir en cada una de mis posibilidades (mientras escribo esta tesis, cuando voy conduciendo el auto, cuando duermo, etc.). El “como-ser-para-la-muerte” (Heidegger inventó este modo de escribir con guiones). La mortalidad, más que un modo de dejar de ser, es un modo de ser, el hombre existe “como ser mortal” (25).

La muerte es el cierre del *dasein*. En palabras de Heidegger “la posibilidad de la imposibilidad de posibilidades” (25). Si muere el *dasein* ya no tengo ninguna posibilidad, morí existencialmente, este es el caso del paciente en EVP; que en ningún caso nos autoriza moralmente a causar intencionadamente su muerte corporal.

Este es el sentido de exponer el pensamiento de Heidegger, el *dasein* debe tomar la posibilidad de la muerte (entiéndase como certeza) y vivir de acuerdo con la finitud de la vida. Para tener una “vida auténtica” siendo la historia, no parte de la historia, somos lo que hacemos, somos temporalidad, decidimos qué hacer con nuestras posibilidades (hacer o no hacer); en fin, nosotros decidimos ser auténticos y de qué forma. “Uno es más auténtica, señora, cuando más se parece a lo que ha soñado para sí misma” (27).

Lo contrario es ser un ente (ente significa cosa, algo que es), que teme a la muerte y la niega entregándose a una vida denominada *Da-san*, a la vida de lo dado, de lo dicho, de lo impuesto, no preguntándose nada; este ente tiene una “vida inauténtica” y generalmente se dedica al culto de obtener cosas, se vuelve pasivo y sigue la corriente, siendo uno más de la masa, se someten a lo que Heidegger denomina el “señorío de los otros” (25). Actualmente, ese “señor” podría ser la publicidad o los medios sociales; y las personas pasan de una cosa a otra infinitamente, terminando siendo “nada”. Si extrapolo al sentido de esta tesis, el paciente en EVP está en una vida tipo *Da-*

san, forzosamente inauténtica, en el “señorío de los otros” y este señor podría ser la UPC, los médicos, el paradigma crítico.

Con argumentos filosóficos podemos intentar cambiar los paradigmas que usamos los médicos frente a la muerte. “La filosofía como medio a toda emancipación” (28).

3.2. Karl Jaspers (Ildenburg 1883 - Basilea 1969). Fue un médico psiquiatra y filósofo, tuvo a Max Weber como su maestro, al que conoció en 1909. Influenciado por Nietzsche y Kirkegaard, Kant y Heidegger, profesor de filosofía en Heidelberg hasta 1937, cuando fue expulsado por los nazis, publicó en 1913 su libro *Psicopatología general*, en 1919 publicó *Psicología de las concepciones del mundo* y su obra principal en 1932, *Filosofía*, en tres volúmenes: “*Orientación filosófica en el mundo*”, “*Esclarecimiento de la existencia*” y “*Metafísica*”. Ciertamente es un filósofo que tuvo gran influencia en la filosofía de su tiempo en Alemania, en Europa y en el resto del mundo. Según Jaspers, la filosofía y la ciencia no son posibles la una sin la otra, pero por supuesto él siempre plantea la autonomía de la filosofía respecto a la ciencia, además de esa relación entre ambas, considera este médico filósofo, está también la razón que para él es una especie de fuente de iluminación de la existencia (29).

Hay un concepto que él utiliza frecuentemente, el de la *trascendencia*. La trascendencia para Jaspers es la “verdad”, la que es fundamental en las “situaciones límites” pues siempre estamos en la lucha y el dolor, sobre todo en la muerte omnipresente que es la principal situación límite (no se puede evitar, solo enfrentar) (29).

Por otra parte, hablando de la *trascendencia*, o de la verdad, afirma que las cosas e instituciones son pasajeras, caducan y no nos hacen conocer la auténtica verdad, la auténtica realidad o la auténtica trascendencia, ya que a su juicio no se puede conocer lo que no es cognoscible, como sí lo son, por ejemplo; los entes o las cosas del mundo empírico que nos remiten a ella, a la verdadera trascendencia (29).

Jaspers, en sus planteamientos filosóficos evita el dogmatismo y también, por supuesto, el fanatismo porque no considera que su verdad sea la única verdad, está abierto al diálogo, a la discusión con otros planteamientos, con otras supuestas verdades, con otras ideas diferentes a las suyas. En este sentido, desde su juventud se sintió como un pensador que admitía la réplica de las contrarréplicas, las discusiones como una forma de ampliar el campo de la filosofía. Por otra parte, evita también el relativismo sobre todo relativismo absoluto y el escepticismo de quien sostiene, por ejemplo, que existen tantas verdades como existencias.

Él mismo se declara a favor de un mundo libre, libre expresividad, libre pensamiento, etc. Él, que sufrió las consecuencias del fanatismo y de la intransigencia y también del totalitarismo, siempre se opuso a cualquier forma de dictadura totalitarista, de falta de libertad, para él estaba claro que el ser libre era lo más importante para el ser humano.

En este sentido, para él la existencia no es indiferente, o no es algo que viene dado empíricamente, de una manera exclusiva, sino que es también, en cierto modo y claramente, una cuestión personal, cada uno tiene que elegir su propia vida, elegir su propia existencia (29).

Para Jaspers, la existencia y la razón no son dos potencias en lucha sino que se complementan, cada una existe en virtud de la otra y en el acto de compenetrarse debemos utilizar la razón y también dejarnos influir por los sentimientos, haciendo una conexión entre lo que vivimos, lo que sentimos y lo que pensamos; sería pues una forma de pensamiento sentiente o sentimiento pensante o una inteligencia sentiente.

La ciencia, según Jaspers, no puede ofrecernos valores éticos. En este punto podría ser interesante contar desde mi experiencia como miembro del comité de ética asistencial de mi hospital, donde la mayoría de las consultas que se realizan pretenden dirimir situaciones que son totalmente técnicas y los colegas piensan que la ética puede dar una solución a esa decisión, lo que demuestra una confusión total de lo que es una un dilema bioético con una decisión técnica; por eso agrego que la ética, o mejor dicho la bioética, tampoco puede dar respuestas a decisiones que son totalmente técnicas. Los valores éticos los ofrece la propia ética como parte de la filosofía y tampoco, según él, la ciencia puede darnos el sentido de la vida, el sentido de la realidad o el sentido de la existencia, porque eso surge de la propia razón humana y de la propia auto explicación del ser humano desde un punto de vista existencial, desde un punto de vista proyectivo.

También insiste en que es necesario vivir el presente, pero proyectado al futuro. Jaspers, como médico psiquiatra y profesor, consideraba que la ciencia no soluciona todos los problemas pues no considera los problemas metafísicos. En definitiva, los problemas más profundos de los seres humanos como el sentido de la vida, el problema del dolor, el problema del azar en la vida, el problema del futuro o que somos seres proyectados hacia el futuro, y las cuestiones relativas a la filosofía política, a la ética, que son muy amplias y muy profundas como el campo de las grandes preguntas por la vida, por la muerte, por la realidad, la verdad (existencia), por el mundo, por el ser humano, por la conducta, etc., son respuestas que podríamos encontrarlas en el pensamiento filosófico, como libre pensador. El existencialismo de Jaspers está basado en la idea de la libertad que para él era extraordinariamente fundamental (29).

Jaspers plantea en “Filosofía” (1931) en II parte, el “Esclarecimiento existencial” *Existenzerhellung*, decía que para filosofar, se debía hacer desde la propia existencia, si no fuese así, sería filosofía de escritorio. El ser humano debía sufrir tres procesos; El “asombro”, la “duda” y las “situaciones límites”.

El asombro, es un estremecimiento, una conmoción “*Erschütterung*” que se nos mueva el piso, no es un mero explicar, sino un comprender los fenómenos. Después que nos asombramos debemos poner todo en duda, nunca aceptar lo dado, los esquemas planteados, más bien cuestionarlos y ser capaces de aceptar y enfrentar las situaciones límites que son aquellas situaciones que nos veremos enfrentados en la vida y no hay otra posibilidad que hacerlo, pues son irrebasables, existen varias pero la más notable es la muerte. La muerte es una “situación límite” (alemán *die Grenzsituation*.) pues no se puede sobrepasar, solo aceptar.

En su obra “Filosofía” está la concepción del “Yo” del pensamiento jasperiano; Un yo que siempre es individual, personal y único, se basa en esquemas y objetivaciones, circunscripciones objetivas del yo. El yo-cuerpo, yo-rol, yo logro, yo recuerdo (lo que hemos sido), yo carácter. Estos esquemas son los elementos en los que habita el “yo” , Jaspers dice que es erróneo limitarnos o atarnos a estos esquemas, al buscar el verdadero “yo” lo limitamos, lo confundimos y no nos permite ver lo más originario de nosotros (30) .

Asumimos que es nuestro carácter, pero carácter es el “ser-ahí” el que de una determinada forma puede ser mi culpa ya que Jaspers define al ser humano como “esencialmente culpable”, pues la culpabilidad “*Schuldigkeit*” se entiende en el “ser posible” (posibilidad) se permite que lleguemos a un carácter, hacemos posible llegar a tener ese carácter, en este concepto se acerca al pensamiento heideggeriano (30).

En suma lo que Jaspers plantea como el “yo” ese yo posible pero con posibilidad asumida (sin culpa), un yo-libre, un yo-libertad. Un “Yo-mismo” que es el que busca constantemente su mismidad. Esta es la innovación de Jaspers, el pensador de la libertad y la transcendencia, trascender más allá de los yo-cuerpo, yo-rol, yo-cuerpo, yo-carácter, yo-recuerdo, acá se juega la posibilidad de “ser-si-mismo” dejar, lo dado “*Bestand*” y alcanzar la transcendencia. La transcendencia es aquello que se encuentra por encima de lo puramente inmanente, la transcendencia está orientada a demostrar la inmortalidad del alma y de la existencia de dios o del “ser” (30). La existencia es el modo del “ser” que es tocada por la transcendencia.

La situación límite; Muerte, sufrimiento, temor, culpa, lucha, pone al hombre en la línea divisoria entre el ser y el no ser. Al caer en una situación límite el hombre se libera, según Jaspers, de todo los convencionalismos, normas externas y criterios generalmente aceptados, que lo arrojaban antes

y que caracterizan la esfera “Man”, y de este modo se concibe a sí mismo como “Existencia”. Al permitir al hombre que pase del ser “no auténtico” al “auténtico”, la situación límite lo arranca de las trabas de la consciencia común, lo cual, según el existencialismo, no es capaz de hacer el pensamiento teórico, científico. Todo lo que antes constituía el sentido de la vida del hombre aparece ante él en la situación límite como ser ilusorio, como mundo de las apariencias; en tal situación, el hombre empieza a comprender que este mundo lo separaba supuestamente del ser real, trascendente respecto al mundo empírico. De este modo, la situación límite permite a la personalidad entrar en contacto con la trascendencia, con dios o el “ser”(31).

Y se pregunta: ¿Qué es la existencia inauténtica y cuál es su fundamento? ¿Cuáles son los elementos propios de la inautenticidad? Para eso es importante saber qué entiende Jaspers por *dasein* y *existenz*: “ser nada más que ahí” (*dasein*) y “ser-sí-mismo” (*existenz*). Bajo esta dupla se puede concebir el pensamiento filosófico-antropológico de Karl Jaspers. No deja de ser insólito que él entienda la expresión *dasein*, “ser ahí”, como “ser ahí no más”, *Bloss da zu zein* (es decir, es algo insignificante), lo que se acerca a la jerga chilena “No estar ni ahí” (32). En efecto, el *dasein* jasperiano corresponde a nuestro modo de ser meramente básico, elemental. De acuerdo con él simplemente nos atenemos entonces a lo que ya somos, siendo así mera constancia (Bestand), modo de ser que se rige por las generalidades (*Allgemeinheiten*) que se expresan en códigos biológicos, sociales, económicos, jurídicos, morales y políticos. Aquí es evidente la orientación en el mundo (*Welt*) que se constituye a partir de la relación sujeto-objeto: si te riges por estos códigos, esquemas o generalidades está todo bien y no tendrás problemas (32).

Para una mayor profundación de la biografía y legado de Jasper, recomiendo leer Ivanovic-Zuvic, Fernando, (2000). El legado de Karl Jaspers. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 38(3), 157-165. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272000000300004>.

La existencia inauténtica (*dasein* jasperiano) la vivimos la mayoría de las personas que sabemos que vamos a morir, pero “aún no”, y nos transformamos en observadores de la muerte de los demás. Esto es más notorio en los médicos, enfermeras, etc., somos verdaderos espectadores del teatro de la muerte, pero cuando muere uno de nosotros, como ha sucedido actualmente con la pandemia del COVID-19, se nos derrumba el “aún no” y nos sobreviene la angustia de la propia muerte, haciéndonos frágiles y vulnerables, y pensamos en un “ahora”, “en cualquier momento”. Fuera del contexto de pandemia actual, nuestra propia muerte pasa a segundo plano, vivimos en una burbuja el día a día, con lo que nos ofrece la vida; al no pensar en nuestra propia mortalidad, no cambiamos nada, seguimos como si fuésemos a morir muy pero muy ancianos. Según Hegel (Stuttgart,

Alemania, (1770-1831), ser conscientes de nuestra mortalidad nos da significado a la vida y es lo que nos diferencia de los animales no humanos (33); mientras vivamos en este “aún no” vivimos en ese ente que está inmóvil mirando los objetos sin relacionarlos. Pero cuando vivimos conscientes que somos seres para la muerte, pasamos al *existenz* o “ser-sí-mismo” (29) que es el punto inicial y primordial para Jaspers, tomar conciencia de nuestra mortalidad, lo primero es saber, tener conciencia sobre la muerte, solo el saber me puede preparar para la muerte y somos capaces de vivir en libertad de acuerdo a nuestras convicciones, incluso esta libertad incluye el poder elegir cuándo y cómo morir, voluntad de morir, autenticidad o propiedad, es decir la “muerte autentica”. Para Jaspers, el término *dasein* no solo comprende la esfera humana, sino también la extrahumana, todo lo que existe empíricamente. Fernando Vela traduce *dasein* por “existencia empírica” y *existenz* por “existencia”. Al vivir en esa existencia empírica alcanzamos el *bestand*, que podemos traducir como “constancia” (en el sentido de una referencia a aquello de lo cual consta algo) solo nos consta, pero no hacemos nada. En el *existenz* la existencia es el modo de ser que es tocada por la trascendencia (34). Para Jaspers la existencia es el modo de ser propio del hombre, solo él existe, la vida humana está determinada, dominada, atravesada, por la inquietud de la búsqueda de algo que permanece siempre más allá de la misma y que forja finalmente un horizonte trascendente, evanescente, inalcanzable. De ahí que la existencia se caracterice por su relación con la trascendencia, la que es concebida como algo irreplicable y excepcional (35).

Esta es la innovación de Jaspers, poner el acento en la posibilidad humana para la trascendencia del ser, lo que yo he elegido libremente como *existenz* “ser-sí-mismo”, determinar el “Yo” (29).

Quizás esto pueda ser poco amigable para los médicos neófitos en filosofía, pero tanto Heidegger como Jaspers plantean la idea del ser existencial que habita en un cuerpo; puede asemejarse al concepto platónico de alma-cuerpo (ser mismo-cuerpo) el cuerpo es la prisión del alma (21); y también es importante la idea de Aristóteles que el alma muere (ser mismo) y que puede morir antes que el cuerpo (36).

Es difícil decir que es la muerte, porque en primer lugar ninguno la ha experimentado, como decía Epicuro la muerte no existe, cuando yo estoy, ella no está y cuando ella está, yo ya no estoy. No hay experiencia de muerte, sólo se puede experimentar el pródromo. Nadie puede morir por otro.

En suma no hay una definición definitiva o concepto de que es la muerte, los que existe son desde el positivismo científico que justamente, son los que se propone en esta tesis, no aceptarlos en forma dogmática e introducir al área médica otros como, los que Jaspers propone: Estos son; los conceptos “muerte propia” y “muerte impropia”. La impropia podría ser la muerte del “ser-nada-más-ahí” o *dasein* el que se acoge a lo dado, aquel que solo tiene voluntad de vivir (impropiedad)

llegado a la biológica u orgánica de todo ser vivo, considerado como el mero acabar, cesar o finar. Se llama “impropia” en el humano pues se suele confundir con el morir (37).

La “muerte propia” para Jaspers, es la “muerte existencial” que es individual y exclusiva del individuo, es aquella persona que tiene una voluntad de morir, al estar consiente de su mortalidad y poder haber planificado su muerte desde la autenticidad o propiedad. La muerte es el espejo de la existencia ya se juega con respecto a ella. La búsqueda de la autenticidad en la existencia, se opone a la existencia empírica como una pseudomanifestación. De ahí que considera que la muerte no es solamente la supresión de la existencia empírica, sino también la supresión de todos sus posibles límites y determinaciones: en este sentido, para Jaspers la muerte es más que cualquier realidad empírica de la existencia (18).

La “muerte propia” supone una concepción de la vida como preparación para la muerte, siguiendo el pensamiento platónico, que la muerte es la liberación del alma por parte de un cuerpo que la encarcela. Acá juega un rol importante el “Memento Mori” que es una frase latina que significa “Recuerda que morirás”, en el sentido de que debes recordar tu mortalidad como ser humano.

La frase tiene su origen en una peculiar costumbre de la Antigua Roma. Cuando un general desfilaba victorioso por las calles de Roma, tras él, un siervo se encargaba de recordarle el memento mori, las limitaciones de la naturaleza humana, con el fin de impedir que incurriese en la soberbia y pretendiese, a la manera de un dios omnipotente, usar su poder ignorando las limitaciones impuestas por la ley y la costumbre.

El “memento mori” lo predicaban los estoicos, como dice el italiano Massimo Pigliucci, doctor en filosofía y biología (genética evolutiva), estudioso del estoicismo, ellos acuñaron el término "Memento Mori", del latín, "Recuerda que morirás". “Si hay algo de lo que nadie quiere hablar, sobre todo en los Estados Unidos en el siglo XXI y probablemente muchos otros países occidentales, es la muerte. Intentamos mantenernos lo más alejados posible de ella. En otras sociedades no es así, se deja a los niños ver a gente morir o incluso cadáveres en descomposición para que entiendan que la muerte es algo natural e inevitable. Pero nosotros intentamos alejarla, nos obsesionamos con mantenernos jóvenes y sanos, lo cual está muy bien, pero es una batalla perdida, porque vamos a acabar siendo viejos y, finalmente, moriremos. Por eso el problema no es si vamos a morir, sino cómo vamos a llegar hasta ese momento, la cuestión es si estamos preparados para ese momento”. Una de las maneras en que los estoicos se preparan para esto, es recordando su propia mortalidad. Este memento mori, fue predicado por Sócrates, San Pablo, Goethe, Schopenhauer, Nietzsche y los filósofos que nos interesan en esta tesis, Heidegger y Jaspers.

Jaspers frente a la muerte se aleja de la ataraxia que es la disposición del ánimo propuesta por los epicúreos, estoicos y escépticos gracias a la cual alcanzamos el equilibrio emocional, la felicidad mediante la disminución de la intensidad de nuestras pasiones y deseos, y a la fortaleza del alma frente a la adversidad. Dice que frente a la muerte hay miedo y angustia, lo distingue en “miedo” y “angustia existencial”, el miedo es para las personas que están en el *dasein* o ser-sólo-ahí, es un miedo al “no ser” un miedo al absoluto dejar de ser y no poder aceptar la incompletud, por eso se aferran a la idea de la vida en el más allá, basados en los conceptos platónicos, siendo todo más fácil, vivir una vida inauténtica, pues hay algo más, la muerte no es una situación límite, este *bestand* les permite vivir cómodamente y no enfrentar la muerte, este miedo más el apetito por vivir (voluntad de vivir o impropiedad) eternamente interrumpen el verdadero morir (muerte inauténtica).

La muerte auténtica es una preparación durante toda la vida para la muerte, como dice Rainer Maria Rilke que fue un poeta y novelista austríaco considerado uno de los poetas más importantes en alemán y de la literatura universal. (1875-1926) “La muerte es una semilla que uno va haciendo germinar y crecer durante toda la vida” como la muerte es personal y única, cada uno madura su propia muerte (30)

Si la “muerte auténtica” es la preparación durante toda una vida para la muerte que es una situación límite que si o si, debemos enfrentarla y este enfrentamiento es personal, exclusivo y único, las directrices anticipadas cobran real importancia, en los casos que son de nuestro interés como los pacientes en EVP, tendríamos las herramientas para determinar el grado de techo terapéutico a aplicar, lo que es importante dejar claro que la decisión de la limitación del esfuerzo terapéutico es un derecho del médico basado en la prudencia y la teoría Principialista, sería mucho más fácil graduar este esfuerzo en forma conjunta con el paciente, pero estas directrices anticipadas no pueden obligar al facultativo a tomar decisiones fútiles, desproporcionadas o que vayan contra la ética.

Las directrices anticipadas, se pueden realizar cuando se pasa del *dasein* al *Existenz*, que es lo que soy en esencia, elegido por mí frente a mi propia mortalidad. “Como uno que nada más vive, persigo fines, anhelo duración y constancia para todo lo que para mí es valioso. Sufro por el aniquilamiento de un bien realizado, por la extinción de seres queridos; tengo que experimentar el fin; pero vivo en tanto olvido su inexorabilidad y el fin de todo” (37). En la experiencia del fin me vivencio como fenómeno, pero como uno tal en el que se revela la existencia. Y agrega más adelante: “La vida se hace más profunda, la existencia más cierta de cara a la muerte” (38).

El hombre llega a “ser-sí-mismo” por medio de su propia muerte; pero esta muerte propia, es un límite ideal al que nunca se llega. Es más, el hombre, tenso entre lo espiritual y lo material, puede llegar a morir psicológicamente antes que vitalmente (39).

Este último punto es muy importante pues hablamos de la muerte desde el mero acabarse, o la muerte biológica, y llegamos de este modo a hablar de la muerte del “ser-ahí” de Heidegger o el “ser-sí-mismo”, de la muerte propia y la “muerte existencial”, lo que para Jaspers es la verdadera muerte.

En mi opinión, fuera del paciente con EVP, en personas totalmente vitales, pero que consideran abandonar este mundo, libre y soberanamente piensan llegar al fin, tienen el derecho al suicidio.

Jaspers habla del suicidio y dice que es la posibilidad de una “muerte propia” o “auténtica”. Ya que el humano puede trascender hacia su posible ser-sí-mismo, así también el suicida puede cambiar su “ser dado” como “ser-sí-mismo”, como el “yo” con todos sus componentes (cuerpo, recuerdo, etc.); es el “yo mismo” que decide eliminar de una vez lo dado y sus esquemas.

El suicidio es una prueba para Jaspers de que somos más que “ser-sólo- ahí” o que un “yo-cuerpo” con el suicidio asistiríamos al acto de trascender de un “yo” que se eleva sobre todo sus esquemas que lo determinan, nada más según lo dado o lo que consta, la constancia o bestand para establecer rotundamente quién manda y quién decide en la medida que esa posibilidad de ser yo mismo elimina el “yo” (40).

La “posibilidad de ser el yo-mismo que elimina el yo” es una gran afirmación, pues al elegir eliminar el yo se puede extrapolar más allá del suicidio; se podría estipular cómo quiero partir de este mundo frente a situaciones límites, mediante directrices anticipadas o testamento vital

La posibilidad de ser yo-mismo, es decir, tener la posibilidad de decidir que no quiero estar en un estado vegetativo persistente, por ejemplo, que no quiero estar apoyado por métodos artificiales, etc... Si esta reflexión sobre la muerte fue hecha desde su “yo mismo”, el que implica unidad biológica-psíquica, condición cultural, social e histórica (39), también puedo plantear: ¿es correcto reanimar a un suicida? O, ¿debería, como dice Jaspers, respetar el suicidio y al suicida?

Si se plantea que todos tenemos un proyecto vital enmarcado en el tiempo, de carácter siempre individual y original, podríamos plantear que en el acto de morir, (cuando se da en consciencia clara), debería expresarse esa presunta originalidad de cada proyecto en una especial vivencia de la muerte (41).

La muerte es una certeza dada de la observación de la realidad del mundo sensible (41) y no derivada de la experiencia personal pues, como ya hemos dicho, nadie experimenta la muerte, el

humano tiene expectativas individuales de ésta, aunque pertenezca al mismo medio cultural que tiene una ideación del concepto de muerte. Esta diversidad está influida por la edad, la biografía, el significado de la muerte en relación con las circunstancias en que se produce y la valoración que cada individuo le da a su propia vida.

3.3.- Historia filosófica de la muerte

A continuación, un recorrido sobre el pensamiento respecto a la muerte que tenían algunos destacados filósofos (el orden es simplemente cronológico, no por importancia).

Platón (427-347 a.C.) cree que el espíritu y el cuerpo son conceptos irreconciliables; el cuerpo es la cárcel del alma, la muerte es una liberación del alma y la purifica. El alma regresaría al mundo eterno de las ideas que era el lugar donde habitaba antes de unirse al cuerpo (21); en esta idea se basa el pensamiento judeocristiano. El hedonista Epicuro (341-270 a.C.) decía: “La muerte es una quimera: porque mientras yo existo, no existe la muerte y cuando existe la muerte, ya no existo yo” (42). Aristóteles 384 a. C. 322 a. C veía al humano como una fusión de cuerpo y alma perfecta, el cuerpo existe como un acto del alma; según él, el alma muere y es causa indirecta de la muerte del cuerpo (35). Pasando a los modernos, Hegel (Alemania 1770-1831) ve al hombre como un ser bajo la visión judeocristiana, espiritual, finito; dice que la muerte asegura la existencia espiritual; sin mortalidad no existiría la libertad y estaríamos condenados a hacer lo mismo que hacen todos los demás inconscientes de su muerte, como los animales no humanos (43).

Para Schopenhauer (Alemania, 1788–1866) la idea de la muerte es una idea reconfortante; creía que vivíamos en el peor mundo posible de sufrimientos y dolor. La existencia consistiría en “matar el tiempo”, abriéndolo a una especie de espacio platónico tras la muerte, pues la muerte nos salva de la vida, lo mismo que el sufrimiento nos salva del apego a la vida, abriéndonos de la transvida a la nada (44). Es como lo que decía Platón, pero mucho más pesimista.

Nietzsche (Alemania, 1844-1900) toma la idea de Schopenhauer que la muerte es un descanso, un fin, pero añade la posibilidad de que sean los hombres quienes den sentido a su vida, y pasar a ser «voluntad de poder» mediante la creación de un súper hombre y su eterno retorno. En 1882, Nietzsche expone la frase «Dios está muerto», dice: «Dios ha muerto. Dios sigue muerto y nosotros lo hemos matado» (45).

Sartre (Francia, 1905–1980) concibe la muerte como una suerte de afirmación de lo absurdo de la existencia; si vamos a morir, se pregunta: ¿Entonces para qué vivimos? ¿Cambiaríamos algo?

Contrario a Heidegger y a Hegel, piensa que la muerte es la que roba al hombre su libertad, su más grande tesoro, y la muerte nos vuelve al estado de preexistencia que es la nada, tal cual lo afirmaba Schopenhauer (46).

CAPÍTULO V

1.- Directrices anticipadas. En mi opinión, las directrices o voluntades anticipadas son una forma de esa posibilidad del “ser yo-mismo” que determina cómo termina el “yo”, pues están hechas desde la proyección al ser arrojados a este mundo, y además reafirman el principio de autonomía. La voluntad médica es secundaria ante la voluntad individual, siempre y cuando esta voluntad no vaya en contra del Principialismo y la ética. El Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina, suscrito en Oviedo el 4 de abril de 1997, establece en su artículo 5° que una intervención en el ámbito de la sanidad solo podrá efectuarse después que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento.

De igual manera, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 19 de octubre de 2005, determina en su artículo 5° que se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones. Las voluntades anticipadas son instrucciones sobre el tratamiento de una enfermedad que podría padecer en un futuro, incluye su decisión frente al fenómeno de la muerte, planifica los cuidados que desea recibir o rechazar en el futuro cuando no pueda ser capaz de decidir, y asegura que recibirá esos cuidados, y le da la posibilidad de tener protagonismo de verdad al final de su vida. El médico responsable, el equipo sanitario y el sistema de atención sanitaria deberían estar obligados a tenerlo en cuenta y a aplicarlo de acuerdo con lo establecido por la persona.

Siguiendo la idea de Jaspers en que el “ser-sí-mismo” determina cómo termina el “yo”, ya sea por su propia acción como el suicidio, e incluso debería ser válido para el “suicidio asistido” donde, tal como lo dice la palabra, deben intervenir terceros. También este “ser-sí-mismo” puede determinar cómo quiere que el “yo” sea tratado cuando ya no exista, pero sigue funcionando el cuerpo, es decir, cuando ocurrió la muerte existencial pero aún no ocurre la muerte biológica.

Si el “ser-sí-mismo” determinó mediante directrices anticipadas que no quiere esperar la muerte corporal, como es el caso de los pacientes en EVP, entonces debemos plantearnos debatir sobre la eutanasia, que es la acción que permite, acelera o provoca la muerte de una persona;

etimológicamente significa “buen morir”. La eutanasia estuvo presente en la antigua Grecia donde ocurría la función eutanásica de los médicos. “La medicina es apartar por completo los padecimientos de los que están enfermos y mitigar los rigores de sus enfermedades, y no tratar a aquellos incurables, conscientes de que en tales casos no tiene poder la medicina” (47). Es importante señalar que Platón pretendía aplicar la eutanasia basado en una función social e Hipócrates en una función médica (48). En la Edad Media, con el catolicismo imperante, estaba totalmente prohibida. En los tiempos modernos, específicamente durante el holocausto nazi, se practicó sin el consentimiento de las personas, lo que no se puede considerar eutanasia pues la voluntad de las personas no fue considerada, elemento fundamental para ser considerada como tal, de lo contrario es asesinato

2.- Teoría del Principialismo: Después de los horrores de la Segunda Guerra Mundial, especialmente por los experimentos médicos realizados por los nazis, se tomó en cuenta la importancia de la ética en el accionar médico y para eso se formularon la declaración de Nuremberg, luego la de Helsinki y en 1949 la declaración de los DDHH, tratando de proteger a las personas. En EEUU ocurrieron experimentos escandalosos, como el experimento Tuskegee: un estudio clínico llevado a cabo entre 1932 y 1972, en la ciudad estadounidense de Tuskegee (Alabama), por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos. Entonces, seiscientos campesinos afro estadounidenses, en su mayoría analfabetos, fueron estudiados para observar la progresión natural de la sífilis, de la cual ya estaban contagiados, sin darles tratamiento y viendo el grado de mortalidad. También ocurrió el caso de la escuela Willowbrook, donde fueron comunes entre los internos los brotes de hepatitis, lo que dio pie a controversiales estudios médicos que se llevaron a cabo entre 1963 y 1966, donde niños sanos fueron intencionalmente inoculados, oralmente o por inyección, con el virus de la hepatitis. Luego, se monitoreaban los efectos de la gamma globulina para combatir la enfermedad. Y así son varios los casos que motivaron a establecer principios éticos en el accionar médico (Bioética).

Esto se inicia en el año 1974, cuando el Congreso de los Estados Unidos crea la *Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento*. En 1979, los comisionados publican el «Informe Belmont» donde distinguen tres principios éticos básicos, en este orden: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

El Informe Belmont solo se refiere a la experimentación con seres humanos. Beauchamp y Childress reformulan estos principios para ser aplicados a la ética asistencial (49); colocan en primer lugar la autonomía, probablemente por las nefastas consecuencias conocidas por no

respetarlo, aunque, a nivel práctico, no establecen ninguna jerarquía entre ellos. Distinguen cuatro principios: autonomía, no maleficencia, beneficencia, y justicia.

2.1.- Respeto de la autonomía: La palabra «autonomía» proviene del griego y significa «autogobierno». Se usa por primera vez para referirse a la capacidad de autogobierno de las ciudades-estado griegas independientes.

Para los autores significa: «actúa libremente de acuerdo con un plan auto escogido». La autonomía tiene dos condiciones esenciales: a) la *libertad*, entendida como la independencia de influencias que controlen, y b) la *agencia*, es decir, la capacidad para la acción intencional.

Persona autónoma: excepcionalmente auténtica, auto poseída, consistente, independiente, autogobernada, resistente al control por autoridades, y fuente original de los valores, creencias y planes de vida personales (50). Beauchamp y Childress entienden que ese ideal de autonomía es muy alto y que muy pocos pueden aspirar a alcanzarlo.

La acción autónoma tiene grados, cuando actúa lo hace a) intencionadamente, b) con comprensión y c) sin influencias controladoras que determinen su acción.

La intencionalidad es “*substancialmente autónoma*” pues no tiene grado, y la comprensión y la influencia sí tienen grados, por eso son “no completamente autónomas”.

La autonomía de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales. El respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y la voluntariedad, y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones (51).

Beauchamp y Childress nos dan algunas reglas para tratar a las personas de manera autónoma:

1. «Di la verdad».
2. «Respetar la privacidad de otros».
3. «Proteger la confidencialidad de la información»
4. «Obtén consentimiento para las intervenciones a pacientes».
5. «Cuando te lo pidan, ayuda a otros a tomar decisiones importantes».

2.2- No-maleficencia: Es la obligación de no infringir daño intencionadamente. Este principio se inscribe en la tradición de la máxima clásica *primum non nocere* (“lo primero no dañar”). Aunque la máxima como tal no se encuentra en los tratados hipocráticos, sí que existe una obligación de no maleficencia expresada en el juramento hipocrático. Así, sobre el uso del régimen para el beneficio

de los pacientes, este juramento dice: “si es para su daño (...) lo impediré” (52). Beauchamp y Childress, en el diseño del principio de no-maleficencia, se concentran en los daños físicos, incluyendo el dolor, la discapacidad y la muerte, sin negar la importancia de los daños mentales y las lesiones de otros intereses.

Las reglas típicas referidas al principio de no-maleficencia son las siguientes:

1. «No mates».
2. «No causes dolor o sufrimiento a otros».
3. «No incapacites a otros».
4. «No ofendas a otros».
5. «No prives a otros de aquello que aprecian en la vida».

2.3.- Beneficencia: Es prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros. Mientras que la no-maleficencia implica la ausencia de acción, la beneficencia incluye siempre la acción. Beauchamp y Childress distinguen dos tipos de beneficencia: la beneficencia positiva y la utilidad. La *beneficencia positiva* requiere la provisión de beneficios. La *utilidad* requiere que los beneficios y los inconvenientes estén equilibrados. No se debe confundir benevolencia con beneficencia pues la *benevolencia* se refiere a la voluntad de hacer el bien, con independencia de que se cumpla o no la voluntad.

Cuando Beauchamp y Childress hablan del *principio de beneficencia* no se refieren a todos los actos realizados para hacer el bien, sino solo a aquellos actos que son una exigencia ética en el ámbito de la medicina. Según estos autores, antes de realizar un tratamiento sobre un paciente, estamos obligados a hacer un balance de sus beneficios y riesgos.

Algunos ejemplos de reglas de beneficencia son las siguientes:

1. Protege y defiende los derechos de otros.
2. Previene el daño que pueda ocurrir a otros.
3. Quita las condiciones que causarán daño a otros.
4. Ayuda a personas con discapacidades.
5. Rescata a personas en peligro.

Los autores dicen que la beneficencia es una exigencia y detallan cuándo hacer el bien es una exigencia:

- a) Se está en peligro de perder la vida o recibir un daño significativo en su salud o en algunos otros intereses importantes.
- b) La acción de uno se necesita, de modo singular o en unión con otros, para prevenir esta pérdida o daño.
- c) La acción de uno, de modo singular o en unión con otros, tiene una alta probabilidad de prevenir esta pérdida o daño.
- d) La acción de uno no representa riesgos, costes o cargas significativas para uno mismo.
- e) El beneficio que se puede esperar que gane el paciente, sobrepasa a todos los daños, costes o cargas que pueden afectar a uno.

Cuando la beneficencia se practica sin considerar la opinión del paciente, se incurre en el *paternalismo*.

2.4.- Justicia: La igualdad en el acceso al cuidado de la salud, justicia social. La máxima clásica de Domicio Ulpiano (dc. 170-228), jurista romano de origen fenicio, dice “que la justicia consiste en dar a cada uno lo suyo”. De un modo similar, Beauchamp y Childress entienden que la justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente. El término relevante es el de *justicia distributiva* que, según estos autores, se refiere “a distribución imparcial, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social”. Sus aspectos incluyen las políticas que asignan beneficios diversos y cargas tales como propiedad, recursos, privilegios y oportunidades. Son varias las instituciones públicas y privadas implicadas, incluyendo al gobierno y al sistema sanitario.

Criterios de distribución propuestos: a) a cada persona una participación igual, b) a cada persona de acuerdo con sus necesidades individuales, c) a cada persona de acuerdo a sus esfuerzos individuales, d) a cada persona de acuerdo a su contribución social, y e) a cada persona de acuerdo con sus méritos.

Un autor especialmente relevante en el principio de justicia en ética biomédica es Norman Daniels. Este autor dice que existe un conflicto de intereses entre los que precisan servicios de salud y los que soportan sus gastos, pero incluso en Estados Unidos, que no es un Estado de bienestar, se piensa que los cuidados de la salud deben distribuirse más igualitariamente que otros bienes. Daniels se pregunta qué tiene de especial el cuidado de la salud; entiende que la sociedad tiene la

obligación de proteger la igualdad de oportunidades de todos sus miembros, por eso hay que examinar las implicaciones que se siguen para las instituciones sanitarias, pues han de reformarse si no son capaces de garantizar esa igualdad de oportunidades, que viene potenciada por el acceso igualitario a los cuidados de la salud (53).

Según Diego Gracia los principios antes postulados no son todos de la misma jerarquía porque:

“La no-maleficencia y la justicia se diferencian, dice, de la autonomía y la beneficencia en que obligan con independencia de la opinión y la voluntad de las personas implicadas, y... por tanto tienen un rango superior a los otros dos”.

En definitiva, entiende que entre unos y otros está la diferencia que va entre el bien común y el bien particular, configurando los primeros una ética de mínimos y los segundos una ética de máximos:

«A los mínimos morales se nos puede obligar desde fuera, en tanto que la ética de máximos depende siempre del propio sistema de valores, es decir, del propio ideal de perfección y felicidad que nos hayamos marcado. Una es la ética del "deber" y otra es la ética de la "felicidad". También cabe decir que el primer nivel (el configurado por los principios de no maleficencia y justicia) es el propio de lo "correcto" (o incorrecto), en tanto que el segundo (el de los principios de autonomía y beneficencia) es el propio de lo "bueno" (o malo). Por eso el primero se corresponde con el derecho, y el segundo es el específico de la moral» (54).

CAPÍTULO VI

1.- La **hipótesis de trabajo** que planteo es la siguiente: la bioética y la ciencia médica no son posibles la una sin la otra; planteo la autonomía de la bioética respecto a la ciencia médica, pero la ciencia médica no es autónoma de la bioética, es más, esta última le cambia la impronta de ciencia médica pura, a el “arte de la medicina”.

Las razones por la cual planteo la hipótesis arriba mencionada es que sin la bioética, los médicos hemos asumido un enfoque extremadamente positivista y tecnificado de la muerte y nos estamos dejando arrastrar por la corriente del progreso médico.

Peter Singer cita a un médico en su libro *Repensar la vida y la muerte*, que dice: “se pueden hacer trasplantes de órganos, ahora tenemos una mujer con muerte cerebral desde hace 105 días, quizás a continuación empecemos a...”. Se interrumpe, se queda pasmado cuando piensa en lo que él y

sus colegas podrían llegar a hacer a continuación. “No sé” concluye. “No sé lo lejos que vamos a llegar, pero debe haber algún límite”. Los recursos médicos en este planeta son limitados (16). Los avances de la tecnología médica nos han obligado a pensar en cuestiones a las que no habíamos tenido que enfrentarnos anteriormente. Cuando no había nada que pudiéramos hacer para preservar la vida de los fetos en el interior de los cuerpos de mujeres embarazadas cuyo cerebro había muerto, no teníamos que decidir sobre el estatus de un feto cuya madre hubiera muerto meses antes de que él pudiera nacer. Cuando los bebés que nacían sin cerebro no vivían más que unos pocos días, y no existía el trasplante de órgano, era fácil decir que todo ser humano tiene derecho a vivir. No tendríamos que preguntarnos si algunas vidas son más valiosas que otras. Ahora no podemos eludir esa cuestión a menos que estemos dispuestos a ser empujados a la fuerza por los deseos de los médicos y los científicos de ser los primeros en el siguiente milagro médico. La tecnología crea un imperativo: “Si podemos hacerlo, lo haremos”. La ética se pregunta, ¿podemos hacerlo?, pero ¿deberíamos hacerlo? Sin embargo, la ética dentro de la que intentamos responder a esta pregunta se basa en fundamentos poco firmes y que pocos de nosotros aceptamos. El resultado son opiniones confusas y contradictorias (16).

2.- Objetivo general

Es necesario aportar con una reflexión desde la filosofía para determinar cuáles son esos límites. Es posible plantear una propuesta dirigida a los colegas médicos: tratar de cambiar el paradigma con el cual se define la muerte, más allá del positivismo, acercando a una visión humanista de ella, en el sentido que el ser humano es más que un grupo de células y órganos que funcionan al unísono, sino que hay algo que se llama el “ser”, que muere sin una definición clara de que es morir. Para aclarar esta propuesta se introducen los conceptos de “muerte propia” que es la preparación durante toda la vida para la muerte y la “muerte impropia” que es la muerte no asumida, que solo llega, la muerte del dasein jasperiano, la muerte biológica.

La propuesta bioética es que los pacientes en EVP al no poder ejecutar funciones cerebrales superiores se devuelven del dasein de Heidegger a la categoría de ente no relacionante con el mundo, por lo tanto frente a la pérdida de su “equilibrio” debemos aliviarlo y no curarlo, es lo más importante y no habría motivo para alargar su agonía y sufrimiento. Este paciente no está enfermo, está muriendo, pues solo estamos alargando la agonía y cayendo en una obstinación terapéutica, no respetando los principios de No maleficencia. En los casos que existan directrices anticipadas, se tendrá una “muerte propia” ya que fue determinada por la misma persona como quiere abandonar este mundo.

Si bien esta tesis está dirigida a médicos, pues somos nosotros los que tomamos las decisiones, es extensiva a todos los profesionales de la salud que sufren por igual la angustia de la muerte; con estos conocimientos pueden aminorar esa angustia y entender y empatizar con las decisiones médicas.

2.1 Objetivos específicos

Tratar de trabajar en un marco bioético de protección al paciente frente a la tecnificación de la medicina. Diego Gracia, en *Por una asistencia médica más humana* (Gracia, D., 2004), dice que no existe una única definición de “lo humano” que pudiera ser aplicada en todo tiempo y lugar. Históricamente, la asistencia médica ha sido absolutista con axiomas, ha sido exclusivista, aceptando solo un paradigma y rechazando otros (lo que a mi parecer sería la realidad actual). Ha sido racionalista porque pone la razón como criterio superior, postergando las dimensiones irracionales de lo humano, como los sentimientos (según mi experiencia, algo muy frecuente en docencia con médicos jóvenes, los que explican un sentimiento solo en base a una reacción bioquímica o simplemente basan la medicina en la evidencia). Sin embargo, la denominada “Crisis de la Razón”, que sacudiría a la humanidad en los siglos XIX y XX, dividiría los viejos modelos de humanidad y dejaría como corolario el hallazgo de los valores: toda apreciación, a la par que racional, es también un acto emocional, subjetivo. La medicina debería considerar tanto hechos como valores, tema que también analiza el mismo autor en otro texto (Gracia, D., 2003), citado en (55).

En suma, el objetivo principal sería tener un paradigma científico-humanista del ejercicio de la medicina y sobre todo en lo que respecta al concepto de muerte.

2.2. Plantear la dualidad o el monismo del ser humano. El dualismo cuerpo-alma ha sido una cuestión eternamente pendiente en la antropología filosófica. Desde que Platón dijera, en el Fedón, que el alma quedaba atrapada en un cuerpo, esta idea de la dualidad ha sido defendida y matizada por innumerables filósofos, incluso de la Edad Moderna, como René Descartes. Alma: para Descartes, en 1685, es la que tiene la capacidad de discernir entre lo bueno y lo malo, juega el papel de lo que ahora llamamos “mente”. Cuerpo: está determinado por el ambiente y se reduce a leyes mecánicas (56). Esta dualidad ha sido refutada en tiempos más recientes por el médico, historiador y filósofo Pedro Laín Entralgo, insigne representante de la “Escuela de Madrid”. Se ha atrevido, desde su última etapa de pensamiento, a romper este dualismo antropológico defendiendo que solo existe el cuerpo, debido a su original concepción del alma. Una de sus contribuciones más

originales, y de lo más infrecuente en la historia del pensamiento, es la ruptura entre lo que dentro de la tradición antropológica-filosófica se ha tenido como cuerpo y alma (57).

Aristóteles fue el primero en ofrecer argumentos filosóficos sobre el posible monismo en la concepción del ser humano. Aristóteles, en *De anima*, decía alma igual vida: el alma es el principio de la vida, el alma no puede ser sin el cuerpo ya que es el cuerpo la forma del alma. Así, el alma no es una entidad separada del cuerpo: el alma es “natural” y es inseparable del compuesto animado de los seres vivos. Los elementos intelectuales del alma no son meramente corporales; son facultades de un alma-forma, esto es, de un cuerpo, del complejo alma-cuerpo (58). En suma, para Laín el alma no existe y para Aristóteles muere junto con el cuerpo.

El objetivo sería plantear el ser existencial, llámese alma, *dasein*, ser-sí-mismo, etc.

2.3. Plantear que la muerte es parte de la vida, tal como el nacer, y que la medicina no tiene como enemigo a la muerte, luchando siempre contra ella para que llegue lo más tarde posible, sino que debe ser un acompañante del paciente cuando llegue el momento de morir; aliviar, acompañar y no detenerla sin sentido, recordando las palabras de Heidegger: “el ser humano no es alguien que muera, sino que en sí mismo es un ser-para-la-muerte”. Con este concepto quiso transmitir que la muerte, más que una situación que encontraremos al final de nuestra vida, es una línea de meta a la que estamos avocados (26). En suma, el objetivo de aceptar la muerte como parte del ciclo vital, permite evitar la obstinación terapéutica, el alargue de la agonía y el sufrimiento del paciente y la familia.

2.4. Entender el concepto filosófico “Dasein” y ente de Heidegger, con la finalidad de darle otro paradigma al concepto de muerte, más allá de la muerte del cuerpo, entender que se puede dejar de existir antes que el organismo pluricelular y multiorgánico deje de funcionar.

2.5. Entender el concepto filosófico “muerte impropia” y una “muerte propia” para establecer la importancia de las “directrices anticipadas” en que el “ser-sí-mismo” determina la forma y el tiempo de cómo el “yo” abandona este mundo (la libertad de Jaspers).

2.6. Ser un aporte para entender la diferencia entre un “buen médico” y “médico bueno”, entendiendo que este no solo debe tener una gran cantidad de conocimiento científico, sino que debe aplicar toda esa información humanamente, y así llegar a ser un “médico bueno”; de lo contrario, puede convertirse en un bárbaro ilustrado.

La medicina y los médicos tienen igual dignidad que todas las otras profesiones y profesionales, pero desde un punto de vista más antropológico, la medicina pareciera ser más noble porque su materia prima es el “ser humano doliente”. El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad, William Osler (59).

Gluber, siglo XIX: La misión del médico es “curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre” (60). Hermann Hess, en su libro *El médico*: “el trato humano es la servidumbre que distingue a la medicina de otras profesiones”.

“El médico que sólo sabe medicina, ni de medicina sabe” José de Letamendi 1828-1897.

A pesar de las modificaciones que han surgido en el ejercicio de la medicina actual, sigue siendo válido el concepto que expresó en la Edad Media el médico y filósofo judeoespañol, Maimónides: “la medicina es algo más que una ciencia o un arte, es una misión totalmente personal”. Esto significa que nuestra profesión sigue siendo la ciencia y el arte creados para aliviar el sufrimiento (61).

CAPÍTULO VII

1.- Análisis de los casos bajo el paradigma filosófico y de la teoría del Principialismo.

Caso Cerati. Hubo un lapsus de tiempo de 4 años entre el AVE al terminar el concierto en Venezuela y la muerte oficial y legal en Argentina. Los datos de este caso fueron sacados de una fuente pública como es un diario argentino, por lo tanto, no se hizo uso de datos sensibles sin autorización. Para hacer el análisis de este caso es de suponer que nunca estuvo en muerte cerebral, pues eso no está especificado en la fuente, si ese fuera el caso, no tendría razón de analizarlo. Supongamos que estaba en un EVP y durante todo este tiempo debió haber sufrido infecciones intercurrentes. Haré un análisis a “quién” se cuidó durante los 4 años y cuándo murió. El hecho no es banal para esta investigación, porque si lo veo desde la física, que es la ciencia que estudia al ente en su particularidad espacial y material, puedo obviar al resto de entes. En esta centuria, el predominio de la física implica la confusión del ente con el ente material, aislando, por no poder probarse físicamente, al ente no material (62).

Desde la física se cuidó a un hombre de 55 años, con la neocorteza destruida, por lo tanto, incapaz de realizar un pensamiento, el cual presentó varios cuadros agudos infecciosos intercurrentes, de los cuales salió con ayuda médica y volvió a su estado basal de EVP, hasta que 48 meses después acabó su reserva homeostática, se produjo la falla multiorgánica y dejó de funcionar por parada cardíaca (entendiendo que el ventilador nunca fue retirado). Muerte, 24 de octubre, a las 22:50 horas según la ciencia física y fin de la historia.

Mi propuesta desde el pensamiento heideggeriano, al momento de dejar de tener la capacidad de pensar (no funciona la neocorteza) dejó de ser un *dasein* o “ser-ahí”, pues volvió a ser ese “ente” que no se relaciona con las cosas del mundo y no se diferencia de los otros entes que están destinados a “lo dado” y que solo pueden someterse a lo que hay, al señorío de los otros. Hay una UPC donde los médicos deciden qué van a hacer (los señores). Incluso Aristóteles diría que el “alma” murió, que esta muerte espiritual es la causa de la muerte del cuerpo. No cito a Platón pues él es la base del pensamiento judeocristiano y ellos esperan la muerte del cuerpo para liberar el alma. Además, si entrara en el campo teológico para analizar este caso, no encontraría ningún argumento donde afirmarme para poder decir que la muerte existencial es la base del concepto de muerte. Por lo mismo no puedo afirmarme en el planteamiento cartesiano, el sujeto no habita este mundo de objetos, sino que está más allá de lo corpóreo.

Heidegger critica al platonismo y mucho más, la visión surgida con Descartes, entre otras cosas, por corromperse la visión de los post aristotélicos, y originando una ontología fallida que parte de una ontología anterior también fallida, donde se secularizan términos teológicos en términos antropológicos, sin sentido en dicha disciplina, entre otras cosas porque sitúan al hombre en la categoría de lo divino, una categoría ajena a lo humano. Al respecto, en una conferencia de 1924 que allana el camino para lo que en 1927 será *Sein und Zeit*, Heidegger señaló que la terminología teológica no puede derivar en una terminología filosófica porque el cometido de teología y filosofía es diferente (2004, 107), citado en (63). Para Heidegger no existe la posibilidad de contemplar tal dualidad porque la consciencia propia de sí y del mundo están ligadas indisolublemente, puesto que el *dasein* tiene como una de sus estructuras fundamentales el Estar-en-el-mundo (*In-der-Welt-sein*).

Según la visión jasperiana, al no poder hacer uso de su neocorteza, no puede elaborar un pensamiento y permanecerá en el *dasein* (*dasein* de Jasper, no confundir con el heideggeriano), y está imposibilitado de llegar a ser un “Ser-sí-mismo” incapaz de planificar su muerte y decir como quiere abandonar este mundo y no tiene directrices anticipadas no puede tener una “Muerte propia”, es un ente que está esperando su muerte corporal.

En mi opinión, mientras permanezca en este EVP debemos permitirle estar lo más cómodo y aliviado posible, no podemos propiciar su muerte intencionadamente pues sería asesinato; los médicos debemos proporcionarle alivio y las enfermeras cuidado. Pero estadísticamente es muy probable que ocurra un evento de varias categorías, otro AVE, TEP, sepsis, etc. Aquí es donde surge la eterna pregunta propuesta en esta tesis: ¿Está enfermo o está muriendo? La respuesta definitiva por mi propuesta es: está muriendo y, si no se debe tratar ese evento agudo, solo se alivia, se

acompaña como médico y enfermera en el proceso de su muerte biológica, que no tiene por qué ser dolorosa, molesta o displacentera.

De lo contrario, solamente prolongaríamos la agonía del paciente, frenando su muerte, mediante medios externos. No encuentro motivo alguno para tal acción a menos que hubiese existido una presión familiar y social por mantenerlo biológicamente funcionando para otros fines, como el dolor de la familia y sus fanáticos. Aquí podríamos apelar a la filosofía kantiana que dice que el ser humano es un fin en sí mismo y no un medio para otros fines, lo cual convierte la acción en éticamente inadecuada y en un atentado a la dignidad humana (7).

Desde el Principialismo fue violada la beneficencia de utilidad ya que no fue sopesada, pues requiere que los beneficios y los inconvenientes estén equilibrados. La No maleficencia no la puedo evaluar pues no creo que hubiese intención de hacer daño y, según mi criterio, el de justicia sí fue violado en el sentido que dice Ulpiano: “que la justicia consiste en dar a cada uno lo suyo”, se le dio demás y eso provocó daño; dar exageradamente puede ser tan dañino como dar de menos.

Peter Singer, en su libro *“Repensar la vida y la muerte: el derrumbe de nuestra ética tradicional”*, describe un caso similar, de una paciente llamada Nancy Beth. Cuando finalmente murió sus padres pusieron en su lápida lo siguiente:

NANCY BETH CRUZAN
HIJA-HERMANA-TÍA
MUY QUERIDA
NACIÓ EL 20 DE JULIO DE 1957
MURIÓ EL 11 DE ENERO DE 1983
EN PAZ EL 26 DE DICIEMBRE DE 1990

2. En el caso II, de la mujer de 95 años con demencia terminal sin contacto cualitativo con el medio y cada vez menos cuantitativo, es decir, sin funciones cerebrales superiores, tiene una demencia posible Alzheimer GDS 7, sin neocorteza, con frecuentes focos sépticos, sin directrices anticipadas. Se podría aplicar todo el análisis filosófico del caso Cerati de la misma forma. Me pregunté durante meses, como testigo directo del caso: ¿Estaba enferma o se estaba muriendo desde hace ya bastante tiempo? Cuando estaba sin sepsis estaba enferma en un EVP y necesitaba cuidados no curativos, pero paliativos, sin precipitar su muerte.

Pero cuando presentaba las neumonías ATS III y IV a repetición, ¿estaba enferma? Definitivamente no, se estaba muriendo, pues nadie muere de demencia sino de cuadros sépticos, principalmente pulmonares o urinarios. Lo que correspondía era el alivio, no la curación, acompañamiento de fin de vida. Cuando se diagnosticó el cáncer gástrico es la misma situación. La muerte había llegado y no teníamos el derecho a detenerla.

Según análisis desde el punto de vista de la Teoría del Principialismo, no hay una vulneración al principio de la autonomía, pues no había directrices anticipadas. Pero sí desde la No-maleficencia, *primum non nocere*, ya que debemos recordar que este principio se concentra en los daños físicos, incluyendo el dolor, la discapacidad y la muerte, sin negar la importancia de los daños mentales y lesiones de otros intereses, como el daño al patrimonio familiar pues la familia gozaba de una situación económica muy buena, pero no infinita; siempre se debe pensar cómo quedará la familia después de la muerte del ser querido. No es extraño ver personas “en luto y arruinadas”. Quiero pensar que las acciones y decisiones médicas se basaron en una beneficencia positiva, es decir, proveer beneficio. Pero en las acciones acá descritas no veo el beneficio que se le proporcionó a la paciente, ¿alargar su agonía? Eso no es beneficencia, es maleficencia; en este caso no se protegió el derecho de la paciente a morir dignamente, no se previno el daño de la medicina invasiva con actos fútiles, como tratar el síndrome pilórico con resecciones endoscópicas repetitivas del tumor, no se ayudó a una persona con discapacidad frente a la insistencia de obstinación terapéutica de la familia. Aristóteles diría que faltó “prudencia”, una de las grandes virtudes. Quiero pensar que hubo un paternalismo excesivo o quizás una “benevolencia” que es cuando se piensa ciegamente en hacer el bien, sin pensar en nada más.

También se puede pensar que no se respetó el principio de Justicia en el sentido a la igualdad de derechos al acceso de salud; a esta paciente no se le negó nada, al contrario, se le ofreció en demasía, sin prudencia, sin justificación. En ocasiones tener mucho dinero puede ser una situación de fragilidad o vulnerabilidad frente a sistemas que su fin último es el lucro.

Pasando a la filosofía Kantiana, esta paciente fue usada como un medio para otros fines, vulnerando la dignidad humana. (el lucro, aminorar el sufrimiento de la familia). El concepto dignidad humana es muy importante para ejercer la medicina. Para mí, Kant es fundamental, pero debe complementarse con otros autores, como Fránces Torralba que se pregunta: ¿Se ha convertido la palabra dignidad en una palabra vacía? ¿Qué significados alberga esta expresión? ¿Por qué se reitera en las grandes declaraciones universales, en las constituciones democráticas y en los códigos deontológicos? ¿Qué significa vivir con dignidad? ¿Qué significa morir con dignidad? El objeto central del libro *¿Qué es la dignidad humana?* consiste en explorar el concepto de dignidad

humana, tanto desde un punto de vista conceptual como histórico, y abordar las propuestas éticas de tres pensadores contemporáneos, Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris, quienes discuten la tesis de la sublime dignidad de la persona humana. La idea según la cual la persona ocupa el lugar sublime en la creación y es poseedora de una intrínseca dignidad se ha convertido en un objeto inquietante del pensar en la filosofía contemporánea. A lo largo del ensayo, el autor trata de responder críticamente a sus objeciones y, finalmente, propone un concepto renovado de persona. Lo dejo como un texto complementario para quien tenga interés en profundizar en el tema (64).

O quizás existió una ignorancia infinita, una ignorancia platónica que se define, según Platón (Timeo: 86b-c), como “La ignorancia es una enfermedad del alma”. Ignorar significa creer que se sabe, cuando en realidad no se sabe; es decir, lo que se cree saber está ausente de ser, de orden, no solo no es el ser, aun más, no es el no-ser.

3. Paciente joven sin deterioro cognitivo, con ELA. Ella haciendo uso de la libertad que pregona Jaspers, asistimos al acto de trascender de un yo que se eleva sobre todos sus esquemas, que lo determinan nada más según lo dado o lo que consta, la constancia (*bestand*), para establecer rotundamente quién manda y quién decide, en la medida en que esa posibilidad de ser-sí-mismo elimina el yo. Manifiesta que no quiere seguir viviendo y actualmente en Chile no existe una ley de eutanasia, que es lo que esta paciente manifestaba como el modo de terminar una horrorosa vida; le explico en qué consiste la limitación del esfuerzo terapéutico y que cuando viniese un evento agudo como neumonía u otra sepsis no se trataría en modo curativo sino paliativo. La paciente consiente, es decir decide sobre su como y cuando partir de esta vida, asegurándose una “muerte propia”. Si bien la limitación del esfuerzo terapéutico es una decisión exclusivamente médica, en este caso fue más perfecta en el sentido que fue tomado en modo conjunto médico-paciente. Los dueños de la clínica de larga estadía también atentaron contra la dignidad kantiana (explicada anteriormente).

Para terminar, quiero presentar un cuarto caso para aclarar aún más algunas ideas. Se trata de una mujer de 60 años, médico psiquiatra, soltera, sin hijos; su familia sólo es su madre que padece una enfermedad tipo Alzheimer GDS 7 (terminal). A la médico se le diagnostica un cáncer de mama muy avanzado con pocos meses de sobrevida y su preocupación más grande era quién cuidaría a su madre; su propia muerte no le preocupaba, pues como psiquiatra conocía los temas expuestos

en esta tesis, es decir, vivía una “vida auténtica”, de cara a la muerte. Decide eliminar a su madre, lo que se debe catalogar como asesinato o “asesinato por compasión”, lo que en ningún caso se puede considerar eutanasia pues no había directrices anticipadas; ella misma hace el acta de defunción y la entierra de acuerdo con sus ritos. Pasados unos días, ordena su testamento y su “ser-sí-mismo”, determina la muerte del “Yo”, cometiendo suicidio, lo que debe considerarse como “muerte propia”. Deja una carta a su mejor amiga con instrucciones para su funeral, pero esta amiga abre la carta antes de tiempo y se da cuenta de la situación y concurre con un servicio de emergencia móvil al hogar de la psiquiatra, donde la encuentran aún con signos vitales, la trasladan a un hospital y le practican tres ciclos de RCP. Ingresan a UPC y allí muere dos meses después, producto de la sepsis por úlceras de decúbito. Desde mi punto de vista, y según lo expuesto acá, no tenemos derecho a interrumpir un suicidio, sobre todo si es un suicidio soberano, el cual fue elegido como una opción, en forma clara, lúcida, sin presión y no es una huida (62); la doctora fue sometida a un sufrimiento innecesario y contra su voluntad. Se le negó el derecho a tener una “muerte propia”

CONCLUSIÓN

Lo que planteo en esta tesis debe ser tomado con cautela y con curiosidad. Cautela porque “la muerte” siempre ha sido un tema tabú en la sociedad; por mi experiencia como alumno de medicina es que hace décadas, no se la mencionaba y se presentaba como el gran enemigo contra el cual nosotros, los “futuros guerreros”, debíamos combatir a toda costa y a casi a cualquier precio; en ocasiones, algo muy dañino para el paciente. De la muerte no se hablaba, no se enseñaba, no se aceptaba como parte de la vida. En mi experiencia como clínico y docente no ha cambiado mucho este paradigma, pero sí se ha buscado una explicación y una definición desde el positivismo, llegando a la definición de muerte cerebral, lo que es un gran avance. Si bien está claro que muerte cerebral es muerte, aún permanecen muchas personas conectadas a soporte externo pues existe un gran miedo de retirarlo, basado en prejuicios que confunden el “matar” con el dejar partir, prejuicios religiosos y culturales.

Incluso ese “dejarnos arrastrar por los avances de la ciencia médica” que nos hace olvidar que somos médicos, y no unos científicos licenciados en medicina que nos nubla nuestro norte, esa actitud la llamo “Síndrome de Frankenstein”. Como el proyecto de Silicón Valley que promete derrotar a la muerte para el 2040. Quizás nunca veamos la muerte de la muerte (y espero que así sea), pero, suponiendo que no destruimos antes las condiciones que hacen posible nuestra vida sobre este planeta, es muy posible que veamos a un ser humano muy distinto del actual y más longevo. Basta con haber visto de cerca el rostro de la muerte o haber sufrido la pérdida

inmisericorde de alguien querido para alegrarse de que así sea. No hay base científica suficiente para afirmar que podremos vencer a la muerte; no obstante, si las promesas más atrevidas de la tecnología se vieran cumplidas y estuviera a nuestro alcance alguna vez una vida de duración indefinida, según todos los indicios solo unos pocos podrían acceder a ello.

Permanecer en la condición humana sería ineludiblemente sinónimo de aprender a apreciar la muerte. Un destino quizás no mucho más trágico que el del posthumano que habrá de preguntarse reiteradamente y hasta la saciedad por qué tiene sentido seguir viviendo.

Las nociones culturales y los axiomas religiosos influyen en la forma de aplicar la medicina, no deben ser negados a ser escuchados, aunque ellos sí estén predispuestos a no escucharnos, pues para ellos sus afirmaciones son axiomas. Para no caer en esa misma soberbia intelectual es que deben ser tomados en cuenta pues nos incentivan a deliberar y la deliberación es la base de cualquier acercamiento a la verdad, aunque nunca llegemos a saber qué es la verdad. Como decía Mill: “Prefiero ser, un Sócrates insatisfecho que un cerdo satisfecho”.

La medicina debe abrirse a otros paradigmas, al “politeísmo axiológico” de Weber; debe incorporar la visión filosófica del existencialismo y la fenomenología, y entender que somos seres para la muerte y que la muerte no es una forma de dejar de ser. Por lo tanto, la muerte le exige al médico un conocimiento más profundo que el de la técnica, un llamado a la curiosidad.

Nuestra misión es tener una buena vida y eso implica tener una buena muerte, y cada uno puede definir eso, pero la sociedad debe debatir sobre temas tabúes para que cada individuo tenga la libertad de determinar cómo quiere partir de este mundo “muerte propia”. Ya hay sociedades que han debatido y han legislado al respecto; no podemos cerrar los ojos frente a esta situación límite que es la muerte, no podemos seguir en ese “aún no”; la muerte está a la vuelta de la esquina, es la posibilidad más posible de las posibilidades. Hablemos, discutamos, legislemos y recordemos la palabras de Jaspers: “La vida se hace más profunda, la existencia más cierta de cara a la muerte”. “Ante el abismo abierto por la desaparición de un ser querido siendo una conmoción diferente de la que siento ante mi propio “deber morir” y, sin duda, mucho más profunda. Allí donde se trata de mi propia muerte, se puede practicar sin duda una especie de narcosis. Pero el duelo, allí donde está absolutamente auténtico excluye la posibilidad de esta narcosis la experimentaría como una traición” (65).

“No menosprecies a la muerte. En su lugar, dale la bienvenida pues no es más que un componente del flujo de la naturaleza humana como, el primer diente permanente, el primer encuentro sexual o el primer vello de color gris”, Marco Aurelio.

“Dejemos de mirar a la muerte como un desconocido. Frecuentémosla con asiduidad, acostumbremos a su presencia, invoquémosla en nuestra imaginación a cada instante”, Michel de Montaigne. Del mismo filósofo francés: “En última instancia practicar, la muerte es practicar la libertad, porque un hombre que ha aprendido a morir ha desaprendido a ser un esclavo”.

10.- BIBLIOGRAFIA

1. Ricoy Lorenzo, C. Contribución sobre los paradigmas de investigación Educação. Revista do Centro de Educação, vol. 31, Nº 1, 2006, pp. 11-22, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.
2. Ramos Carlos A. “*Los paradigmas de la investigación científica*”_Av.psicol. 23(1) Universidad de las Américas, 2015.
3. Villamizar E, “*El morir y la muerte*” Revista Gerencias y políticas de salud, Nº 2, Bogotá, Colombia 2002.
4. Q. Jennett B, Plum F. Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of name. Lancet. 1972; 299(7753): 734-7.
5. Ashwal S, Cranford R, Bernet JL, Celesia G, Coulter D, Eisenberg H, et al. Medical aspects of the persistent vegetative state (First of two parts). New Eng J Med. 1994; 330(21): 1499-1508.
6. Dougherty JH, Rawlinson D, Levy DE, Plum F. Hipoxic ischemic brain injury and the vegetative state: clinical and neuropathological correlation. Neurology. 1981; 31(8):591-7.
7. Kant, Emmanuel, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Ed. Tomo, México, 2010, p.104.
8. Corona, Néstor (2008). La cuestión de Dios en Heidegger: metafísica, pensamiento del ser, pensamiento según la poesía. *Teología y vida*, 49(3), 251-277.
9. Diario “El País” Madrid – 01 sept 2021 - 12:09 CEST.
10. J.L. Escalante Cobo; “*Muerte encefálica. evolución histórica y situación actual*”. Medicina intensiva, vol. 24, Nº 3, Madrid 2000.
11. Gracia D. *Ética de los confines de la vida*. Editorial Códice, Santa Fe, Colombia. 1998.
12. Rodríguez del Pozo P. La determinación de la muerte: historia de una incertidumbre. *Jano* 1993; XLIV: 71-77.

13. Wertheimer P, Jouvét M, Descotes J. A propos du diagnostic de la mort du système nerveux dans les comas avec arrêt respiratoire traités par respiration artificielle. *Press Med* 1959; 67: 87-8.
14. Castro AMS, Villagómez OAJ, Torrez PJ, et al. Muerte cerebral. *Rev Esp Med Quir.* 2008;13(2):78-87.
15. Pontificia Academia de Ciencias, “Por qué el concepto de muerte cerebral es válido como definición de muerte: declaración de neurólogos y otros y respuesta a las objeciones”, *Vida y Ética*, año 10, Nº 2, Buenos Aires, (diciembre, 2009).
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/concepto-muerte-cerebral-definicionmuerte.pdf>
16. Singer P. “*Repensar la vida y la muerte: el derrumbe de nuestra ética tradicional*” pp. 25, 39, 42, 44 Editorial Paidós 1997 Barcelona.
17. Andino C. “*Ética de mínimos y pluralidad democrática. Aportes actuales de la ética civil de Adela Cortina*” *Revista Científica de la UCSA*, Vol.4 Nº 1 Abril, 2017:67-79.
18. Portuondo Pajón, G. L., (2018). *Comentario sobre el significado existencial de la muerte: Heidegger y Jaspers. Filosofía: revista del postgrado de Filosofía de la Universidad de Los Andes*, ISSN 1315-3463, Nº 28, 2017, pp.85–91. Idioma: español.
19. Edwards A. *María Callas, una biografía íntima*, traducción Piña C. Editorial El Ateneo Buenos Aires 2003.
20. Platón (1981), *Fedón o de la Inmortalidad del Alma*. Editorial Espasa-Calpe. S.A. Madrid, España, pp. 426 y 427.
21. Cardini F. "Orizzonti geografici e orizzonti mitici nel Guerrin meschino", en "Imago mundi": *La conoscenza scientifica nel pensiero bassomedioevale*, Todi, 1983, pp. 183-221.
22. *Volumen 2/1. «O lo uno o lo otro. Un fragmento de vida I»*. Edición y traducción del danés de Begonya Sáez Tajafuerce y Darío González, 2006.
23. Stam J. “*El Ateísmo Existencialista De J. P. Sartre*” *Rev. Fil. Univ. Costa Rica*, XVII (45), 37 - 42, 1979.
24. Lozano V. “Heidegger y la cuestión del ser” *ESPIRITU* LIII (2004) 197-212 Barcelona.
25. Heidegger, M., *El ser y el tiempo*. Trad. José Gaos, 2º ed. México, Fondo de Cultura Económica, 1971.
26. La Carta sobre el humanismo tiene su origen en una carta dirigida a Jean Beaufret (París) en el año 1946. Revisada y aumentada para su edición, fue publicada por primera vez en 1947 por la editorial Francke (Berna 1947) en forma de apéndice a la obra *Platons Lehre*

- von der Wahrheit. Actualmente la obra, con el título *Brief über den Humanismus*, forma parte del volumen noveno (Wegmarken, ed. F.-W. von Herrmann, Vittorio Klostermann, Frankfurt am Main 1976, pp. 313-364) de la edición de las obras completas de Heidegger (Heidegger Gesamtausgabe).
27. Monólogo de la Agrado en la película “Todo sobre mi madre” de Pedro Almodóvar 1999.
 28. Campillo A. “*Sobre las formas y los límites de la emancipación*” I SEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política N° 43, julio-diciembre, 2010, 659-669 ISSN: 1130-2097 Murcia.
 29. Jaspers, K., *Filosofía*. Trad. Fernando Vela. Madrid, Ediciones de la Universidad de Puerto Rico. Revista de Occidente, 1958 (Philosophie, 1956), Tomo I, p.14.
 30. Holzapfel, C., *Muerte y suicidio en Jaspers*. Revista Philosophica, N° 26, p.4. Instituto de Filosofía, Universidad Católica de Valparaíso, 2003.
 31. Frolov Iván T. “*Diccionario de filosofía*.” Traduc. Razinkov O. Editorial Progreso, Moscú 1984.
 32. Holzapfel C. “*Ser humano, cartografía antropológica*” Editor Osorio F. Santiago 2014. Jaspers, K., *Philosophie II*, traducción de Cristóbal Holzapfel. München, Ed. Piper, 1994. "Existenzerhellung", p.220.
 33. Volker R. “*La insistencia de la muerte en la vida: Hegel después de Heidegger*” Revista de Filosofía II Época, N° 4 (2009): 11-20.
 34. Holzapfel, C., *Muerte y suicidio en Jaspers*. Revista Philosophica, N° 26, p.4. Instituto de Filosofía, Universidad Católica de Valparaíso, 2003.
 35. Baquedano S., *Situación límite y suicidio en Jaspers*. Philosophia 73/1 I 2013 I pp. 45 - 60.
 36. Muñoz, R., *El desarrollo de la idea del alma en Aristóteles*, Tesis para optar al Grado de Magíster en Filosofía con Mención en Metafísica, Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Escuela de Postgrado, Programa de Magíster en Filosofía, con Mención en Metafísica, Santiago, diciembre 2006, p.6.
 37. Jaspers, K., *Philosophie II*, traducción de Cristóbal Holzapfel, München, Ed. Piper, 1994. "Existenzerhellung", p.227.
 38. Ferrater Mora, J., *El Ser y la Muerte*. Madrid, Ed. Aguilar, p.210.
 39. Lolas F., *Proposiciones para una Teoría de la Medicina*. Santiago, Chile, Ed. Universitaria 1992.

40. Pérez, M., *Bioética, Fundamentos y Dimensión Práctica*. Cap. Muerte, p.354. Ed. Mediterráneo, Santiago – Buenos Aires, 2012.
41. Ferrater, J., *El sentido de la muerte*. Buenos Aires, Ed. Sudamericana, 1947.
42. Carta a Meneceo, 125.
43. Hegel, G. W. F., *Fenomenología del espíritu*. México, Fondo de Cultura Económica, 1966, p.116.
44. Schopenhauer, A., *El arte de sobrevivir*, Barcelona, Ed. Herder 2013. Cap., “La buena vida”, pp. 107-108.
45. La gaya ciencia (Die fröhliche Wissenschaft), sección 125.
46. Sartre J.P., *Nausea*, 9ª edición, título original francés *La nausée*. Trad. de Aurora Bernárdez. Ed. Época S.A. México.
47. Gracia D., “Historia de la Eutanasia”. En: Gafo J. *La eutanasia y el Arte de Morir*. Madrid: UPCM, 1990; pp.14-15.
48. Gracia D. “Historia de la Eutanasia”. En: Gafo J. *La eutanasia y el Arte de Morir*. Madrid: UPCM, 1990; p.25
49. T. L. Beauchamp y J. F. Childress: *Principles of Biomedical Ethics. Fourth Edition*, Oxford University Press, Nueva York/Oxford 1994 (trad. cast. *Principios de ética biomédica*. Masson, Barcelona, 1999).
50. G. Dworkin: *The Theory and Practice of Autonomy*. Cambridge University Press, Cambridge/Nueva York/Melbourne 1988, 3ªreimpr. 1995.
51. Siurana Aparisi, Juan Carlos. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, (22), 121-157.
52. Hipócrates: "Juramento", *Tratados hipocráticos*, 87.
53. N. Daniels: *Just Health Care*. Cambridge University Press, Cambridge/Nueva York/Melburne 1985, 5ª reimpr. 1995.
54. Gracia, Diego. *Primum non nocere*. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica. Madrid, 1990. Instituto de España, Real Academia Española de Medicina, p.50.
55. Gutiérrez Recacha, P., *Revista Educación Médica*. Volumen 9, Suplemento 1, Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid., Diciembre 2006.
56. Descartes R. «Descartes: su filosofía» en *Discurso del método*, Valencia, Editorial Diálogo, 2003, p.52.
57. Laín Entralgo P, *Cuerpo y alma*, Madrid, Espasa Universidad, 1991, p. 374.

58. De anima II I, 412b20. De anima II I, 412b25
59. Young, Pablo, Finn, Bárbara C, Bruetman, Julio E, Emery, John D. C, & Buzzi, Alfredo. (2012). William Osler: el hombre y sus descripciones. *Revista Médica de Chile*, 140(9), 1218-1227.
60. Gutiérrez-Fuentes J.A. “*La medicina, una ciencia y un arte humanos* “ Viguera Editores SL 2008. EDUC MED 2008; 11 (Supl 1): S11-S15 Madrid.
61. Valencia Parpacen J. “*Panegírico de Maimónides El Español*”. Caracas, Venezuela: Editorial Arte; 1985.
62. Neira, H., (2017). Suicidio soberano y suicidio patológico. *Ideas y Valores*, 66 (164), pp.151-179.
63. Gilabert F. “*Heidegger en torno al error de la Modernidad: La crítica al dualismo cartesiano de cuerpo y alma (Sein und Zeit, párrafos 19, 20, 21)*” *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, Suplemento 5 (2016), 89-98ISSN: 1130-0507 (papel) y 1989-4651 (electrónico) <http://dx.doi.org/10.6018/daimon/268651>
64. Francesc Torralba Roselló ¿Qué es la dignidad humana? Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris Herder Editorial, 1 jan. 2011, 416 pág.
65. Marcel G. “*Homo Viator*” Ediciones Sígueme, Salamanca, 2005, pp. 303-304.
- Platón, *Apología de Sócrates*, p.22 y *Diálogos*. Ed. Panamericana, Bogotá, Colombia, 1998.
 - Heidegger M., *Ser y Tiempo*, Traducción, prólogo y notas de Jorge Eduardo Rivera. Edición digital de: <http://www.philosophia.c>
 - Jaspers, K., *Filosofía*, 1ª ed., trad. de Fernando Vela, Madrid, Ediciones de la Universidad de Puerto Rico. *Revista de Occidente*, 1958 (*Philosophie*, 1956), Tomo I, p. XXXI.
 - Holzapfel, C., *Muerte y suicidio en Jaspers*, en *Revista Philosophica*. Instituto de Filosofía, Universidad Católica de Valparaíso, N° 26 (2003).
 - Ferrater Mora, J., *El Ser y la Muerte*, Ed. Aguilar, Madrid, 1962.
 - Escribar, M., Pérez, R. Villarroel, *Bioética, fundamentos y dimensión práctica*, Ed. Mediterráneo, Santiago – Buenos Aires, 2012.
 - Boletín N°11577-11. Honorable Cámara de Diputados, Modifica la ley N° 20.584, que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, con el objeto de permitir la muerte digna o eutanasia. Valparaíso, enero de 2018.

- Ivanovic-Zuvic, Fernando. (2000). El legado de Karl Jaspers. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 38(3), 157-165.