

# ETICES

*Boletín de Bioética*

**Problemas de fin de vida  
en nuestra época**



Boletín trimestral de Bioética  
Facultad de Medicina y Departamento de Humanidades  
Grupo de Investigación ETICES  
Volumen 3, número 1  
Enero – Marzo de 2011

  
Sociedad  
EDITORIAL  
CES



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

ISSN: 2145 - 3373

**ETICES**

Volumen 3, número 1: enero - marzo de 2011.

©Universidad CES

ISSN 2145-3373

Hechos todos los depósitos que exige la ley

Diagramación:

Oficina Proyección Corporativa - Universidad CES

# PROBLEMAS DE FIN DE VIDA EN NUESTRA ÉPOCA<sup>1</sup>

Dra. Stella Navarro\*

## INTRODUCCIÓN

Parece una paradoja, pero entre más avanzan la medicina y las opciones de tratamiento que logran como resultado final prolongar nuestra vida, cada vez aparecen más discusiones acerca de la muerte. Debates que van desde la eutanasia hasta el suicidio asistido, conflictos entre médicos y pacientes o sus representantes, y que tocan el área no solo de la medicina, sino también de lo legal, la economía, la antropología, la religión y la política. Es quizás por esto que la Bioética estudia este problema, porque cuando una situación pasa a generar conflictos, es necesario escuchar todas las voces implicadas, analizar diferentes argumentos, detectar qué soluciones se pueden empezar a plantear y sobre qué otros puntos falta reflexionar.

Los procesos de salud, vida y muerte se han visto modificados de manera dramática en los últimos 50 años, en los que el conocimiento científico ha avanzado de manera exponencial, de manera que cada vez más no solo se conoce cómo funciona el organismo humano, sino que hemos llegado a desarrollar tecnologías para corregir las “fallas” que la naturaleza ha permitido, de manera que suplan las imperfecciones que se detectan a través de la ciencia.

Es así como hemos pasado de una visión holística del ser humano, a hacer énfasis en los aspectos netamente biológicos, y en los que se reconocen órganos y sistemas que deben funcionar correctamente para mantener un estado que es el que ahora se reconoce como salud. Desde esta concepción, el desequilibrio de las funciones orgánicas debe ser intervenido para mantener la homeostasis, pues en caso contrario el sistema pierde su estabilidad, llevando a la enfermedad o la muerte.

---

<sup>1</sup> Basado en el capítulo preliminar “Problemas de fin de vida en nuestra época” del libro inédito *Bioética plural*.

\* Anestesióloga, intensivista y docente de la Universidad CES. Magíster en Bioética de la Universidad El Bosque. Miembro del Grupo de Investigación ETICES.

Hoy en día podemos hablar de muerte biológica, que culmina con el cadáver; de muerte psíquica, como la del autista aislado de la realidad; de muerte social, como el caso de la reclusión en asilos; y conceptos más técnicos como la muerte encefálica<sup>2</sup>. Hoy en día las intervenciones realizadas a través de la medicina y la tecnología han incursionado en uno de los eventos ineludibles de los seres humanos: la muerte; y vemos cómo hemos creado situaciones donde lo que correspondía al ciclo natural de la vida, empieza a quedar en nuestras propias manos.

La medicina actual ha tomado como bandera el salvar vidas, fácil concepto en pacientes que sobreviven gracias a un trasplante. Pero sería necesario poder entenderla también desde la perspectiva de alguien que queda en estado de coma después de una reanimación "exitosa", y conocer cuál es su idea de "vida". Aquí nace una primera paradoja: nunca antes como ahora se han escuchado solicitudes de seres humanos reclamando como derecho el acceso, no sólo a la atención médica, sino también a una tecnología que les permita continuar con vida, mientras que otros reclaman un derecho que para muchos es una contradicción en sí misma: la solicitud de un ser vivo por el derecho a morir.



---

2 THOMAS, Louis-Vincent. La muerte, una lectura cultural. Barcelona: Paidós, 1991. p. 13

Sin dejar de reconocer los grandes logros de la medicina en el último siglo, también es importante reconocer las consecuencias de sus acciones y regular sobre las mismas. La necesidad de legislar en estos aspectos va desde una obligación legal de evitar homicidios eugenésicos, hasta las acciones médicas basadas en el paternalismo, normalizar acerca de nuevas situaciones (por ejemplo, la muerte encefálica o la donación de órganos), todas ellas secundarias respecto al avance de la ciencia y la tecnología en los terrenos de la vida, de manera que también hemos creado nuevas situaciones donde los límites entre la vida y la muerte son cada vez más imprecisos.

Y aunque hemos logrado modificar y postergar el fenómeno final de nuestras vidas, no hemos logrado evadirlo. Porque la muerte no solo es inevitable, sino que además es inherente a nuestra existencia. Quizás este es uno de los aspectos que nos ha caracterizado como especie: el reconocer la finitud de nuestra existencia, independiente de nuestro conocimiento científico. Lo que sí hemos modificado es la manera cómo a través de los años nos enfrentamos al proceso de morir: hemos pasado de verlo como un proceso mágico, mitológico o religioso, con un sentido de trascendencia espiritual, para convertirlo en un fenómeno que pareciera estorbar nuestra misma existencia: querer ser inmortales en el mundo que conocemos.

Pero algunas cosas parecen seguir inalterablemente su curso: mientras los artículos médicos se refieren cada vez más a cómo disminuir las tasas de mortalidad, los padres de familia siguen explicando, a su hijo inconsolable ante la muerte de su primera mascota, que finalmente todos vamos a morir. Quizás ante tanta ciencia hemos perdido algo de sentido común.

## **SALUD, BIENESTAR, ENFERMEDAD, SUFRIMIENTO Y MUERTE**

Es fácil suponer que el deseo de las personas es estar sanos. Sin embargo, médicos y pacientes pudieran tener conflictos a la hora de definir este término. Para una persona, estar sano nace de una percepción subjetiva, que sería la falta de ser consciente del propio organismo, y saber que se cuenta con las capacidades para realizar sus objetivos. Por el contrario, no estar sano es cuando se está consciente de que tal vez algo no anda

bien en nuestro cuerpo, o de aquello que describimos como molestia, dolor, enfermedad, que nos preocupamos, porque nos recuerda no sólo que somos vulnerables sino, más aun, que no somos inmortales.

La enfermedad es entonces nuestro primer gran temor: nos reconocemos como seres finitos, falibles, imperfectos. Pero para las personas la salud no es sólo un evento biológico, sino también la respuesta psicológica que desencadena en nosotros<sup>3</sup>. Por esto, desde chamanes hasta médicos, son entonces llamados en busca de ayuda.

El conocimiento, si bien nos ha brindado muchas herramientas, también nos ha llevado a descubrir que como especie estamos lejos de la perfección. Por eso, aun al buscar una salud perfecta desde el ideal biológico, eventualmente nuestro organismo va fallando, y ya sea por fenómenos agudos o por procesos crónicos que se van instaurando lentamente, se pierde el equilibrio que nos mantiene con vida. Allí la medicina y la tecnología han logrado grandes avances: a través de lo que se denomina medidas de soporte y que reemplazan funciones de órganos vitales, se logra mantener la vida. Es en estos momentos cuando se libran las verdaderas batallas de la medicina y la tecnología contra la muerte, quedando nuestra naturaleza en el medio, intervenida.



---

3 [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006.

La medicina, en búsqueda de entender y controlar el proceso de enfermedad, se ha alejado de su objetivo primordial: la salud de las personas. Al hacer énfasis en los aspectos biológicos de la salud, no se han desarrollado a la par las herramientas necesarias para manejar otros aspectos para alcanzar dicho objetivo.

Mientras tanto, tampoco podemos afirmar que tenemos el poder sobre las enfermedades: sólo logramos controlar algunas, mientras vemos cómo, asociadas al proceso de envejecimiento, otras nuevas van apareciendo<sup>4</sup>. Estar vivo parece no siempre ser el mejor resultado. Es desde aquí de donde se empiezan a plantear aspectos claves, ya que vida y salud definitivamente no son sinónimas. Y si bien la medicina moderna es bastante exitosa en prolongar la vida, recuperar la salud no es tan sencillo, y fracasamos muchas veces en aliviar el sufrimiento, por lo que para algunos la única esperanza es la muerte.



---

4 Ibid., p. 38

## MEDICINA TECNIFICADA

La relación de los conceptos de tecnología y ser humano con respecto a la salud no es exclusiva de nuestra época. Desde hace siglos el hombre hace uso de elementos creados para su soporte: anteojos, bastones, muletas, etcétera. Sin embargo, el desarrollo tecnológico actual es tal, que pasamos del *soporte* al *reemplazo* de funciones de órganos consideradas vitales: marcapasos, respiradores, máquinas de diálisis. Son prótesis que sustituyen las estructuras biológicas, convirtiendo al ser humano cada vez más en un *cyborg*<sup>5</sup>, un híbrido biología – máquina, donde ambos sistemas son necesarios para que se mantenga lo que entendemos bajo el concepto de vida.



Las intervenciones facilitadas por el desarrollo tecnológico no logran mejorar siempre nuestro estado de salud. Estas acciones que buscan ser reparadoras también logran interrumpir el proceso de morir, de manera que se rompe el ciclo natural. De esta manera, al mismo tiempo que hemos generado soluciones, hemos creado nuevos problemas, al

---

5 HARAWAY, Donna. A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century, in Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature (New York; Routledge, 1991), p.149-181



introducir escenarios donde los pacientes se encuentran en situaciones de dependencia de la tecnología -los *cyborg* reales de nuestra época-, lo que lleva a que se replanteen los conceptos de vida y muerte como tales, ya que, las máquinas, a diferencia de los seres vivos, no *mueren*, sino que *fallan*.

Los avances de la ciencia y la tecnología han penetrado tan profundamente en la medicina, que la sociedad ya los mira, no como una posibilidad de lograr una vida "más saludable", sino como una posibilidad de vivir eternamente. La manera cómo se percibe la prolongación milagrosa de algunas vidas hace que el ímpetu científico persista, mientras se mercantiliza a la sociedad una imagen mediática que termina por considerar a la medicina algo más allá del arte y la ciencia.

La necesidad de crear conceptos como el de muerte encefálica para definir la asignación de los recursos -como fue el caso de la terapia dialítica en sus orígenes, donde quien no fuera escogido, fallecía-, evidenció las limitaciones del médico ante escenarios tan complejos. Es en estas situaciones, donde se mueven intereses de diferentes campos más allá de lo netamente científico, y donde intervienen conceptos legales, filosóficos, sociológicos e incluso económicos, y donde finalmente se ve cómo seres humanos deciden acerca de si otros seres humanos tienen derecho o no a continuar con vida<sup>6</sup>.

Si bien muchos médicos aun no son conscientes del dominio que la tecnología y la ciencia les han otorgado, este poder sobre la vida y la muerte debería ser un tema de grandes reflexiones durante su formación profesional. Pero, igualmente a medida que la medicina ha crecido, se ha visto necesario delegar responsabilidades: ella se ha hecho cargo de la función de "curar", dejando a otros profesionales las funciones de "cuidado" y "acompañamiento", mientras los médicos esperan regulaciones acerca de lo que es correcto o no, actúan según su bagaje cultural y personal, demostrando su incapacidad para tomar decisiones desde un punto de vista analítico y reflexivo que pondere la conveniencia de sus acciones y las repercusiones que éstas tendrán<sup>7</sup>.

6 [http://books.google.com/books?id=qUoEAAAAMBAJ&lpg=PA102&as\\_pt=MAGAZINES&pg=PA102#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com/books?id=qUoEAAAAMBAJ&lpg=PA102&as_pt=MAGAZINES&pg=PA102#v=onepage&q&f=false)

7 GORDON D., Rubenfeld, MD et al. End-of-life care in the intensive care unit: A research agenda. Crit-CareMed 2001; 29:2001-2006

Sin embargo, no estamos hablando ya de una muerte “natural”, sino que ahora es el médico quien ejerce un rol determinante de cuándo a una persona “le corresponde morir”, al decidir hasta dónde se escalan las intervenciones terapéuticas que nacen de avances tecno científicos, las cuales son las que nos mantienen con vida. El determinar hasta dónde continuar estas intervenciones termina finalmente definiendo el momento y el lugar donde fallecemos, alterando entonces el cuándo y el cómo se muere<sup>8</sup>.



Ante las apasionadas discusiones alrededor del transhumanismo<sup>9</sup>, la terapia genética, la clonación y la implementación de tecnologías que mejoren la *vida*, el furor de las discusiones que trataban sobre la *muerte* pareciera haber ya pasado de moda. Pero el problema en sí no ha desaparecido, y las dudas acerca de vivo o moribundo, o de la justicia en la asignación de recursos y de muchos otros conflictos, todavía persisten. Simplemente han pasado del ámbito de lo público a lo privado. Ya no se habla de grandes discusiones entre filósofos y médicos o sociedad y juristas, a no ser de aquellos casos que por disputas entre las partes interesadas llegan a los juzgados (como los casos de Terri Schiavo y Ramón Sampetro), la mayoría de estas discusiones se dan en pasillos de hospitales o consultorios. O peor aún, no se dan.

---

8 HARVEY, Janet. The Technological Regulation of Death: With Reference to the Technological Regulation of Birth. Janet Harvey. *Sociology* 1997; 31; 719 – 735

9 BOSTROM, N.A. History of Transhumanist Thought. [Originally published in *Journal of Evolution and Technology* Vol. 14 Issue 1 April 2005; reprinted (in its present slightly edited form) in *Academic Writing Across the Disciplines*, eds. Michael Rectenwald & Lisa Carl (New York: Pearson Longman, 2011)]

Hoy en día, seres humanos deciden sobre la vida o muerte de otros seres humanos, sin tener argumentos jurídicos, económicos, sociales, ni morales claros. Hoy en día, seres humanos solicitan continuar recibiendo terapias que son consideradas por otros como excesivas, porque consideran que aun no es momento de morir. Lo natural hoy en día es tener entonces una muerte artificial.

## **APROXIMACIÓN A LO NORMATIVO**

Nos enfrentamos entonces ante posiciones de derechos y obligaciones, que sobrepasan nuestra moral cotidiana. Revisamos nuestros antiguos paradigmas, analizamos los nuevos que hemos adquirido y buscamos una respuesta. Y tristemente, ante la falta de claridad y la duda, apelamos a la ley para que ésta determine cuál es el deber ser. ¿A quién estamos entregando entonces nuestras vidas? ¿a la tecnología médica y los científicos?, ¿a los médicos?, ¿a la sociedad?, ¿al Estado?

Mientras tanto, lo que se observa es que la formación marcadamente positivista del médico y otros profesionales de la salud, hace que éstos requieran evidencias científicas para la toma de decisiones, aplicando primero tablas de calidad de vida, como se hace actualmente, después tendremos que pasar a medir la dignidad de vida, el sufrimiento y la angustia a través de escalas que justifiquen nuestras decisiones. Pero, ¿estamos realmente cualificados para crear una escala de valor de la vida? Y entonces, precisamente, ¿bajo qué criterio se toman hoy, día a día, las decisiones donde los límites de la vida y la muerte dependen del funcionamiento de una máquina? ¿Bajo qué criterios se decide hoy quién vive y quién muere?

Los hombres hemos pasado entonces a buscar culpables. Y los que están precisamente en juicio son la ciencia y la tecnología. "La ciencia no es conciencia. No puede serlo"<sup>10</sup>, pero ni la ciencia ni la tecnología son capaces de proponer las referencias éticas necesarias para su uso y desarrollo como los límites de su poder, sino que, por el contrario, son resultado de

---

10 BAUDOUIN, Jean-Louis y BLONDEAU, Danielle. La ética ante la muerte y el derecho a morir. Barcelona: Herder, 1995 p. 37

un ejercicio del poder humano, es decir, de nuestro actuar. Pero todo acto humano debería estar expuesto a un examen moral y los encargados entonces de hacer el examen moral somos nosotros. Son los seres humanos que están tras la ciencia quienes tienen la capacidad y la obligación de reflexionar acerca de sus posibles repercusiones y consecuencias. Somos llamados entonces nosotros, los seres humanos -médicos, pacientes, sociedad, políticos -, los que estamos encargados de hacer una reflexión y asumir la responsabilidad.

Lo primero que parece lógico es que todos hablemos el mismo lenguaje. Pero cabe preguntar si debe ser una iniciativa global o una iniciativa que involucre a miembros específicos de una rama de conocimiento. Cualquiera que sea el origen, es un esfuerzo importante que adquiere mayor validez a medida que se universalizan los conceptos de manera que se logre hablar en el mismo idioma.

En este sentido, la medicina de cuidado crítico es especial en cuanto maneja altos niveles de tecnología, y donde muchas veces es necesario pasar a distinguir la posibilidad de cura, del hecho que una persona ha sobrepasado sus límites, con el fin de evitar prolongar el sufrimiento. Allí, el resultado final está mediado por una intervención para limitar síntomas, evitar tratamientos fútiles, o suspender las intervenciones necesarias para garantizar confort en un medio rodeado de tecnología.

La Sociedad Colombiana de Cuidado Crítico realizó en 2007 un consenso para proponer definiciones de fin de vida, y facilitar las decisiones médicas que se toman en estos casos, las cuales tienen grandes repercusiones que van desde la comunicación a familiares hasta los aspectos jurídicos. Con respecto a los términos de eutanasia y distanasia vale recalcar lo siguiente:

“En esta categoría se incluyeron por omisión o acción las definiciones: limitación del soporte vital, limitación del soporte terapéutico, el no inicio o retiro del tratamiento. Estas tres definiciones se consideraron sinónimas y su aplicación, una forma de eutanasia.

La reunión de consenso consideró dejar la categoría eutanasia, como definición única, sin hacer diferenciación de activa o pasiva, pero teniendo en cuenta los medios que se empleen en el momento de una decisión como limitación del soporte vital.

Se tiene en cuenta para nuestro país la decisión de la Corte Constitucional en referencia a la eutanasia (Resolución 239/97) en la cual se establece que: "si previamente se cuenta con un consentimiento informado del paciente considerado como terminal para evitar sufrimiento dentro de una muerte digna" se procede dentro de lo legal, de lo contrario es causal de penalización según el artículo 106 del Código Penal (Ley 599) y Ley 600.

El consenso acepta la categoría de distanasia cuando se trate o se refiera a la prolongación de la agonía en el momento de una decisión, y no ensañamiento terapéutico, por considerar que el término en sí no define una acción en una unidad de cuidados intensivos y menos un proceder terapéutico<sup>11</sup>.

Sin embargo, la búsqueda de definiciones precisas no excluye interrogantes. ¿Cómo clasificar los casos de limitación de esfuerzo terapéutico donde el sujeto ya ha perdido su autonomía y que por petición de terceros -quienes actúan como representantes de su voluntad-, se considera que el resultado final no se ajustaría a los conceptos de calidad de vida del individuo? ¿Eutanasia? ¿Distanasia?

Mientras tanto, la Corte Constitucional también se ha manifestado con respecto a este tema, en lo que se refiere a ciertos términos:

Según los medios que utilice el agente, la eutanasia puede ser "activa", si despliega una actividad adecuada dirigida directamente a causar la muerte, o "pasiva", negativa o por omisión, si la muerte se causa omitiendo el prestar a la persona los medios necesarios para mantener la vida. De esta manera, la eutanasia es siempre un tipo de homicidio, toda vez que implica el que una persona le

---

11 CAMARGO, Rubén et. al. Consenso de Definiciones de fin de Vida en Cuidados Intensivos Colombia, Acta Colombiana de Cuidado Intensivo Nov. 2007 ISSN: 0122-7262, 2007 vol:7 fasc: 4 p. 85 -86

cause intencionalmente la muerte a otra, bien sea mediante un comportamiento activo o mediante la omisión de los cuidados y atenciones debidos. Por otra parte, la eutanasia puede ser consentida o no por quien la padece, caso el primero, que también es llamado por algunos "suicidio asistido".

En frente de este comportamiento aparece otro que consiste en todo lo contrario, la *distanasia*, entendida como el retrasar la muerte todo lo posible, utilizando para ello todos los medios ordinarios o extraordinarios al alcance, así sean estos proporcionados o no, y aunque esto signifique causar dolores y padecimientos a una persona cuya muerte de todas maneras es inminente. En otras palabras, la distanasia es la prolongación artificial de la agonía de un moribundo, entendiéndose por agonía el proceso que conduce a la muerte a plazo corto, inminente e inevitable. La distanasia es también conocida bajo la denominación de "ensañamiento u obstinación terapéutica"<sup>12</sup>.

Es necesario recordar que existen pacientes sin estar en estado terminal pero que presentan gran sufrimiento, lo que compromete su autonomía. Algunas de las decisiones en las unidades de cuidados intensivos acerca de distanasia, vistas no desde la perspectiva de futilidad científica sino de futilidad personal, y que se basan en solicitudes de los subrogados, los cuales si bien rara vez tienen un documento explícito de los deseos del paciente en determinada situación, manifiestan claramente lo que este paciente hubiera decidido con respecto a continuar o no un tratamiento, en caso de encontrarse en capacidad de hacerlo<sup>13</sup>. He aquí un punto necesario a aclarar: ante la falta de directrices anticipadas en nuestro país, ¿se podría considerar el rechazo al tratamiento determinado por subrogados, tan válido como el que la persona autónoma hubiera tomado?

Y mientras tanto, la literatura médica suele referirse a estos casos como limitación del soporte terapéutico, el cual quedó clasificado como eutanasia pasiva según el consenso de la Sociedad Colombiana de Cuidados

---

12 Sentencia C-239/97 HOMICIDIO POR PIEDAD-Elementos/HOMICIDIO PIETÍSTICO O EUTANÁSICO/HOMICIDIO EUGENÉSICO.

13 REYNOLDS, Sharon et al. Withdrawing Life-Sustaining Treatment: Ethical Considerations. Surg Clin N Am 87 (2007) 919 – 936

Intensivos. Entonces ¿Cuáles son las herramientas para un profesional que continúa actuando tanto bajo el marco jurídico actual como bajo los de las sociedades científicas?

## **CONCLUSIÓN**

Los avances de la ciencia y la tecnología nunca han sido libres de repercusiones, pero es el uso que se les dé, el que realmente determina el futuro que creamos. Nuestra responsabilidad va en reconocer dónde están nuestras debilidades y tratar de fortalecerlas. Entender que el sufrimiento es algo que demanda integridad, calor humano y carácter.

Nuestras decisiones cada día pasan a ser más difíciles. Y es cierto: los argumentos no son claros, la terminología es confusa, las subjetividades abundan. Quizás sea necesario hacer más énfasis en la intencionalidad, ser capaces de aceptar los efectos de nuestros actos debe ir acompañado de un acto de transparencia a la hora de tomar estas decisiones. Hemos de reconocer que si hemos tomado el poder de la vida y la muerte en nuestras manos, debemos entonces también aceptar la responsabilidad que esto trae. Porque la medicina y su tecnología se han convertido en nuestros dioses en la actualidad, pero la sociedad demanda y juzga, ya que se ha perdido la fe en el ser humano que es el médico y en su acto médico mientras se reconoce a la tecnología como el nuevo dios que tiene el poder de dar y quitar vidas.



## **Bibliografía**

- BAUDOQUIN, Jean-Louis y BLONDEAU, Danielle. La ética ante la muerte y el derecho a morir. Barcelona: Herder, 1995
- BOSTROM, N.A. History of Transhumanist Thought. [Originally published in Journal of Evolution and Technology Vol. 14 Issue 1 April 2005; reprinted (in its present slightly edited form) in Academic Writing Across the Disciplines, eds. Michael Rectenwald & Lisa Carl (New York: Pearson Longman, 2011)]
- CAMARGO, Rubén et. al. Consenso de Definiciones de fin de Vida en Cuidados Intensivos Colombia, Acta Colombiana de Cuidado Intensivo Nov. 2007 ISSN: 0122-7262, 2007 vol:7 fasc: 4
- GORDON D., Rubenfeld, MD et al. End-of-life care in the intensive care unit: A research agenda. CritCareMed 2001; 29:2001–2006
- HARAWAY, Donna. A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century, in Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature (New York; Routledge, 1991), p.149-181
- HARVEY, Janet. The Technological Regulation of Death: With Reference to the Technological Regulation of Birth. Janet Harvey. Sociology 1997.
- REYNOLDS, Sharon et al. Withdrawing Life-Sustaining Treatment: Ethical Considerations. Surg Clin N Am 87 (2007) 919 – 936
- THOMAS, Louis-Vincent. La muerte, una lectura cultural. Barcelona: Paidós, 1991.
- [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006.
- [http://books.google.com/books?id=qUoEAAAAMBAJ&lpq=PA102&as\\_pt=MAGAZINES&pg=PA102#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com/books?id=qUoEAAAAMBAJ&lpq=PA102&as_pt=MAGAZINES&pg=PA102#v=onepage&q&f=false)
- Sentencia C-239/97 HOMICIDIO POR PIEDAD-Elementos/HOMICIDIO PIETÍSTICO O EUTANÁSICO/HOMICIDIO EUGENÉSICO.



**Envíe sus comentarios y sugerencias a través de las siguientes direcciones:**

navarro.stella@gmail.com

fochoa@ces.edu.co

jwosorio@ces.edu.co

jtaborda@ces.edu.co

**Integrantes del Grupo de investigación ETICES:**

Francisco Luis Ochoa J. Médico. Magíster en Epidemiología.

José María Maya Mejía. Médico. Magíster en Salud pública.

J. Mauricio Taborda A. Filósofo. Magíster en Filosofía con énfasis en Ética.

John Wilson Osorio. Historiador. Especialista en Educación.

Santiago Henao. Médico Veterinario. Candidato a Doctor en Bioética.

Jorge Humberto Molina O. Historiador. Magíster en Hermenéutica Literaria.

Mario Fernando Arenas S. Filósofo. Magíster en Hermenéutica Literaria.

Luis Fernando Toro P. Médico. Magíster en Epidemiología.

Stella Navarro. Médica. Intensivista. Magíster en Bioética.

**Imágenes tomadas de:**

[www.ingimage.com](http://www.ingimage.com)

# ETICES

*Boletín de Bioética*

**Problemas de fin de vida  
en nuestra época**



Boletín trimestral de Bioética  
Facultad de Medicina y Departamento de Humanidades  
Grupo de Investigación ETICES  
Volumen 3, número 1  
Enero – Marzo de 2011

Sete  
EDITORIAL  
**CES**



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

ISSN: 2145 - 3373