

HUMANIDADES MÉDICAS

Consideraciones Bioéticas en el Manejo del Paciente Terminal

DR. ANDRÉS PERALTA-CORNIELLE

En la medicina actual uno de los dilemas éticos más difíciles es decidir como desenvolverse en pacientes con enfermedad terminal. "Hay circunstancias en las cuales el médico consciente se pregunta hasta cuando debe o debiera luchar contra la muerte inminente, con todos los medios y las técnicas a su alcance"(1). En estas situaciones debe prevalecer el principio de que "toda persona interviniente en una práctica biomédica, cualquiera que ella sea, debe obrar respetando siempre las exigencias de la Ley natural en torno a la vida humana y a la salud..." (2)

El enfermo terminal es aquel que padece una enfermedad grave o incurable y quien por el deterioro fisiológico de su organismo se encuentra en la fase final de su existencia. La enfermedad o síndrome terminal se define como el estado clínico que indica expectativa de muerte en breve plazo. Se presenta comúnmente como un proceso evolutivo final de algunas enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los remedios disponibles. El diagnóstico de síndrome terminal se basa en la existencia de los siguientes factores: a) enfermedad causal de evolución progresiva, b) pronóstico de supervivencia inferior a un mes y c) ineficacia comprobada de los tratamientos y pérdida de la esperanza de recuperación.(3) Cuando el médico aplica el diagnóstico de síndrome terminal, surgen entre otras, las interrogantes ¿Debo decirlo a mi paciente? ¿Cómo comparto este conocimiento con mi paciente?. Las respuestas deben obedecer al principio de la libertad que es inherente al hombre de usar su voluntad. Esta deberá ser modulada por el grado de conveniencia y el bien natural del hombre y en este caso del paciente con síndrome terminal.(4)

Las fases por las que discurre la enfermedad terminal son:

Fase I: prediagnóstico y diagnóstico. Es el intervalo

entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico definitivo. Se caracteriza por el progreso anatómico y clínico de la enfermedad.

Fase II: enfermedad establecida. Período de estado de afección a partir del diagnóstico. Se caracteriza por el alivio, remisión o no de los síntomas y la instauración de las modalidades de tratamiento.

Fase III: deterioro y declinación. Cuando no queda nada más por hacer. Se caracteriza por la aplicación de los cuidados paliativos.(3)

Me referiré ahora a tres conceptos que son fundamentales en el paciente terminal: la Verdad Tolerable, Calidad de Vida, y Dignidad Humana.

La verdad tolerable. "El enfermo no mantiene una actitud estable a lo largo de todas las etapas de su enfermedad. Respecto a la aceptación de la muerte, se han descrito una serie de etapas que no son propiamente unos pasos ordenados, sucesivos e inamovibles (Kübler-Ross, E. "Sobre la Muerte y los Moribundos"). Dentro de las posibles reacciones que tiene un enfermo ante la muerte se han descrito, clásicamente, las siguientes: choque-negación-ira/enfado-negociación-depresión-resignación-aceptación. Lo mismo que sucede con el paciente, sucede también con la familia.

En la medicina de hoy es lógico aceptar la verdad tolerable como un objetivo al que hay que atender, ya que se trata de un signo de buena práctica médica en el trato y en la información al enfermo y a sus familiares. Sin embargo el concepto de verdad tolerable tiene muchos matices de subjetividad tanto por parte del paciente como del médico. Especialmente en el enfermo oncológico se producen, a lo largo de la enfermedad cambios en la propia psicología que alteran su capacidad de tolerar la información sobre su proceso. El médico ha de ser especialmente sensible a estos cambios para adaptar constantemente la información que suministra a la propia tolerancia del paciente. Sólo cuando hay costumbre de procurar informar a los enfermos y por tanto de haber cometido errores por exceso y por defecto, se puede adquirir la sensibilidad necesaria para acercarse a cada paciente la cantidad de información que, de hecho, puede soportar"(5).

Calidad de vida. "El enfermo terminal encara amenazas a su ser biológico, a su ser emocional, a su ser

De la Comisión Nacional de Bioética, Santiago de los Caballeros, República Dominicana.

Dirigir correspondencia a: Dr. Andrés Peralta-Cornielle, Instituto Oncológico Regional del Cibao, Calle Pedro F. Bonó Num. 33, Santiago, República Dominicana. Tel (809) 247-3131. E-Mail:iorcancer@hotmail.com

espiritual y a su funcionabilidad en lo cotidiano, a su estabilidad económica y su núcleo de familiares y de seres emocionalmente significativos. La principal víctima de todo este sufrimiento, mucho de él innecesario y susceptible de alivio, es la calidad de vida del enfermo, más aún cuando la cantidad de vida es cada vez menor. Calidad de vida es un concepto que cada día recobra más importancia en el cuidado de la salud pues durante mucho tiempo había sido olvidado. Además, muchos de los logros en materia de salvación y prolongación de la vida, han sido hechos a expensas de la calidad de la misma. Hay consenso en aceptar que calidad de vida hace relación a la satisfacción que un individuo tiene de su propia vida y de la dignidad con que la ha vivido. Ello implica que, al objetivarla, haya necesidad de establecer indicadores que midan niveles diferentes de bienestar como resultado de la suma de sendos niveles encontrados en lo físico, lo psicológico, la interacción social y el desempeño funcional ocupacional, los cuatro dominios con mayor preponderancia en la conformación del concepto”(6).

El concepto de “calidad de vida” no es incompatible con el de “sacralidad de la vida humana”, sino, muy al contrario, complementario suyo. La sacralidad de la vida humana es un principio o criterio formal y calidad de vida debe entenderse el intento de dotar de contenidos materiales normativos al principio formal de respeto de los seres humanos. La calidad de vida así definida comprende varios niveles, por lo menos tres: calidad de vida privada o de máximos, directamente relacionadas con los principios éticos de autonomía y beneficencia; calidad de vida pública o de mínimos, que depende de los principios éticos de no-maleficencia y de justicia; y el criterio de excepcionalidad, que permite justificar excepciones a la norma de acuerdo con criterios de calidad, a la vista de las circunstancias que se producirían de no hacerse así. La tesis clásica es que las circunstancias contingentes de ciertos casos concretos pueden obligar a la realización de juicios prudenciales que de algún modo conduzcan a abreviar la vida. Estos juicios prudenciales pueden denominarse de “calidad de vida”. Así, Richard McCormick ha desarrollado el tema de la calidad de vida a partir de la distinción clásica entre “medios ordinarios y extraordinarios”, que el teólogo, Paul Ramsay, ha propuesto sustituir por “medicamento indicado y medicamento no indicado”. Robert Veatch prefiere hablar de “medios razonables” o “medios usuales”, frente a los “no razonables e inusuales” que se citan en la siguiente frase de R. Kautzky: “En tanto la vida humana sirve para la realización de la libertad humana, debe ser prolongada con todos los medios apropiados y razonables, siempre que la persona competente pueda considerar que tal prolongación sirve a ese objetivo” (7).

Dignidad humana. “La dignidad se define como “la calidad o el estado de ser valorado, honrado o respetado”. Es algo que podemos tener o algo que podemos percibir en otros o en uno mismo. Por tanto, la dignidad considera un área que es esencial y otra que es perceptiva. El ser percibido como alguien que recibe consideración menor de la que merece, es sufrir una indignidad. La dignidad humana tiene su fundamento en la propuesta moral de que cada humano tiene significado y valor intrínseco. Si los seres humanos tienen dignidad simplemente por ser humanos, las siguientes conclusiones también son ciertas:

- Todos, por definición, tienen dignidad. Por lo tanto la dignidad es sumamente democrática.
- La dignidad no es enajenable, nadie y ninguna circunstancia puede quitarle la dignidad a un ser humano.
- La dignidad es puramente cualitativa. No admite distintos niveles y es la misma para todos.

Nadie puede exigir el derecho de poder declarar que una vida humana cualquiera está exenta de significado y valor. Se puede pasar en contra de la dignidad humana, pero atentar libremente contra la dignidad humana constituye un acto inmoral. Una persona puede ser tratada en forma indigna, incluso esclavizada, pero la dignidad humana no es destruida por la inmoralidad humana. El placer no aumenta la dignidad humana y el dolor tampoco la disminuye. Uno puede estar privado de la felicidad, pero no de la dignidad humana esencial.

Respetar la dignidad humana es reconocer su significado, honestamente, es ser “humano”. Las acciones humanas honorables son el fruto de una percepción bien orientada sobre la esencia de la dignidad humana, tanto la propia como la de los demás. La esencia de la dignidad humana no es más que la estima y el honor que merecen los seres humanos por el simple hecho de ser humanos”(8).

El Manejo del Enfermo Terminal*

Necesidades del enfermo terminal. “Uno de los campos de desarrollo más importante para la bioética, es sin dudas, el concerniente a la atención que merecen los pacientes terminales. La atención dedicada a los pacientes con enfermedad en fase terminal, cada día merece mayor atención, tanto por las especiales necesidades a satisfacer, como por los dilemas humanos (clínicos, bioéticos, espirituales y psicosociales) que ello conlleva. Esta ha sido una de las áreas de atención en salud que más significativos alcances ha registrado en el presente siglo, particularmente en los últimos treinta años.

Hasta el advenimiento de las conquistas sociales que

* Este tema ha sido descrito por José G. Mejía y reproduzco *in extenso*.

posibilitaron una mejoría en las condiciones materiales de vida y un aumento importante del promedio de vida del ser humano, no había tanto problema en aceptar o convivir con la realidad de la muerte. De modo paralelo, pero no ajeno a la problemática de los pacientes terminales, siguió la tradicional asistencia en occidente que se había instituido para ellos desde la Edad Media: el abandono sobre las necesidades de la cotidianidad sobre lo concreto y el énfasis en la búsqueda de lo espiritual como único camino al final de la vida. Para estos pacientes era natural, y aún hoy día lo es para muchos, el morir presa del dolor y síntomas sin alivio, pauperizados hondamente en su divina condición humana. El desconocimiento que se tenía sobre las enfermedades en general y también al desconocimiento sobre cómo el hombre podía intervenir en ellas para acceder de nuevo a la vida o por lo menos para hacerla más amable. Los sucesos que la rodeaban, no eran susceptibles de ser comprendidos ni abordados por la óptica cartesiana, organicista y positivista del modelo biomédico imperante. Por tanto, lo mejor era abstenerse de actuar en estas circunstancias y dejar de lado, solos y abandonados a los pacientes a la hora de morir. Dicho papel de la medicina ante los pacientes terminales se mantuvo vigente hasta que los progresos biotecnológicos ofrecieron la posibilidad de cruzar el límite de la vida y la muerte. El resultado de la aplicación desmedida de la biotecnología no fue mejor que el abandono: proliferó el encarnizamiento terapéutico, el uso indiscriminado y descontextualizado de las intervenciones médicas destinadas a prolongar más la agonía, en detrimento de la vida misma, y a retardar la llegada de la muerte, el destino final y natural del hombre. Ambas alternativas ante la muerte pasaban por alto muchos derechos del hombre, del hombre enfermo y próximo a morir.

La realidad enfretada por el paciente terminal se puede graficar como sigue:

Necesidades del Paciente Terminal

Físicas

- Control de síntomas
- Manejo anticipado de eventos críticos
- Cuidado práctico

Espirituales

- Soporte
- Comunicación permanente
- Guía en la toma de decisiones

Emocionales

- Soporte psicológico
- Comunicación abierta y franca
- Fundamentación en la toma de decisiones

Socio -Familiares

- Soporte de parte de sus seres queridos
- Comunicación cálida y afectiva
- Toma de decisiones compartidas
- Acompañamiento hasta el final

El diagnóstico del enfermo terminal desencadena una serie de eventos que ocurren en los diferentes planos de la experiencia humana.

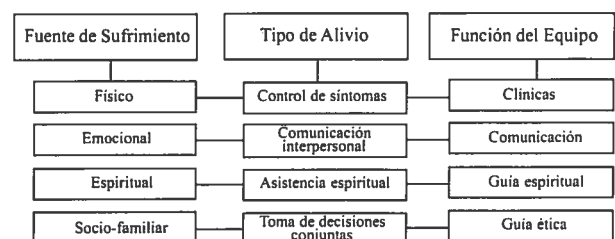
A nivel orgánico, aparecen estigmas de la enfermedad que se expresan como síntomas. Actualmente se dispone de un cuerpo de conocimiento, conocido como Medicina Paliativa, que permite un gran alivio de los mismos. En el nivel físico, también pueden ser comprendidas las necesidades de orden funcional, al aparecer una creciente y deteriorante invalidez.

A nivel emocional, se vive una gran crisis ocasionada fundamentalmente por las múltiples pérdidas a las que se encuentra abocado el enfermo. La principal de ellas es la pérdida de la propia vida. A esta se añade el temor a vivir el proceso de morir, el temor al momento mismo de la muerte y el temor al incierto más allá de la muerte. Aquí también se agrega el impacto producido en aquellos seres amados a los que pronto se dejará.

A nivel de lo sociofamiliar, se suceden cambios que implican pérdida de estatus, mayor necesidad de asistencia por parte de terceros en materia de lo cotidiano y de la salud, aumento de consumo de recursos económicos y saturación de las contingencias protegidas por los sistemas de asistencia y seguridad social, así como preocupación por la supervivencia futura de los seres que dependen económicamente del enfermo.

A nivel espiritual, se vive una dura prueba de fuego ante la confrontación del sentido trascendente del ser humano y del sentido de la vida, con la finitud del ser y de su propia vida. No es infrecuente hallar pacientes en absoluto descreimiento de su fe, como tampoco quienes evalúan mejor este proceso último como antesala a aquello para lo cual se han preparado durante toda su vida. Sea cual fuere la opción de todas maneras se produce un remezón espiritual.

Alivio del Paciente Terminal



Cuando se decide cambiar el estatus del enfermo terminal, se hace obligatorio entrar a aliviar el sufrimiento innecesario. Ello será posible a partir de la realización de acciones sistemáticamente dirigidas a satisfacer las necesidades existentes, con base un esfuerzo conjunto entre pacientes, familiares, equipo de salud y sociedad encaminado a mejorar la calidad de vida. A este esfuerzo se le conoce actualmente como cuidado paliativo, un cuidado profesional, científico y humano orientado a atender, del modo integral, las necesidades fundamentales y presentes en el ser humano terminalmente enfermo y en quienes le aman y le cuidan el tiempo que dura el impacto de esta problemática. La misión del cuidado paliativo está orientada hacia el mejoramiento continuo de la calidad de vida, la disminución del sufrimiento y el procurar una muerte digna”(9).

Derechos del paciente con enfermedad terminal. Para poner en marcha todo éste engranaje de cuidados, la primera tarea a realizar es reconocer que el enfermo terminal tiene prerrogativas propias para exigir de quienes le rodean (seres queridos, equipo de salud y sociedad) el cubrimiento de sus necesidades a satisfacción y de modo inalienable. Esas prerrogativas conforman sus derechos, los derechos del paciente terminalmente enfermo.

Tales derechos corresponden a los Derechos Humanos de la fase avanzada y terminal de una enfermedad, siendo a la vez una particularización de la proclama de derecho del enfermo.

Decálogo de los Derechos del Enfermo Terminal.

1. El enfermo terminal tiene derecho a vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, espiritual, vocacional y social, compatible con el estado resultante de la progresión de la enfermedad.
2. El enfermo terminal tiene derecho a vivir independiente y alerta.
3. El enfermo terminal tiene derecho a tener alivio de su sufrimiento físico, emocional, espiritual y social.
4. El enfermo terminal tiene derecho a conocer o rehusar conocer todo concerniente a su enfermedad y a su proceso de morir.
5. El enfermo terminal tiene derecho a ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en su proceso de aproximación a la muerte, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.
6. El enfermo terminal tiene derecho a ser el eje principal de las decisiones a tomar en su etapa final de vida.
7. El enfermo terminal tiene derecho a que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener funciones vitales

8. El enfermo terminal tiene derecho a hacer el mejor uso creativo posible de su tiempo.

9. El enfermo terminal tiene derecho a que las necesidades y temores de sus seres queridos sean tenidas en cuenta en el manejo de su proceso, antes y después su muerte.

10. El enfermo terminal tiene derecho a morir con dignidad, tan confortable y apaciblemente como sea posible.

Villamizar plantea que “es deber de quienes aún contemplan la vida desde perspectivas no tan cercanas a la muerte, especialmente el equipo de salud y la sociedad representada en sus instituciones y en cada uno de sus ciudadanos comunes, concientizarse de esta problemática creciente y velar por la difusión, el acogimiento y la protección de los Derechos del Enfermo Terminal enunciados, ya que a diario ellos no pueden hacerlo por sí mismos”(6).

Señala José G. Mejía que “las implicaciones de la atención de los pacientes terminales se refleja, en la práctica, en la conformación del equipo básico al cual concurren diferentes profesiones, que permiten la resolución y comprensión de los diversos problemas que se presentan. Así entonces, hay que contar con la Medicina, la Psicología, la Enfermería, la Antropología. Las Terapias de Rehabilitación y Ocupacionales, los Administradores y los Asesores Espirituales. Estos profesionales actúan coordinados, recogiendo y analizando toda la gama de información que permita, luego de análisis conjunto, definir diagnósticos y ordenarlos con prioridades para establecer los métodos de acción. Se busca comprender el entorno, elaborar y entender el marco teórico total del paciente, su biografía en todos sus aspectos sociales, familiares, antropológicos, económicos, médicos, psicológicos, jurídicos y religiosos. Las funciones de cada miembro del equipo son múltiples y están relacionadas directamente con la especialidad correspondiente, pero también hay funciones compartidas comunes. Puntualizaremos algunos aspectos sobresalientes particulares de cada especialidad .

El médico, desarrolla su labor en cuanto al diagnóstico de la condición del paciente como terminal. Establece las pautas del tratamiento paliativo, aclara el diagnóstico y comunica la verdad. Es en esta función donde la relación médico-paciente debe alcanzar sus máximas expresiones.

La enfermera, debe velar por el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas aplicar las técnicas del cuidado a la cabecera del enfermo. Instruir a los familiares cercanos en la administración de medicamentos, técnicas de movilización, pequeñas curaciones, conocer muy bien el proceso patológico terminal del paciente y procurar con prudencia canales de comunicación y acercamiento en todos los niveles, tanto domésticos y familiares como con

los diferentes miembros del equipo, gracias a que labor ejercida muy cerca del paciente y en ocasiones durante largos periodos, permiten un conocimiento especialmente detallado de las condiciones y entorno del paciente.

Los factores psicológicos que intervienen en el proceso de pacientes terminales constituyen uno de las pilares fundamentales en el análisis, en la comprensión y en el tratamiento de todos los implicados en esta tarea, ya que las tensiones psicológicas de toda índole (afectos, temores, angustias, sublimaciones, fobias, negaciones, depresiones, iras, etc.), que se generan, pueden ser tan arrasadoras y destructivas como bienhechoras, según se encausen o no con proporcionalidad y sentido. Sentido muy claro de lo humano y lo divino que dé asidero al propio yo y sostenga la tabla de esperanza en el aparente naufragio que significa la muerte.

Hay que recurrir a *la sociología y la antropología*, para entender la cultura, los valores y tradiciones que enmarcan las formas de morir, los ritos funerarios y las estructuras y funciones del duelo. Hay que conocer los tipos étnico-familiares, sus concepciones de enfermedad, medicina junto con el espectro de salud. También hay que entender las leyes económicas que rigen el estatus social del paciente y la familia. En fin, toda esta comprensión busca discernir mejor los senderos históricos y las metas del desarrollo humano, que jalonan la vida del hombre para encontrar nuevos caminos de convivencia y progreso social”(9).

“La teología, y el sentimiento de culpa y castigo. El ¿Por qué?, el ¿Para qué?. La identidad religiosa como tradición y la fe como modo de vida. Sus implicaciones en la tarea pastoral con los enfermos.

La bioética, en la confrontación del ideario médico actual, protagónico (del hombre como medida de las cosas), con el teológico fundamental agustiniano (el hombre es el camino a Dios) y las implicancias de ontológicas que de ello resulte. El marco de la distansia y la eutanasia en el contexto cultural europeo y norteamericano y de la mistanasia y ortotanasia del contexto cultural en Latinoamérica. Debiera también estudiarse y fundamentarse el grupo terapéutico, en cuanto instrumento dinámico que plantea en forma práctica y técnica el abordaje del paciente terminal”(10).

Morir con Dignidad

Citando a su Sulmasy, “aquellos que sugieren que no se debe permitir jamás que una persona muera y que se debe agotar todo esfuerzo para mantener una simple vida biológica a toda costa sin tomar en consideración el sufrimiento del paciente, actúan en contra de la Dignidad Humana y por ende actúan en forma inmoral. Continuar

luchando contra una enfermedad que ha vencido, sin más metas que prolongar la vida, puede ser una arrogancia absurda; esto no es muerte con dignidad.

La medicina existe justamente para respetar la dignidad de las personas que se encuentran cuestionadas por su enfermedad o lesión. Sanar es recordar a las personas que la enfermedad y las limitaciones no destruyen su dignidad esencial, que sus vidas continúan a pesar de todo para tener significado y valor. Cuando es posible eliminar el efecto sobre la dignidad propia de la enfermedad, los médicos “curan”. Cuando sólo es posible mitigar la enfermedad, los médicos hacen tratamientos paliativos y ayudan a los pacientes a mantener sus funciones vitales. Cuando el atentado contra la dignidad no puede eliminarse ni mitigarse “la sanación” no cesa. Los doctores continúan sanando y recuerdan al enfermo su importancia y su valor aún cuando los medicamentos, agujas y aparatos ya no funcionan. De allí que el aforismo medioeval que dice: “curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre”, continúa siendo una descripción acertada de las metas esenciales de la misión médica. No resulta fácil recordar al moribundo su dignidad. Sin embargo, esta es precisamente la definición del consuelo hacia los moribundos.

La aceptación de la muerte propia una vez que ha llegado a ser inevitable, es aceptar la verdad de que la vida humana no tiene un valor infinito. Es de suprema honorabilidad enfrentar la muerte personal. Enfrentar la mortalidad propia es un acto a favor y no en contra de la dignidad humana. Resistir la muerte o aceptar la muerte por algo superior a la vida propia es también máximamente honorable, porque también consideran el reconocimiento de que la vida propia no tiene un valor infinito. Morir con dignidad es morir en forma honorable, anunciando y no renunciando a la propia dignidad esencial.

La medicina, como profesión verdaderamente humana, debe también reconocer su propia dignidad. No permitir jamás que un paciente muera por ejemplo, significa no comprender los límites de la medicina. La medicina no otorga inmortalidad. Por otra parte, matar pacientes, aún por piedad, es dar pasos falsos e indignos que sobrepasan los límites de la medicina. La misión del médico es realizar actos de sanación correctos y justos para el paciente individual en sus circunstancias particulares. Darle muerte a un paciente no es un acto correcto, ni justo, ni tampoco un acto de sanación. Son actos que se encuentran fuera de los límites de la medicina.

La eutanasia y el suicidio asistido son inmorales porque estas acciones atacan los cimientos mismos del valor humano que hace posible todos los demás valores: la dignidad inherente a la vida humana. Es absolutamente

verdadero que los médicos deben responder en forma más afectiva y simpatética a las necesidades de los pacientes moribundos y es también absolutamente cierto que los médicos deben expresar más compasión. Pero el afecto sin verdad no es compasión. Los pacientes moribundos necesitan de sus médicos los "sanen". Los médicos deben asegurarles y demostrarles en todo momento que no han perdido su dignidad, que continúan teniendo valor, honor y estima. Los que mueren necesitan médicos que reconozcan que sus vidas tienen un significado y valor que lejos de ser infinitos no están jamás ausentes"(8).

Referencias

1. Basso D. Nacer y morir con dignidad. 3ª ed. Buenos Aires: Ediciones Depalma; 1993.p.433.
2. Martí MI. Principios de bioética. En: Actas del simposio del Instituto de Etica Biomédica de la Pontificia Universidad Católica Argentina. Buenos Aires: Fundación Alberto J. Roemers; 1998. p. 235-240.
3. Serret B. La Atención al paciente terminal. En: Acosta JR. ed. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Felix Varela; 1997.p.158-164.
4. Guzmán-Barrón R, Cipriani E. Aspectos éticos en el cuidado del paciente terminal. Estudio comparativo sobre las opiniones de médicos oncológicos y los de otras especialidades. Cuadernos de Bioética, Grupo de Investigaciones en Bioética de Galicia 1998;9(34):234-243.
5. Rubiales AS, Martín Y, Del Valle ML, Garavis MI, Centeno C. Información al enfermo oncológico: los límites de la verdad tolerable. Cuadernos de Bioética, Grupo de Investigaciones en Bioética de Galicia 1998;9(33):45-54.
6. Villamizar E. Atención a los derechos del enfermo terminal: la transición hacia lo cualitativo. Cuadernos del Programa Regional de Bioética (OPS). Santiago de Chile: 1995;1:107-120.
7. Gracia D. Etica de la calidad de vida. Cuadernos del Programa Regional de Bioética (OPS). Santiago de Chile: 1996;2:41-59.
8. Sulmasy D. Muerte y dignidad humana. Cuadernos del Programa Regional de Bioética (OPS). Santiago de Chile. 1997;4:171-186.
9. Mejía JG. Implicaciones del tratamiento a pacientes terminales. En: Restrepo PA, Vélez A, eds. Memorias Congreso Internacional de Bioética. Bogotá: Universidad de la Sabana: 1997:317-321.
10. Navigante AH, Litovska S. El paciente terminal: un enfoque epistemológico. Quirón. Connet, Argentina. 1996;27:42-45.