

RESPONSABILIDAD ANTE
LA MERCANTILIZACIÓN DE LA MUERTE
(CÓMO LA BIOÉTICA PUEDE SALVAR LA VIDA DE LA MUERTE)*

Diego Fonti**
Juan Carlos Stauber***

RESUMEN. Este trabajo aborda en clave bioética la experiencia del morir contemporáneo, con una preocupación especial por la consecuente dificultad en los moribundos para apropiarse y vivir de manera significativa ese evento. Principalmente se exponen algunos rasgos estructurales del morir en la actualidad, como son el papel de la tecnología y la institucionalización, la transformación de la muerte en una mercancía y el tipo de ocultamiento y despersonalización que de esto resultan. A partir de aquí, se elaboran algunos criterios para “salvar” la muerte, como la noción solidaria de autonomía, el vínculo con la responsabilidad económica en las discusiones sobre justicia en el acceso a bienes sanitarios y la reflexión crítica a partir de quienes resultan ser víctimas de los procesos tecnológicos y de la mercantilización de la vida y la muerte.

PALABRAS CLAVE. Muerte, bioética, autonomía, responsabilidad.

* Este trabajo fue realizado en el marco del Proyecto de Investigación Plurianual de la Comisión Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (Conicet), titulado “Legitimidad y normatividad. El problema en la filosofía y en las ciencias sociales y políticas latinoamericanas”.

** Investigador del Conicet y docente en la Universidad Católica de Córdoba. Correo electrónico: diegofonti@gmail.com

*** Investigador adscrito a la Universidad Católica de Córdoba. Correo electrónico: jcstauber@gmail.com

RESPONSABILITY TO THE COMMODIFICATION OF DEATH (HOW BIOETHICS CAN SAVE LIFE TO DEATH)

ABSTRACT. This paper is a bioethical approach to the contemporary experience of dying, with a particular concern for the difficulty of dying persons for appropriating and living meaningfully this event. The main structural traits of contemporary death are exposed, such as the role of technology and institutions, the transformation of death in a ware, and the type of concealment and depersonalization due to it. From there on some criteria will be proposed to “save” death, such as a solidary understanding of autonomy, a relationship with economical responsibility in discussions on justice and access to sanitary goods, and a critical reflection from the viewpoint of those who are victims of technological processes and of the commodification of life and death.

KEY WORDS. Death, bioethics, autonomy, responsibility.

Dedicado a los desaparecidos que aún demandan justicia.

Desde los registros más antiguos del pensamiento, en todas sus expresiones —filosóficas, religiosas, estéticas—, la muerte ha sido un tema relevante. La cuestión llega a nuestros días, y de poco sirven los intentos “terapéuticos” de las filosofías que intentan sanar los malos entendidos filosóficos mediante una purga del lenguaje que logre deshacer los problemas insolubles desdeñándolos como falsos problemas. Lo cierto es que el aguijón de la muerte sigue haciéndose sentir, como evidencia en la muerte de otros y como amenaza en carne propia y de quienes nos importan. Su insolubilidad y la imposibilidad de reducción —por caso, biológica— de ese evento no implican la eliminación de la reflexión, sino su acicate, por la conciencia del límite.

Es posible postular dos actitudes filosóficas básicas frente a la muerte. Por un lado encontramos a Rosenzweig, para quien “por la muerte, por

el miedo a la muerte empieza el conocimiento del todo” (1997: 43). Así, en sintonía con Heidegger, la muerte y la angustia que provoca son condiciones para una existencia que se toma en serio. En el extremo opuesto tenemos a Badiou (1994), que con un argumento que remite a Spinoza rechaza la meditación sobre la muerte como un apego morboso a lo que impide ver lo eterno en la vida. En un caso, la muerte aparece como motor de la reflexión y la responsabilidad en la vida; en el otro también, aunque por vía negativa, es decir, aquello de cuya eliminación depende el despliegue vital, pero en ambas actitudes hay una seriedad que la muerte impone al sujeto. Como lo dice Kierkegaard (2010: 445), la muerte es una maestra de la seriedad y, a su vez, la condición para cualquier goce, proyecto y sentido.

A pesar de esta antigua tradición de pensar sobre situaciones existenciales y decisiones éticas al respecto —que incluye tanto reflexiones metafísicas como discusiones prácticas ante ese evento— la filosofía sufrió en su historia reciente un notable anquilosamiento. Fue la realidad, concretamente sanitaria, con toda su crudeza y complejidad, la que forzó a la filosofía a resituarse en el mundo. En 1982, a poco más de una década de la configuración del espacio epistémico-ético denominado *bioética* —al menos en el modelo paradigmático anglosajón, que luego se impondría en otras latitudes—, Stephen Toulmin publicó un artículo llamado “Cómo la medicina le salvó la vida a la ética”.¹ Lo que

¹ El término *paradigma* está relacionado con una estructura de discusión, argumentación y justificación en el análisis de casos bioéticos que fue generada en el mundo anglosajón y el resto de Europa, y que luego se impuso como modelo imperante. No significa un modelo particular de regulación, sino la estructura de aquello que es considerado —o no— parte de la discusión bioética: los modelos de legitimación de las preguntas, los argumentos aceptables y las líneas filosóficas admisibles. La historia lejana de la bioética se remonta a un importante acervo de códigos y normas, mayoritariamente médicas (Bergdolt, 2004), y la historia más reciente tiene a Fritz Jahr como quien acuña el término a finales de la década de 1920. Sin embargo, su prominencia surge al hacerse públicos los experimentos con humanos del nazismo, y posteriormente por las posibilidades técnicas de trasplante y las discusiones sobre el final de la vida permitidas por los nuevos aparatos. A pesar de que el término asume un sentido ecosistémico con el texto fundante de Potter, *Bioethics: Bridge to the Future*, ya que la supervivencia es sistémica y el individuo humano no puede sobrevivir sin un medio ambiente adecuado, la bioética vuelve rápidamente a enfocarse en cuestiones clínicas y de investigación científica de la

Toulmin pone de relieve es que en un contexto en que las discusiones éticas se habían reducido sea a la árida metaética analítica, sea a la cerrada apología de posiciones filosóficas tomadas *ex ante* los dilemas vitales, el acicate de la medicina significó la revitalización de esas discusiones, forzándolas a retomar la realidad del sufrimiento humano y sus problemas. Probablemente lo que después sucedió en ámbitos de reflexión y decisión bioéticas fue un nuevo anquilosamiento de posiciones (casuística vs. principialismo, utilitarismo vs. kantismo), pero eso es parte de otra discusión. Lo relevante aquí es recordar cómo un ámbito relacionado con la salud humana fue capaz de revitalizar las teorías éticas ligándolas a la matriz vital de donde surgen los conflictos y la multiplicidad de posibilidades de respuesta.

En nuestros días algo está sucediendo ante nuestros ojos en relación con la muerte, que por diversos dispositivos ha sido invisibilizada: una progresiva desobjetivación, la desapropiación de aquello que Heidegger consideraba el lugar de existencia más propio en que uno es insustituible. Las respuestas que se han ofrecido al morir, en esta era de la técnica, han sido generalmente también técnicas: desarrollo de aparatología y fármacos de avanzada, intentos de prolongación de la vida, recurrir de modo —filosófica pero también biomédicamente— falaz a la genética o a la inmunología para prolongar el tiempo vital de las personas, etcétera. Incluso los intentos de reapropiación mediante decisiones como los testamentos vitales y la eutanasia se han limitado a menudo a los aspectos técnico-legales. Parafraseando a Heidegger (1994: 37), así como la esencia de la técnica no es nada técnico, tampoco

salud en humanos (y aspectos vinculados como la experimentación con animales). En 1974 se convoca una comisión presidencial en Estados Unidos para elaborar criterios sobre investigación científica en humanos, que concluye en la publicación del Reporte Belmont de 1978. Aquí se exponen los principios básicos: respeto por las personas o autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Éstos son la base de los *Principles of Biomedical Ethics* de Beauchamp y Childress (1985). Esta perspectiva “principialista” se convierte en la base del paradigma —el “mantra” de Georgetown— generado en un contexto de relaciones sanitarias institucionalizadas, contractuales, legalmente rígidas y fuertemente tecnificadas. Cabe afirmar que la importante influencia latinoamericana ha llevado a pensar la bioética en una perspectiva mucho más amplia, en especial, desde los Derechos Humanos.

el morir en la era de la técnica es algo técnico, sino que demanda un trabajo filosófico. Así, la bioética puede, con su faceta filosófica, realizar una presentación fenomenológica y un abordaje crítico del morir humano en nuestra época. Pero también puede hacer algo más, que Garrafa y Porto (2003) han denominado “bioética de la intervención”, es decir, que más allá de la pretensión de lograr consensos normativos desde una supuesta “neutralidad”, la bioética puede operar las herramientas filosóficas para generar cambios políticos y sociales.

Desde inicios de la década de 1970, la bioética ha tratado de que el proceso de subjetivación de quienes están involucrados en decisiones terapéuticas o con efectos sobre sus vidas sea cada vez más autónomo, con dispositivos como el consentimiento informado y las expresiones de voluntad. Paradójicamente, en gran medida debido al papel de la bioética “paradigmática” como mecanismo de regulación de acuerdos y conflictos cuasi contractuales en la relación sanitaria institucionalizada, los efectos de los avances tecnológicos y las transformaciones institucionales tuvieron un resultado contradictorio respecto a las mejores propiedades de la autonomía: conciencia, decisión, libertad. Este trabajo tiene por objetivo mostrar algunas de esas contradicciones y tensiones, y al mismo tiempo presentar la bioética como una herramienta liberadora para interpretar críticamente, juzgar desde una perspectiva “interesada”, y proponer intervenciones políticamente significativas. Una bioética que asume los intereses y sufrimientos de las víctimas implica, en referencia a la muerte, ubicarse en aquellas circunstancias en que la muerte le es robada al sujeto. Por ello, este trabajo toma como primera tarea elaborar una descripción y un análisis filosófico de los principales rasgos de la muerte en nuestras sociedades contemporáneas. A partir de ello, en un segundo momento, se analizarán esos rasgos en clave bioética, para abrir finalmente una reflexión sobre los horizontes políticos que una bioética de intervención podría tener en torno al morir.

RASGOS ESTRUCTURALES DE LA MUERTE CONTEMPORÁNEA

Fenomenológicamente entendida, la muerte no es una actividad que alguien pueda operar, una agencia personal. ¿Cómo puede dar-se la

muerte?, pregunta Derrida en toda la amplitud del término, sea en el sentido de matar, matarse, sacrificarse por otro, representarse la muerte y darle un sentido. Derrida afirma que, a pesar de la innecesaria prueba fáctica de que se puede matar y morir, dar la muerte es un imposible, y que, en cambio, es preciso comprenderla con la economía del don, en la que paradójicamente no hay donante ni (ya) destinatario. Derrida muestra en la economía de la muerte una confrontación entre tres cultos místicos: el orgiástico, el platónico y el cristiano, en los que la responsabilidad cada vez más creciente significa un tipo de disciplina propia y una vocación hacia otro (Derrida, 2000: 22). Se trata de pasar de la idea de una fusión universal final, a la del individuo responsable por su fin, a la responsabilidad ante otro. Esta interpretación sirve como punto de partida para analizar lo que resta en nuestra época de antiguas comprensiones de la muerte y el desafío para una bioética que no quiera ser reductivista en sus efectos. En cambio, los problemas contemporáneos vinculados a la muerte a menudo se reducen a los aspectos biológicos (la obsesión en la determinación del momento preciso del óbito), o a los legales (las solicitudes de eutanasia y las demandas de interrupción de tratamiento, las disposiciones anticipadas, los derechos y las obligaciones de los diversos participantes, en suma, la judicialización de la medicina).²

Junto a esta reducción aparece una obsesión por la extensión cuantitativa de la vida, que confunde la necesaria lucha contra la muerte injusta, indebida y evitable, con la prolongación como un valor en sí mismo. Este exceso es lo que Žižek (2001: 316; 2004: 122)

² En las ciencias naturales se impuso un reductivismo biologista análogo a los problemas del inicio de la vida, que llevó a intentar resolver con un criterio biológico la pregunta ¿desde cuándo hay una vida humana?, y esta estructura reductiva del conocimiento de esa experiencia tuvo una correspondencia en el intento de identificar biológicamente también el ¿hasta cuándo? Esto generó un modelo de comprensión que se impuso en otras disciplinas, particularmente en el campo del derecho. En cuanto al mundo filosófico, es notable que posiciones metafísicas —piénsese por caso los documentos papales sobre inicio y fin de la vida— no excluyen un “soporte” biológico comprendido de modo limitado. Frente a esto, y sin desconocer esos aspectos, este trabajo propone inscribir la materialidad que nos constituye en un marco amplio donde se reconozca el papel de los aspectos relacionales, sociales e históricos en la constitución de nuestra subjetividad y la vivencia de nuestra finitud.

juzga como verdaderamente mortal: privar al ser humano de su capacidad de morir y de no quedar apegado al exceso compulsivo que hay en la vida. En este sentido, la pulsión de muerte no es algo negativo o destructivo, o la prueba de la finitud, sino el deseo de gozar de la vida más allá del curso biológico. Se trata del paradójal deseo no sólo de prolongar lo más posible el momento del deceso, sino de que algo persista más allá de la muerte. No es casual que esta pulsión se manifieste con toda su fuerza en los nuevos intentos de pseudoimmortalidad, como rechazo a la finitud que nos es constitutiva. Aunque las consecuencias de este abordaje psicoanalítico escapan a los límites de este trabajo, es valioso notar que el apego a la vida es ambiguo; es acicate de transformación personal, social y científica, pero también es condena para una comprensión repetitiva de lo que en algún momento fracasará. Para entender este fracaso final de forma contemporánea, vale tomar como punto de partida algunos fenómenos que relacionan subjetividad, tecnología e institucionalización. Después indagamos sobre el poder de la biomedicina y sus consecuencias bioéticas, para relacionarlas con la mercantilización de la vida y de la muerte. A la postre esperamos mostrar las relaciones entre “desaparición” y ocultamiento de la muerte con la soledad y la desubjetivación del proceso humano de morir.

Tecnología, institucionalización y subjetividad

Desde las narraciones mitológicas una sombra se cierne sobre la técnica. El hurto de Prometeo, los constructores de Babel, los animales que esconden o roban el fuego para que luego lo obtengan los hombres en repetidas versiones de los aborígenes amerindios son todos ejemplos de cómo la técnica aparece en tensión con los designios “naturales” y la voluntad divina. En consonancia, gran parte de la bioética ha sido signada por la discusión sobre lo “natural” o “antinatural” y lo “ordinario” o “extraordinario”, y en términos más aceptables para nuestra sensibilidad moral contemporánea, por lo “proporcional” o “desproporcional” de nuestras intervenciones técnicas vinculadas con la vida humana. Un segundo momento de tensión se da con el maridaje de

Estado y ciencia, lo que Foucault (2012: 359) denomina “biopolítica” como forma particular del arte de gobernar, que racionaliza los fenómenos de los seres vivos en tanto que población, y que caracteriza a los Estados modernos desde su surgimiento. Un tercer momento tiene que ver con la incorporación de la lógica económica de reproducción de la mercancía, sumada a la más reciente lógica financiera de la riqueza y detransformación de la salud en un *commodity*, un bien que se comercia sin diferenciación cualitativa y por el cual existe una demanda en el mercado que se encarga de darle forma de producto según la demanda (Callahan y Wasunna, 2006: 474). Además de una mercancía es la materia prima para producir mercancías. En esto lo central para tener en cuenta es el vínculo inseparable entre tecnologías, en este caso vinculadas con la salud —y la muerte—, el marco institucional en que se despliegan y el tipo de subjetividades que posibilitan o impiden.

Los avances de la técnica en su capacidad de conocer y dominar el mundo, y el control que permiten las condiciones institucionalizadas del morir, han pretendido responder de un modo preciso la pregunta por el momento de la muerte. La doctrina antigua y medieval sobre la muerte como “separación” de cuerpo y alma cobró nuevo vigor con la modernidad, tanto en las posiciones dualistas como monistas. En todas se buscaba el “momento”, el “órgano” definitorio. En 1837, la Académie des Sciences parisina lanzó un concurso para definir científicamente el momento del óbito, que reconoció a Bouchut como ganador en 1846, con la definición del criterio cardiorrespiratorio y la auscultación como técnica de certificación de los datos clínicos. Este criterio dura menos de un siglo, y las nuevas tecnologías, en especial vinculadas con transplantes y la necesidad de constatar la muerte del donante, sumados a las tecnologías relacionadas con neurología, llevan a tomar al cerebro inerte como criterio. Éste es fácilmente pasible de críticas y radicalizaciones. Por un lado, Monadas y Chou plantean ya en 1971 que el término “muerte cerebral” es confuso y reductivo, pues los demás sistemas son tan vitales como el cerebro. Además, si el argumento es el papel integrador del cerebro —que funcionó como criterio para los resabios dualistas en la bioética católica— cabe también la pregunta de cómo no serían integradores también los otros sistemas y su interrelación. Sin embargo, también se presta a radicalizaciones, como

la definición de muerte neocortical de Veatch y Engelhardt, según la cual la persona ya estaría muerta si la parte del cerebro relacionada con la conciencia, sensibilidad, memoria, etcétera, está inactiva de modo irreversible (Engelhardt, 1995: 270).³ Paradójicamente, este criterio agrega al reduccionismo un reconocimiento de que la vida implica más que funciones biológicas, pues incluye comunicación, sensibilidad, etcétera.

Lo característico de estas definiciones es el deseo de control, que permita medir las actividades vitales, someterlas a criterios institucionales y, finalmente, ligar decisiones a órganos. Como escribe Serres: “Yo me disminuyo y me divido al claudicar hacia el término; ¿sobre cuál de mis últimos órganos terminaré la navegación?” (2011: 59). Aquello que rompe la virginal inconsciencia de la salud, es decir, el dolor que señala no sólo el daño y por tanto la existencia del cuerpo, sino también su finitud, compromete la existencia misma cuando aquello que lo produce escinde, separa y finalmente concentra todo en un punto que muere. Como la esencia de la técnica es poner a disposición los fenómenos del mundo, parece natural para esta comprensión del morir que éste sea un fenómeno más, subsumible bajo su control. Esta posición hace difícil que se entienda que el morir no es algo puntual, sino un proceso que imbrica lo biológico con lo social en el modo en que los sujetos abandonan la vida progresivamente. Al mismo tiempo, dificulta que en ese momento el moribundo y su entorno encuentren significados y sentido para el momento de la historia personal que les toca vivir.

Iatrocracia,⁴ paternalismo y mercantilización

La vida humana no ha quedado exenta de la conversión del mundo en mercancía operada por el capitalismo, como tampoco la muerte en tanto dirección final del proceso de la vida. El mecanismo de la bioplusvalía

³ No se trata aquí de la morbosa preocupación de disponer de “muertos” que aún podrían respirar si el sistema vegetativo todavía funciona, sino de identificar en la razón y capacidad de ejercicio de la autonomía la condición indispensable para la persona y su ejercicio esencial de autonomía.

⁴ Dictadura médica.

se extiende a la muerte. Es parte del “mercado humano” (Berlinguer y Garrafa, 1996). El “negocio” en la mercancía es superar las cualidades de uso del objeto producido, abstraerse de la utilidad e incluso del costo de trabajo que llevó su producción, y comenzar un circuito de valor sustentado por otro tipo de significaciones sociales. Así, las potencialidades de la vida como negocio exceden largamente el valor útil de las mercancías creadas para satisfacer necesidades vitales. Esta interpretación marxiana puede completarse con la exposición heideggeriana de la “estructura de emplazamiento” como esencia de la técnica: un modo de solicitar e imponerse a las cosas, de abrirlas de un determinado modo que oculta sus otras posibilidades originales (Heidegger, 1994: 30). La muerte es abierta desde una interpretación vinculada con un valor de cambio más que como posibilidad inherente a la vida.

El bionegocio produce también la tanatomercancía. No se trata aquí del negocio —a menudo folclórico— alrededor de la muerte, sino de cómo la relación entre tecnología y capital ha producido modelos de relación con la muerte que le imprimen a ésta todas las características de la mercancía contemporánea. Basta recordar que en 1977 Hewlett Packard y Warner Lambert Pharmaceutical Company tomaron en cuenta que el mayor porcentaje de los gastos en salud en la vida de una persona se daban los últimos meses de vida, y destinaron sus esfuerzos a generar los aparatos y tratamientos que prolongasen ese tiempo final. El papel de los agentes sanitarios, en especial médicos, ha sido esencial para concretar esta relación.

El poder médico, basado históricamente en aspectos simbólicos, científicos y biopolíticos, adquiere una nueva rúbrica por su relación con la tecnología y el mercado. Aquí se vuelve imprescindible recordar que entre los motivos del surgimiento de los códigos morales y la bioética, desde la Segunda Guerra Mundial, resalta la crítica al paternalismo médico, denominado a veces “principio de beneficencia”. Éste sostenía que la perspectiva médica era la que mejor sabía lo que necesitaba el paciente, cuál era el bien apropiado en cada momento de la vida. La opinión terapéutica no necesitaba ser validada por la palabra del paciente y a menudo ni siquiera se requería su permiso. El único criterio mínimo, más básico que la beneficencia, era la antigua no-maleficencia: *primum non nocere*. El criterio paternalista implica imponer a

alguien una ética de máximos y una visión particular del bien, que no necesariamente se sustenta en una época de plurales visiones del mundo (Pellegrino, 1979). Este ejercicio tecnocientífico, sumado a la progresiva judicialización de la medicina, ha sido un obstáculo para la toma de decisiones de los afectados en sus momentos finales.

Morbo mediático y pornografía de la muerte

Un fenómeno paralelo al morir de modo institucionalizado es el progresivo ocultamiento del moribundo. En este sentido, Philippe Ariès propone pensar la relación estrecha entre actitudes frente a la muerte, según las variaciones de tres elementos: la conciencia de sí y del otro; el sentido de la vida, y el destino personal y comunitario (Ariès, 2000: 14). A partir de ese entrecruzamiento, el autor califica a la muerte como “vedada” en nuestra época (2000: 83). A diferencia del acontecimiento familiar y comunitario anterior a la era técnica, el moribundo terminal es puesto en cuidados intensivos, no porque haya una crisis que superar, sino por cuestión de “sensibilidad”. El ocultamiento y la prohibición de visibilidad se convierten en práctica habitual: mentir al moribundo para liberarlo del peso de su agonía, la hospitalización en solitario, la desritualización del morir y la transformación del proceso en pequeñas muertes parciales de órganos, incluso los modos del luto son formas de impedir esa presencia. En dos formas básicas la muerte ha desaparecido de la vista: 1) se ha vuelto “pornográfica”, como un tabú que debe mantenerse alejado, pero que es un producto para ser comprado y que se prepara para ser adquirido por cualquier consumidor (ya no importa su rostro, su singularidad personal); y 2) se ha vulgarizado (producto de consumo masivo, vulgar) al representarla mediáticamente, lo que ha provocado una insensibilidad colectiva por ser la muerte de nadie, de “uno más”, y la muerte como producto televisivo, la muerte simulada, adelantada, repetida hasta la extenuación de sus posibles significaciones.

Esta descripción ciertamente no es exhaustiva, ya que la revolución mediática operada por las redes sociales ha dado lugar a personas que exponen los momentos finales de sus vidas. En general la bioética no

ha reflexionado suficientemente sobre este modelo, sino sólo sobre cómo operativizarlo en función de fines (por ejemplo, sensibilizar para transplantes). Pero ante nosotros se está reconfigurando el ocultamiento del moribundo de una forma que al mismo tiempo lo mantiene sujeto a la tecnología pero con otro modo de exposición social.

Solidaridad y soledad en la muerte

Norbert Elias (2011) ha criticado la obra de Ariès afirmando que sus descripciones sobre la muerte describen mucho pero no explican nada, al tiempo que presupone lo que pretende probar. Ambos disienten sobre la supuesta “calma” que portaba consigo la muerte “domesticada” y “apropiada” del medioevo según Ariès, mientras Elias ve que las angustias mutan pero persisten. Los dos investigadores encuentran la soledad de los moribundos como clave del morir contemporáneo. Ambos muestran la privatización radical de la muerte, su abandono de todo espacio público y de toda familiarización con ella. Para Elias el proceso civilizatorio, así como las prácticas históricas relativas a la muerte, han mutado de modo tal que los moribundos y los cadáveres desaparecen de la vista como nunca antes en la historia. Al mismo tiempo, esto genera una incomodidad a la que se suma el proceso de “desformalización”, es decir, de pérdida de las fórmulas estandarizadas que en periodos anteriores ordenaban el modo de lidiar con esas circunstancias, qué decir y cómo actuar en ese momento (Elias, 2011: 54). Para Elias, el desprestigio de los formalismos ritualizados y la demanda de una exposición “genuina” de los propios sentimientos en esas situaciones límite, han conllevado la incomodidad y el malestar ante la dificultad de toda expresión. Lo importante aquí es la relación de ocultamiento del moribundo y su consecuente soledad, su progresiva incomunicación.

La tensión que se da en la soledad del morir muestra, para Elias (2011: 63), la profunda dependencia que se da entre los seres humanos. Esta idea lleva a dos elementos fundamentales: la solidaridad en el morir y la cuestión del reconocimiento. A pesar de la experiencia solitaria de la muerte tecnificada e institucionalizada, la muerte tiene una estructura más profunda que implica la solidaridad. Además de ser

un proceso individual, la muerte es un proceso social. Parece paradójal que Von Weizsäcker postule que “cada vida particular se debe interpretar a partir de su muerte” y que, sin embargo, hay una “solidaridad de la muerte” (Von Weizsäcker 2005: 214; 1987: 280). Cada persona tiene una relación particular con la muerte, pero esta relación nunca se da en solitario. La vida incluye modos diversos de matar; la íntima relación de la vida de unos vivientes y la muerte de otros es inseparable. Sin embargo, hay otros modos de comprender la solidaridad de la muerte, como el contagio: “que mi enfermedad sea tu enfermedad, debido a la solidaridad general de la muerte” (Von Weizsäcker, 1987: 280).

Además de la comunidad relacional inmediata, la solidaridad incluye una interrelacionalidad ampliada. Así, contra gran parte del movimiento mercantilizador y privatista de la medicina, la prestigiosa *The Lancet* rubrica el sentido de solidaridad e interrelación de sujeto y sociedad con una reciente publicación. Allí se muestra que las decisiones económicas globales no sólo producen desempleo y angustia económica, sino también han sido responsables de muertes, en tanto esas situaciones afectaron la capacidad de inmunidad frente al cáncer. Quienes mejor resistieron pertenecen a países en que se incrementó el gasto en salud pública (Maruthappu *et al.*, 2016).

Esta idea es fecunda, porque no sólo amplía las responsabilidades a la hora de comprender las muertes, sino también opera socialmente como criterio de discernimiento sociopolítico: qué muertes individuales fueron o son generadas socialmente, y cuáles pudieron ser impedidas y no lo fueron o no son impedidos. Sirve también para desmontar un criterio individualista de salud, imbricando responsabilidad personal en un bien —o mal— comunitario. “Lo que aquí se vuelve importante es que así como no sólo tenemos la vida sino que también la hacemos, del mismo modo no sólo sufrimos la muerte sino que la hacemos” (Von Weizsäcker, 1987: 265). El principio de justicia respecto de la responsabilidad social y colectiva sobre las muertes individuales cobra entonces un nuevo fundamento; del mismo modo, reubica las responsabilidades sociales y estatales. Pensar al moribundo en su situación única como un individuo aislado es no ver el entramado de solidaridad que se patentiza en ese momento. De esta manera no puede darse el reconocimiento necesario para identificar las demandas particulares y

comunitarias en esa situación única. Algo semejante ocurre, por ejemplo, con los casos de masacres perpetradas por un individuo fuera de sí, en el marco de sociedades altamente neuróticas por su seguridad y con alta tenencia privada de armas. Los análisis más simplistas y rápidos acuden a exacerbar la demencia o la intencionalidad terrorista (e ideológica) del sujeto aislado y, de esa manera, se desafecta a todo el grupo social de una crítica profunda de sus “demencias” culturales, como la obsesión colectiva por la seguridad, o la histeria general por el derecho individual por encima de todo concurso colectivo de acciones mutuales solidarias, procesuales y sinérgicas. Por ello, la muerte de tales víctimas se domesticarían rápidamente, justificando tanto el asesinato del “violento” como las represalias a grupos “terroristas” extranjeros, la xenofobia y otros chauvinismos, perpetuando así, al mismo tiempo, la cultura del belicismo y la ideología del sacrificio de ciertas vidas en pos de un ideal cada vez más postergado.

Despersonalización de la muerte o la muerte de nadie

La comprensión individualista de la muerte y la salud, el enfoque en aspectos técnicos y biológicos, no sólo pierden de vista la idea de muerte como proceso subjetivo, sino también de ésta como proceso social. Más arriba se describió como “pornográfica” la relación con la muerte, y a nivel subjetivo ese ocultamiento de la muerte significa no sólo el anonimato del moribundo sino también un desconocimiento del entramado social que de algún modo muere con él. Lo que se expuso como “morbo mediático” y “pornografía”, la situación paradójica de una sobresaturación mediática de muerte y al mismo tiempo el ocultamiento de la experiencia como tal, debe aquí profundizarse en sus efectos sociales: parecería que nadie muere, o es una muerte en abstracto; muerte de nadie. La era de mayor demanda de autonomía de los pacientes no ha significado necesariamente que la subjetivación posibilitada en el morir, en tanto apropiación de posibilidades ante el fin, provea realmente herramientas de decisión en esa situación. Lo notable es que, vista filosóficamente, nuestra época se caracteriza por la pluralidad, la diferencia, el reconocimiento de lo individual.

Sin embargo, cuando se llega a los aspectos biopolíticos, esa postura muestra su tinte conservador, ya que de ese modo es difícil construir un frente común ante las injerencias tecnocráticas y económicas en uso. Además, no es inusual encontrar que las búsquedas de emancipación, por ejemplo en los movimientos proeutanasia, no signifiquen necesariamente la apropiación de la muerte como posibilidad-imposibilidad propia, sino un epígono del sistema.

En su libro *Morir, entre la dignidad y el negocio*, Loewit afirma que la medicina tiene un papel ambiguo ante el paciente terminal: la máxima de la medicina moderna sostiene que hay que ordenar tantos estudios como sea necesario para convertir al sujeto en un paciente, para luego hacer tanta terapia como sea necesaria para recuperar su salud. Pero no todo ser humano es paciente, ni todo paciente un moribundo, ni todo moribundo un paciente. Es que “la medicina moderna está excelentemente preparada para todo desafío, todo contratiempo y toda constelación de enfermedades. Solamente no están previstos en el ramo de la medicina moderna los seres humanos individuales, capaces de pensar por sí mismos” (Loewit, 2014). Se podría decir que la relación sanitaria contemporánea carece de dos elementos filosóficos contemporáneos; por un lado, de la posibilidad existencial de decidir ante la muerte, en sí inevitable pero cuyas condiciones admiten modos y variaciones muy diversas y, por otro lado, de una noción contemporánea de persona, que las éticas del discurso habermasiana y apelianiana entienden como capacidad de comunicación de deseos, intereses y necesidades.

SALVAR A LA MUERTE

El término “salvación” tiene a menudo connotaciones religiosas, metafísicas o mesiánicas difícilmente aceptables en una era secular. No obstante, si se lo observa fenomenológicamente, al modo que Heidegger lo hace, se puede prescindir de éstas. Para Heidegger, la comprensión relativa al modo de ser en el mundo del ser humano es cómo “abre” su existencia, es decir, cómo des-oculta los modos de ser y los sentidos que habían sido encubiertos. Con referencia a la técnica,

ésta es más que un medio para obtener fines, un modo de sacar de lo oculto, de emplazar algo para ponerlo en escena de una manera determinada, con lo cual se produce el ocultamiento de otras posibilidades. En la era técnica, la muerte ha sido “puesta a la mano” o “emplazada” de una manera determinada. *Ipsa facto* se pusieron al alcance algunas posibilidades impidiendo otras. ¿Qué hacer, cómo resistir, cómo ofrecer alternativas? Generalmente, la respuesta inmediata es ofrecer nuevas prácticas, dispositivos y técnicas que nos liberen, lo que, más allá de su valor particular, es un modo de repetir la misma estructura. La técnica “humanizada” sería un modo de salvar de los peligros descritos, pero eso es un modo limitado de comprender el “salvar”. Salvar, según Heidegger (1994: 132), es la tarea de conducir a algo a su esencia. Hoy en día este término es complejo, pues difícilmente acordamos sobre la esencia de algo, pero sí podemos pensarlo en el sentido de posibilitar que se realicen los potenciales de una situación para una persona y un contexto. Esto es también un modo de piedad. La piedad ante la muerte es otro modo de acceso. Piedad no debe entenderse como mera compasión por el sufriente, o silencio ante el misterio, también debe asumirse con la descripción de Deleuze: “suscitar acontecimientos, aunque sean mínimos, que escapen al control, hacer nacer nuevos espacio-tiempos aunque su superficie o su volumen sean reducidos” (1995: 276). Dicho de otro modo, que en las imposibilidades que la muerte implica se abra un espacio para las posibilidades del sujeto, pero al mismo tiempo para una vivencia de la comunidad y la solidaridad.

A continuación se proponen tres tensiones que parecen fecundas para formular opciones: la responsabilidad de la autonomía, la responsabilidad de la economía, y la responsabilidad ante el futuro.

1. Responsabilidad de la autonomía

Desde Kant, la autonomía se caracteriza por la adultez de asumir la palabra propia (lo que también vale para los menores). La adultez en sentido moderno significa conocimiento y reflexión, es decir, la disposición de los mejores datos de la ciencia y la posibilidad de

valorarlos y decidir sobre ellos. Aunque, además del conocimiento y la reflexión, la capacidad de decisión demandada por la autonomía requiere de los otros, del reconocimiento del entorno en todos sus estamentos.

Cuando Hans Küng (1997:46) reflexiona sobre la eutanasia, indica ante todo una serie de principios indiscutibles que son válidos para cualquier intervención respecto de un moribundo: rechazo de toda imposición externa; rechazo de toda acción que recorte la vida de modo directo, y aceptabilidad de todo paliativo del sufrimiento que pueda generar un efecto indirecto de limitación de la vida. Aplicados al sujeto moribundo, la autonomía entendida como autodeterminación significa que no pueden ofrecerse más que posibilidades, modos de abrir el tiempo restante y darle un sentido. Claro que es insoslayable hacer escisiones: tratamiento eficaz y tratamiento fútil, proporcionalidad o desproporcionalidad, etcétera. La mayoría de los bioeticistas encuentran que en todas esas escisiones conviven al menos dos conceptos: conocimiento —generalmente provisto por los profesionales—, e intencionalidad o voluntad del paciente, al tiempo que se dan diversos niveles de injerencia externa. Estos tres elementos existen en una relación a menudo tensa, pero productiva, y la tarea es proveer la mayor gradación posible de conocimiento, la mejor relación con la intencionalidad y la menor injerencia externa, lo que para Gracia (1989: 185) sólo puede darse por la autenticidad subjetiva como condición fundamental y articuladora de la autonomía.

La primacía de la autonomía como criterio bioético debe ser puesta en contexto. Además de los elementos científicos y relacionales, parece también una tensión productiva el hecho de educar la autonomía en general, y en vistas a la finitud en particular. Las decisiones responsables por sí y por los demás no sólo requieren de legitimación dialógica en un momento puntual, sino de pensar la muerte como parte integral y definitoria de la existencia y sus decisiones. La intencionalidad como criterio para tomar decisiones según un plan de vida implica, además de la conciencia y la deliberación, la formación continua en el cuidado y la responsabilidad por la muerte propia y ajena. Así, la muerte ajena, su forma de darse y las consecuencias identificables, se presenta a lo largo de la vida como enseñanza sobre cómo obrar y anticipar la propia.

2. Responsabilidad de la economía

La técnica como una característica de época, y el capitalismo vinculado con la iatrocracia, son vehículos que inciden educativa y políticamente. Por tanto, es preciso pensar la tensión entre las posibilidades subjetivas y la economía. La muerte se ha medicalizado, judicializado, mercantilizado; ha sido sometida a diversos dispositivos técnicos de control. Una paradoja que se desprende de la descripción anterior del fenómeno del morir humano, es que la socialización y solidaridad en la muerte pueden ser condiciones de una reapropiación subjetiva de ella. Esto es urgente en un contexto de posibilidades de tratamiento cada vez mayores y más onerosos, y los recursos deben ser garantizados para un acceso a éstas que sea razonable.

Una posición clásica liberal implica atribuir obsesivamente las responsabilidades a los individuos. En este sentido, la muerte es vista como consecuencia de opciones de vida individuales. Esta explicación puede tener asidero hasta cierto punto, pero no tiene en cuenta los factores sociales ni la relacionalidad que nos es constitutiva, intersubjetiva y socialmente, a lo largo de nuestra vida y en nuestra muerte. Conlleva además el riesgo de pensar la salud como un hecho individual y no social. La relación ya no social, sino individual, con la muerte, y la comprensión de ella como enemiga, han medicalizado ese evento y han instaurado una “tanatofobia” (Skrabanek, 2011: 35). En términos de Skrabanek, el “culto a la salud” va de la mano tanto con el temor a la muerte como de la fijación en el ideal cuantitativo: la extensión de la vida.

En este marco, formular las limitaciones sobre la provisión de terapias o tratamientos al final de la vida, y sobre todo hacerlo pensando en ofrecer otras posibilidades al enfermo, puede parecer un contrasentido. Por ello, esta discusión puede malentenderse si se cree que la disposición a la racionalidad de las decisiones, que podrían implicar una limitación del esfuerzo fútil, significa el descuido o el intento de escatimar recursos. Por ejemplo, la discusión de Callahan contra otros bioeticistas católicos —impregnados, no sin tensiones, de un fuerte liberalismo y una visión de máximos acerca del bien del paciente— pone sobre el tapete dos problemas: la discusión sobre la racionalidad

de las intervenciones sobre el final de la vida y sus límites, además de la cuestión de cómo la elección de tratamientos excesivos significa un serio riesgo contra la equidad social en el acceso a la salud (Callahan, 1987; Callahan y Wasunna, 2006; Barry y Bradley, 1991). Mientras este autor propone criterios que limiten la provisión de tratamientos, sus opositores los consideran lesivos para la dignidad y unicidad de la persona humana. Ahora bien, cualquier consideración de los recursos necesarios, de su futilidad o utilidad y, finalmente, de la disponibilidad de los recursos, concluirá mostrando que el uso indiscriminado de recursos con resultados previsiblemente nimios no sólo producirá un sufrimiento mayor sino también la emergencia de una injusticia: sólo quienes dispongan de recursos accederán a ellos, y si se exige al Estado su provisión ello significará desviar recursos de otros tratamientos tal vez mas considerables (presumiblemente con mejores perspectivas).

La pregunta por los costos relacionados con los enfermos terminales es un criterio central: ¿son esos costos razonables, es decir, tienen un propósito determinado y proporcional, o son más bien prueba —en el mejor de los casos— de cierta desproporcional “heroicidad” o búsqueda de prolongar una vida que ya no tiene perspectivas por parte del entorno del paciente (distanasia y ensañamiento terapéutico)? En el peor de los casos ¿no serían vestigio sospechoso de un afán de lucro por parte de quienes se benefician económicamente de esas situaciones? La prudencia es tan necesaria como el espíritu crítico: saber cuáles son los tratamientos acordes con los mejores conocimientos, sin prolongar una agonía cruel, pero proveyendo el mejor bienestar disponible, además de reconocer los intereses en juego ajenos a los deseos y las necesidades del paciente. El sistema de mercado hace que la “libre elección” conlleve inequidad y desigualdad. Por ello la regulación con legitimidad y cuidado de los sectores menos protegidos en el sistema es el mejor antídoto contra el *statu quo*. En un sentido más pleno a la autonomía le van mejor esquemas con menos privatización. La responsabilidad de los Estados será intervenir para que el costo del morir no sólo sea razonable y eficiente (Scitovsky, 2005), sino también para que no sea una expoliación en un momento de gran sensibilidad personal y familiar. La pregunta por el límite, y por cómo se ponen los límites, puede parecer insensible a algunas declamaciones por la dignidad de la vida

y por hacer todo lo posible por ella; pero resulta que es al revés: la dignidad es mejor servida si se cuenta con los recursos para lo ordinario y proporcional y se evita lo desproporcional cuando los resultados previsibles son negativos.

3. *Responsabilidad ante el futuro*

Claro que lo anterior puede ser —como todo lo demás— fagocitado por el mercado, entendiendo que la pugna por un porvenir saludable y una muerte en paz son objetivos económicos individuales. Aquí aparece la función bioética de intervenir y recordar su tarea a los diversos estamentos políticos de responsabilidad pública. La responsabilidad parece ser un signo de la ética contemporánea, en tanto que se diferencia de las opciones morales “sincrónicas” prevalentes hasta la modernidad, hoy somos conscientes de los efectos transgeneracionales de nuestras decisiones. Un bello pensamiento de Lévinas entiende la fecundidad como el futuro sin mí. Los hijos serían el lugar en que el futuro manifiesta toda su demanda de responsabilidad al sujeto presente. Esa responsabilidad es la que se le exige a la medicina, no sólo como técnica sino como relación interhumana (Lévinas, 1993: 125), es decir, lejos de despotenciar la palabra médica, esta intervención la fortalece pero reubicándola en sus potestades. De este modo también puede ejercer un papel pedagógico respecto de sujetos y Estados, mostrando las capacidades reales, los límites efectivos, y permitiendo así las decisiones subjetivas y colectivas.

A su vez, considerando los aportes realizados por la ecología de la complejidad (Morin 2006), debemos asumir que los límites de toda acción nunca son completamente previsibles en el largo plazo. La inter-retro-acción de los sistemas proporciona entramados que hacen de toda consecuencia extendida en el tiempo un resultado complejo de relaciones inestables. Esto conlleva un nuevo imperativo sobre las dinámicas de nuestras intervenciones y sus justificaciones científicas. Por esta razón, la idea de una ciencia como conocimiento absoluto y omnipotente, que pretenda calcular con precisión la consecuencia precisa de toda intervención humana, debe ser limitada. No se trata

de que no sea útil el cálculo en vistas de la necesaria precaución ante las intervenciones, sino que debe asumir un papel preponderante el criterio de cuidado ante la vulnerabilidad de los sistemas y de los sujetos frente a los procesos pasibles de impactar en los cuerpos de quienes participan directamente. Existe, entonces, una autoridad inobjetable en la voz de quienes ponen el cuerpo en el juego cotidiano de los sistemas públicos de reproducción de la vida, y a su vez una enorme responsabilidad de ofrecer una vigilancia permanente en aquellas situaciones en que un riesgo cualquiera se verifique como posible.

El imperativo es mayor cuanto que la sospecha de un nuevo maltusianismo se cierne sobre corporaciones y gobiernos que han mostrado hacer cuantiosas diferencias con la industria de la guerra, de los alimentos y medicamentos, y la externalización de los costos socioambientales. Podríamos hablar de la existencia de una verdadera tanato-ingeniería, con inescrupulosos cálculos de los límites tolerables de vulnerabilidad para ocasiones y comunidades, pero que puede disparar peligrosamente consecuencias nada previsibles a mediano y largo plazo, incluso para sus mismos defensores.

Por ello nos resulta claro que, en su crítica y sus demandas a los estamentos de la sociedad, la bioética debe asumir la responsabilidad por las víctimas, por quienes padecen las consecuencias de los sistemas socioeconómicos y políticos en carne propia. Es notable que un pensador como Badiou (1994) reniegue de la noción de víctima como categoría ética, en tanto que invisibilizaría la potencia y eternidad en lo humano. Pero esa crítica puede ser conservadora, en tanto las víctimas están ahí, pagando con sus cuerpos el precio de los poderes. A su vez, la sensibilidad ante las víctimas y la crítica a los sistemas que las producen constituye una condición de posibilidad de toda propuesta de responsabilidad liberadora.

A MODO DE CONCLUSIÓN: RESPONSABILIDADES ANTE LA MUERTE

La bioética tuvo desde sus inicios un fuerte interés normativo y deontológico. A pesar del reconocimiento extendido de que somos “extraños morales” con diversas comprensiones del bien y el deber,

y la consecuente aceptación de que las discusiones deben darse sobre una base “civil”,⁵ la bioética tuvo una importante injerencia de teólogos y personas con compromisos religiosos. Claramente esto no es óbice para la discusión, pero fuerza a pensar las normas para quienes podrían no compartir ciertos compromisos existenciales y comprensiones del mundo. Este trasfondo normativo y la influencia de metaconcepciones basadas en convicciones profundas han dado lugar a una visión “conservadora” de la bioética. Esta idea tiene relevancia en tanto que parece un límite para las injerencias del capital y la transformación de vida y muerte en mercancías, pero significa un problema a la hora de permitir una experiencia liberada del morir humano. Una “bioética de la liberación” significaría, en este sentido, hacerse cargo de las características epocales, de sus efectos en las víctimas, y a partir de ello generar un modelo de discernimiento e intervención. Su primer criterio será escuchar la voz de las víctimas, al mismo tiempo que desenmascarar los diversos fetichismos simbólicos con que se ha recubierto la vida y la muerte devenidas en mercancía.

Una serie de responsabilidades entrecruzadas son requeridas: responsabilidad propia, responsabilidad social, responsabilidad profesional, responsabilidad política. Obviamente, cada ámbito tiene sus intereses, al mismo tiempo cada uno aporta conocimientos, experiencias y sentidos. No hay un único agente de transformación social, y por tanto la tarea del “bioeticista público” es atender aquello que cada sujeto, grupo o estamento porta consigo, para permitir finalmente a los sujetos (individuales y colectivos) una experiencia más libre y auténtica de sí.

Al inicio aludíamos al antiguo vínculo de muerte, pensamiento y arte. En común tienen el vínculo con la palabra y la finitud de la palabra misma, lo que siempre expresa mejor el poeta:

IV
Y no dijiste nada
preferiste agarrarte a la vida

⁵ Entendemos por *base civil* una ética que no renuncie a convicciones personales pero que las reubique en un plano de intereses generalizables y con códigos de mínimos.

rasguñando sus ropas de colores
 y cuando no aguantaste te soltaste de vos
 y te vestimos con anclas y cencerros
 te arropamos con números y plásticos
 con sueros, sonidos, jeringas, monitores
 para que te quedaras
 para que te quedaras
 y no dijiste nada
 porque quien habla ante la muerte
 no merece la vida
 y la muerte es escuchar
 como se van durmiendo las palabras.

(Leandro Calle, *Pasar*)

FUENTES CONSULTADAS

- AD HOC COMMITTEE (1968), "A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death", en *Journal of the American Medical Association*, vol. 205, núm. 6, pp. 337-343.
- ARIÈS, P. (2000), *Historia de la muerte en Occidente: desde la Edad Media hasta nuestros días*, Barcelona: Acantilado.
- BADIOU, A. (1994), "La ética. Ensayo sobre la conciencia del mal", en *Revista Acontecimiento*, núm. 8. Disponible en [<http://www.reflexionesmarginales.com/pdf/19/Documentos/3.pdf>], 2 de mayo de 2016.
- BARRY, R.; BRADLEY, G. (eds.) (1991), *Set no Limits. A Rebuttal to Daniel Callahan's Proposal to Limit Health Care to the Elderly*, Urbana: University of Illinois Press.
- BERGDOLT, K. (2004), *Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute*, Múnich: Beck.
- BERLINGUER, G.; GARRAFA, V. (1996), *O mercado humano*, Brasilia: Universidade de Brasilia.
- CALLAHAN, D. (1987), *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*, Nueva York: Simon & Schuster.

- CALLAHAN, D.; WASUNNA, A. (2006), *Medicine and the Market: Equity vs. Choice*, Baltimore: John Hopkins University Press.
- DELEUZE, G. (1995), *Conversaciones*, Valencia: Pre-Textos.
- DERRIDA, J. (2000), *Dar la muerte*, Buenos Aires: Paidós.
- ELIAS, N. (2011), *La soledad de los moribundos*, México: Fondo de Cultura Económica (FCE).
- GARRAFA, V.; PORTO, D. (2003), "Intervention Bioethics: A Proposal for Peripheral Countries in a Context of Power and Injustice", en *Bioethics*, vol. 17, núms. 5-6, pp. 399-416.
- GRACIA, D. (1989), *Fundamentos de bioética*, Madrid: Eudema.
- HEIDEGGER, M. (1994), "La pregunta por la técnica", en M. Heidegger, *Conferencias y artículos*, Barcelona: Serbal.
- KIERKEGAARD, S. (2010), *Discursos edificantes*, vol. 5, Madrid: Trotta.
- LÉVINAS, E. (1993), *Entre nosotros. Ensayos para pensar en otro*, Valencia: Pre-Textos.
- LOEWIT, G. (2014), *Sterben: Zwischen Würde und Geschäft*, Innsbruck: Haymon.
- MARUTHAPPU, M. *et al.* (2016), "Economic Downturns, Universal Health Coverage, and Cancer Mortality in High-income and Middle-income Countries, 1990-2010: A Longitudinal Analysis", en *The Lancet*, vol. 338, núm. 10045, pp. 684-695.
- MORIN, E. (2006), *El método 6: ética*, Madrid: Cátedra.
- PELLEGRINO, E. (1979), "Toward a Reconstruction of Medical Morality: The Primacy of the Act of Profession and the Fact of Illness", en *The Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 4, núm. 1, pp. 32-56.
- ROBINSON, I. (1994), *Life and Death Under High Technology Medicine*, Manchester: Manchester University Press.
- ROSENZWEIG, F. (1997), *La estrella de la redención*, Salamanca: Sígueme.
- SCITOVSKY, A. (2005), "The High Cost of Dying: What Do the Data Show?", en *The Milbank Quarterly*, vol. 83, núm. 4, diciembre, pp. 825-841.
- SERRES, M. (2011), *Variaciones sobre el cuerpo*, Buenos Aires: FCE.
- SKRABANEK, P. (2011), *La muerte de la medicina con rostro humano*, Madrid: Díaz de Santos.
- TOULMIN, S. (1982), "How Medicine saved the Life of Ethics", en *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 25, núm. 4, pp. 736-750.

- VON WEIZSÄCKER, V. (1987), *Gesammelte Schriften 7*, Fránkfort: Suhrkamp.
- VON WEIZSÄCKER, V. (2005), *Patosofía*, Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- ŽIŽEK, S. (2001), *El espinoso sujeto. El centro ausente de la ontología política*, Buenos Aires: Paidós.
- ŽIŽEK, S. (2004), *Amor sin piedad. Hacia una política de la verdad*, Madrid: Síntesis.

Fecha de recepción: 12 de junio de 2016
Fecha de aceptación: 3 de octubre de 2016