

# **EDUCACIÓN MÉDICA EN EL FINAL DE LA VIDA REFLEXIONES SOBRE LA DIGNIDAD Y LA INTEGRIDAD DE LA PERSONA**

**Por Eduardo Luis Tinant**

Doctor en Ciencias Jurídicas y Sociales  
Director de la Maestría en Bioética Jurídica (UNLP)

## **1. La dignidad humana: “¿un concepto inútil?”**

Lanzada en diciembre de 2003 por Ruth Macklin -profesora de ética médica y miembro del Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Colegio de Medicina Albert Einstein de Nueva York-, la frase “la dignidad humana es un concepto inútil, no significa nada más que respeto por las personas o su autonomía”, mereció de inmediato la respuesta de quienes defienden el concepto pleno de dignidad humana en el ámbito de la medicina y la bioética como del derecho. La cuestión nos suscita algunas reflexiones en el marco propuesto. Pero, ¿qué es dignidad humana?

## **2. La dignidad de la persona, principio eminente**

Aun cuando la dignidad pueda presentarse como un concepto necesariamente vago en cuanto no tiene deliberadamente definición alguna, ello no le hace ni incoherente ni inútil, sino antes bien principio eminente de las ciencias humanas y sociales en general.

El principio de dignidad humana cumple un rol unificador de toda la ética biomédica (se trata de la dignidad de la persona y, por extensión, de la persona enferma) y del derecho. Su específica realización en los derechos humanos incluye los derechos personalísimos del paciente (en particular, los que éste tiene al final de la vida). La dignidad humana es presupuesto central de los derechos humanos. Tanto es así, que sin la idea de dignidad de la persona humana es inconcebible la noción misma de derechos humanos. De allí que podamos caracterizar la dignidad humana como:

## 2.1. *Noción clave*

“Ser persona” equivale a “ser digno”: dignidad intrínseca (la que hace referencia a su ser) y dignidad ética (la que atañe a su obrar). De tal forma, la idea de dignidad humana no es un mero principio entre otros y constituye el punto de referencia decisivo para entender la actividad médica en general y, en definitiva, de todas las instituciones sociales, jurídicas y políticas. De igual modo, el necesario telón de fondo –unificador– de la teoría y la praxis bioéticas.

## 2.2. *Noción paradójal*

El principio de dignidad humana normalmente funciona por intermedio de otros principios, pero siempre su rol es paradigmático y revela el sentido último de la actividad biomédica. La dignidad es definible en todo caso por oposición: la noción de indignidad, en tanto la indignación es la fuente primaria de la moral y la razón de ser de las exigencias éticas, que son reconocidas en justicia por los derechos humanos. A condición de que seamos capaces de indignarnos. Toda ética requiere no solo el saber sino también la voluntad o el querer comprender y actuar para cambiar una realidad indignante y por ella injusta.

## 3. **Dignidad de la persona enferma**

Tratándose de la persona enferma, la preocupación moral no puede centrarse únicamente en la mera subsistencia biológica. Por ser humana, la vida ha de ser reconocida en toda su dignidad. Los principios de respeto, conservación e inviolabilidad de la vida, de suyo primordiales, deben conjugarse a la luz de otros principios que demandan asimismo, como telón de fondo, el respeto de la dignidad y la integridad de la persona enferma y una serena aceptación de la finitud de la condición humana.

Sin embargo, como reflexiona José Alberto Mainetti, no es lo mismo hablar de enfermedad, dolor y sufrimiento, y hacerlo de la *persona enferma* que sufre o siente dolor; sólo ésta es real; lo otro son “construcciones conceptuales, operativas y pragmáticas, de naturaleza relativa y no sustantiva”.

## 4. **La visión de la medicina paliativa ¿Punto de partida o de llegada?**

Tal el planteo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en su “Declaración sobre la eutanasia”, 2002 ([www.secpal.com](http://www.secpal.com)1): ¿idea de

dignidad como punto de partida (congénita) o como punto de llegada (calidad de vida)? En el marco de la filosofía de los cuidados paliativos, sostiene el documento, la dignidad del paciente es un valor independiente del deterioro de su calidad de vida. Y tras preguntarse en dicho documento: “¿condiciones de vida indignas”?, responde enfáticamente: “indignas son las condiciones, inunca la vida misma!”.

#### *4.1. “Los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor como derechos humanos”*

Encrucijada de la medicina paliativa y los derechos personalísimos del paciente, según ha recordado la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos en 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como: “El cuidado activo y total de las enfermedades que **no** tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo el objetivo principal conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias”, siendo sus objetivos específicos:

- Alivio del dolor y otros síntomas
- No alargar ni acortar la vida
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual
- Reafirmar la importancia de la vida
- Considerar la muerte como algo natural
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo

### **5. “*Digna digne tratanda*”**

Concepto cabal (“tratar dignamente las cosas dignas”), que hace las veces de pórtico de la Carta de la Bioética Clínica de la Associació Catalana d’Estudis Bioètics, ACEB (2006): “Compromisos básicos para los profesionales de la vida humana”, a saber:

- De honestidad intelectual
- De veracidad y transparencia
- De respeto a la persona, en su cuerpo y en su autonomía
- De competencia profesional
- De lealtad con el paciente y con los compañeros de profesión

## 6. La filosofía de la persona y el concepto de dignidad humana

Para Francisco Romero, “el hombre puede ser visto como una realidad pero también pensado y en primer término, como una dignidad, esto es, como sujeto de elevadas finalidades morales e históricas que le son inherentes y que en él deben ser fomentadas y respetadas”. Hay así – concluye el gran filósofo argentino- “culturas que afirman la persona y culturas que la desconocen o supeditan a otros fines”.

### 6.1. “*El ser humano, un ser que tiene fines propios suyos*”

En todo caso, el pensamiento sobre la dignidad consiste en reconocer que el hombre es un ser que tiene fines propios suyos que cumplir por sí mismo; o dicho de modo negativo, no debe ser un mero medio para fines extraños o ajenos a los propios suyos.

Ello evoca el inexcusable deber kantiano de tratar al ser humano como fin en sí mismo (*Zweck an sich*), nunca como medio para lograr otros fines (opuesto así al fin subjetivo y al fin relativo: fines intermedios e individuales que una voluntad pueda proponerse sin atribuirle valor universal). El fin en sí (*fin en soi*), en cambio, es fin objetivo, necesario y, por tanto, absoluto e incondicionado. El planteamiento de Kant supone discernir una ley necesaria para todos los seres racionales, de modo de juzgar sus acciones según máximas que puedan querer que sirvan de leyes universales. Tal legislación, misma, propia y connatural al hombre, es tener una dignidad (valor incondicionado, incomparable, interno) y el principio práctico supremo es el imperativo categórico que formula: “obra de tal manera que la máxima de tus actos sirva de legislación universal” (autonomía y universalidad, a la vez). La autonomía (voluntad), de tal modo, es el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional.

### 6.2. *La dignidad como matriz de los principios fundamentales de la estimativa humana*

Sin embargo, la idea de dignidad humana fue aceptada mucho antes. Aparece en el Viejo Testamento, luego en el antiguo pensamiento chino y en el enfoque del hombre por la filosofía estoica -Epicteto, Séneca, Cicerón y Marco Aurelio-. Por ejemplo, el término *axjivon* expresaba la amplitud teórico-práctica que tenía la noción de dignidad en la etapa griega constitucional. En latín *dignitas*, tal como lo emplease Cicerón. Los *axiómata* o *dignitates* son, pues, tanto las verdades por sí evidentes,

que no precisan justificación desde otras (v.gr., los axiomas euclidianos), como la consideración o dignidad a que es acreedor el hombre en razón de su naturaleza específica, en palabras de Urbano Ferrer Santos. Y adquiere máximo relieve en el mensaje cristiano del Evangelio. En éste puede leerse: “el hombre ha sido creado a imagen y semejanza de Dios”. Surge así la noción de la igualdad de todos los hombres en cuanto a dignidad.

El aporte del humanismo a partir del siglo XIV, incluyendo los períodos del renacimiento y de la modernidad, fue decisivo para el alumbramiento de la noción de *dignitas hominis*. No sólo profundiza el concepto de persona siguiendo la tradición judeo-cristiana, sino que acuña una idea notable, especialmente significativa para el derecho, la de dignidad humana.

## **7. En el ámbito específico del derecho**

El principio de dignidad humana cumple así el papel de fijar límites al derecho positivamente vigente (función ético-jurídica y jurídico-constitucional) cuando la libre autodeterminación de un sujeto es éticamente legítima.

De tal forma, funciona como garantía negativa, cuando prohíbe determinados comportamientos notoriamente indignos para la condición humana: tortura, tratos discriminatorios; y lo hace como garantía activa, al afirmar positivamente el desarrollo integral de la personalidad humana.

### *7.1. “La primacía de la dignidad humana es un principio general del derecho”*

Esta afirmación que pertenece al jurista español Jesús González Pérez, suscripta por el constitucionalista argentino Germán J. Bidart Campos, se suma a la que señala que “la dignidad de la persona constituye uno de los valores superiores que el derecho positivo no puede desconocer, como no puede desconocer los derechos que le son inherentes”.

Ambas, en todo caso, se refieren al que consideramos dualismo fundacional (*principium-concretum*: dignidad humana-derechos humanos), tanto de la bioética como del derecho. Dualismo que, a nuestro juicio, guarda estrecha relación con los principios de la ética en medicina y la abnegada tarea de quienes en su rol de terapeutas procuran asistir, ayudar, aliviar, consolar, tal vez curar, a sus semejantes.

## 7.2. ¿Derecho a morir con dignidad, o de vivir con dignidad la propia muerte?

La opción que encierra este interrogante nos lleva a recordar que, en nuestro país, fueron elaborados diversos proyectos de ley en la materia, tales como: “*Tratamiento de la eutanasia*”, ref. Código Penal, proyectos de: Coll-Gómez, 1937; Peco, 1941; Soler, 1960; Jiménez Montilla, 1986; “*Prolongación artificial de la vida humana*”, Polo; “*Derechos de enfermos terminales*”, Bonino; “*Morir con dignidad*”, Alvarez-Corchuelo Blasco, empero, sin que prosperase ninguno de ellos. Por tanto, los hechos tipificantes de la eutanasia y del suicidio asistido quedan comprendidos en las figuras del Cód. Penal, arts. 79 y 85 (homicidio simple e instigación o ayuda al suicidio).

Acaso haya prevalecido entonces la prevención de que la responsabilidad moral en la toma de decisiones puede verse alienada en provecho del respeto por la estricta norma jurídica –sobre la base de que si un sistema enmarca los últimos momentos de la vida es de temer que la muerte se normalice en exceso–, en cuya virtud se ha sostenido, citando el criterio de Jean-Louis Baudouin y Danielle Blondieu, que “tampoco en este caso es deseable que la medicina transfiera el poder al derecho”.

No obstante, en nuestra opinión, la recta aplicación de una norma jurídica específica puede contribuir eficazmente a evitar que se ignore o se niegue la decisión del paciente capaz expresada libremente (actual o anticipada, según veremos). El sistema jurídico garantizaría así la misma.

En suma, no se trata, ni de *juridizar la muerte* (plasmando un *derecho a la muerte*), ni de *medicalizar el final de la vida* (regresando a un *biopoder médico* en tales circunstancias), sino de respetar la decisión de la persona sobre el o los tratamientos que desea le sean aplicados entonces (autonomía de la voluntad).

## 8. Autonomía prospectiva y prestaciones sanitarias

La autonomía de la voluntad, derecho consustancial del paciente a la hora de recibir prestaciones sanitarias, puede ejercerse no sólo en el momento actual, sino también para el futuro. En tal caso, como autonomía prospectiva. El bioeticista español Zamarriego Moreno define ésta como el “sistema de reflexión sobre el porvenir, imaginándolo a partir del futuro y no del presente”. Se trata de prever las situaciones en que el individuo se encontrará y de indicar al médico encargado de su asistencia las actuaciones que quería o no que se realizasen, mediante documento llamado “testamento vital”, “testamento biológico”, “instrucciones previas”, “directivas anticipadas”, “voluntades anticipadas”.

### 8.1. *Voluntades anticipadas*

Se materializan mediante la manifestación escrita, datada y fehaciente, de toda persona capaz, expresando libremente las instrucciones que deberán respetarse en la atención su salud y el cuidado de su persona, en previsión de una incapacidad propia que pudiere padecer con el fin de que esas directivas anticipadas se cumplan en tal supuesto. Se refieren a las libertades personales, y no a disposiciones o estipulaciones patrimoniales, propias del derecho civil (aunque se expresen juntas). La declaración de voluntad anticipada (DVA) reviste en cierto modo el carácter de un consentimiento libre e informado, en todo caso “anticipado”.

### 8.2. *La DVA y el “axiograma” del paciente*

En febrero de 2009 el senador Enrique Marcelo Honores presentó en la Legislatura de la Provincia de Buenos Aires un Proyecto de Ley sobre “Declaración de Voluntad Anticipada” (DVA), que persigue el objetivo de “reconocer el derecho que tiene toda persona capaz de disponer directivas anticipadas sobre la atención y el cuidado de su salud, expresando su consentimiento o su rechazo con relación a los tratamientos médicos que pudieren indicársele en el futuro y sus manifestaciones valorativas sobre éstos, en previsión de la pérdida de la capacidad natural o la concurrencia de circunstancias clínicas que le impidan expresar su voluntad en ese momento” (**art. 1°**). El proyecto de ley, en cuya redacción intervine invitado por el citado legislador, amén de sus fuentes -el proyecto italiano *Progetto di legge n. 5673 del 10 febbraio 1999: “Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari”* (reproducido en 2003) y anteriores proyectos de ley bonaerenses-, contempla novedosamente en lo que hace a nuestro país que, en el caso de internación hospitalaria del declarante, podrán servir de ayuda en la interpretación y aplicación de sus instrucciones (acerca de cómo desea ser tratado en ocasión de enfrentar situaciones de grave riesgo de muerte o discapacidad y no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad y, en particular, si deben abstenerse de someterlo a determinados tipos de tratamientos médicos y qué tipo de tratamiento prefiere que le sea aplicado entonces), una historia de valores del paciente, comunicada personalmente y registrada en su historia clínica por el equipo sanitario, y una planificación anticipada de los cuidados, por la que el paciente precisa tal voluntad en la medida en que es informado por el médico sobre tratamientos previsibles en el desarrollo de la patología en acción (**art. 3°**).

Ambas modalidades así previstas tienden a un mayor conocimiento sobre los motivos y en especial los valores éticos o morales del paciente y pueden ayudar a discernir la decisión final de éste, ya que permiten registrar -además de sus características biológicas, psicológicas y sociales- sus valores y preferencias en materia de salud, oportunamente expresados al equipo profesional actuante, y se inspiran en la historia clínica orientada a valores, tabla de valores o “axiograma” (complementaria y aun superadora del “hemograma” del propio paciente), de uso en Bochum (Alemania): “Protocolo de Bochum para la práctica ético-médica”, desde 1987. Ello no obsta, antes bien integra, la facultad que asimismo tienen las personas de designar uno o más representantes para que actúen como interlocutores válidos con el médico y/o el equipo sanitario en la interpretación de sus instrucciones, en orden a sus valores, deseos, creencias e íntimas convicciones.

## **9. La libertad como autonomía personal**

Lo dicho *supra* encuentra sustento en la consideración de la persona como agente moral autónomo. Sin embargo, como ha señalado Edmund Pellegrino, aun cuando esta condición reviste enorme importancia, el derecho moral que genera no es absoluto. La noción de autonomía se vincula con las nociones de dignidad e integridad de la persona. El concepto de integridad de la persona sustenta el concepto de persona autónoma. Se vulnera la integridad de la persona, pues, si no se respeta su dignidad.

### *9.1. Autonomía e integridad*

Autonomía (et. griega), es la capacidad para gobernarse a sí mismo. La persona, agente moral autónomo. Pero el derecho moral que genera no es absoluto: cuando éste entra en conflicto con el de la integridad de otras personas surgen limitaciones a su propia autonomía. “La autonomía es una capacidad de la persona total, pero *no es el total de capacidades de una persona*”. Autonomía = tenencia. Integridad = atributo.

Integridad (Latín *integer*), es la totalidad, entereza o unidad intacta; armonía de las dimensiones fisiológica, psíquica y espiritual del individuo (no admite grados, ni se puede perder). Integridad = salud. Desintegración = enfermedad. De tal modo, en el derecho a la integridad el bien jurídico tutelado es la integridad de la persona.

## 9.2. *Integridad y ética médica*

La integridad tiene así dos sentidos en la ética médica:

- Integridad de la persona: del paciente y el médico (**derecho moral**).
- Ser una persona de integridad (**virtud o hábito moral**).

Los principios de intimidad, autonomía y respeto a la persona son necesarios pero no totalmente suficientes para preservar la integridad de la misma.

Lo indispensable es la persona de integridad, la persona de entereza moral que respete los matices y las sutilezas del derecho moral a la autonomía.

## 9.3. *Derecho a la integridad personal*

Es el derecho que toda persona tiene a que se respete y se proteja su integridad psicofísica y moral ante las amenazas o actos de terceros que intenten afectarla, de modo particular aquellos provenientes de toda intervención biomédica no proporcional al fin terapéutico perseguido y/o los avances de la biometría (técnicas de identificación corporal generalizadas) ilegítimos.

## 9.4. *Dignidad e integridad de la persona al final de la vida*

Por cuya razón, en especial cuando se trata de la toma de decisiones al final de la vida, se vulnera la integridad del individuo si su reconocimiento depende de algún criterio externo y no del valor intrínseco del mismo, vale decir, si no se respeta la dignidad de la persona enferma y, por caso, su concreción ética y jurídica específica: la atención de la salud y el cuidado del paciente en los términos más adecuados a su estado clínico.

## **10. El debate ético y aun jurídico sobre la disponibilidad de la vida**

Debate que, en cierto modo, constituye una síntesis de nuestro recorrido. Como planteara Robert Zittoun (director del Centro de Cuidados Paliativos, Hôtel-Dieu, París), cuando la realidad clínica torna irremediable la aspiración sobre si es posible ¿decidir vivir, sólo por acto de voluntad?, sin perjuicio de continuar brindando al paciente los cuidados paliativos, mínimos, la cuestión más importante en el debate sobre el fin

de la vida se vincula con decidir morir, o ayudar a morir (¿eutanasia, suicidio asistido?), dejar morir, o permitir morir (abstención o retiro de la reanimación o del soporte vital), en suma, **QUÉ SE DECIDE**.

Ello, dice el autor, conduce a la dificultad central: ¿QUIÉN DECIDE? (en derecho, el paciente; ¿en los hechos, el médico?).

Dialéctica singular aparente, agrega, porque suelen intervenir familiares y otros integrantes del equipo profesional interdisciplinario actuante, ampliando los puntos de vista. El eje de la discusión entonces es el **CÓMO SE DECIDE**.

## **11. Medicina y participación familiar al final de la vida**

Se desprende de lo dicho que en medicina crítica se torna difícil cumplir con el principio de autonomía porque es habitual la incompetencia del paciente (coma, estupor o acción farmacológica) o en razón del privilegio terapéutico (cuando no es aconsejable la consulta al paciente sobre sus preferencias en virtud de la gravedad del estado clínico).

Para el médico actuante resulta indispensable entonces la participación de la familia o de su representante y, si los hubiere, la consulta del axiograma y las voluntades anticipadas, en la deliberación y la toma de decisiones prudentiales, en procura de “los mejores intereses del paciente”. Esto es, los intereses del paciente (intrapersonales) e intereses interpersonales, con el entorno familiar y aun social.

La mentada complicación suele dilucidarse en los estrados judiciales en virtud de la falta de unanimidad en el entorno familiar sobre los pasos a seguir. Tal como ocurrió en los casos judiciales (que tuvimos oportunidad de comentar en revistas jurídicas especializadas) de pacientes con cuadros clínicos críticos (persona incapaz en estado consciente, “*Wendland*”, CSJ Estado de California, 2001), o irreversibles (con estado vegetativo permanente, “*M. d. C. S.*”, SCJ Provincia de Buenos Aires, 2005; “*Terri Schiavo*”, CSJ Estado de Florida, EE.UU., 2005).

Aflora entonces el dilema ético en el marco del conflicto jurídico, cuando un familiar directo –v. gr. la pareja– solicita la autorización judicial para la interrupción de la hidratación y nutrición artificial, completándose la familia con hijos menores de edad, y padres o hermanos del paciente que se presentan manifestando su oposición a tal pedido.

Sea cual fuere la instancia, la sensibilidad y la ponderación de las personas involucradas pueden ayudar a definir los cuidados en salud a proporcionar al paciente en tan extremas circunstancias.

## Bibliografía

- Andorno, Roberto: *Bioética y dignidad de la persona*, VII, *El fin de la persona*, Tecnos, Madrid, 1998.
- *The paradoxal notion of human dignity*, Studi, Rivista Internazionale di Filosofia del Diritto (RIFD), V, LXXVIII, n° 2, 2001.
- Azoux Bacrie, Laurence: *Vocabulaire de Bioéthique: Acharnement thérapeutique*, 7; *Euthanasie*, 57; *Testament de vie*, 105; Médecine et Société, PUF, París, 2000.
- Baudouin, Jean-Louis, y Blondieu, Danielle, *La ética ante la muerte y el derecho a morir*, Herder, Barcelona, 1995.
- Cecchetto, Sergio: *Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana*, Ad-Hoc, Buenos Aires, 1999.
- De Simone, Gustavo, y Tripodoro, Vilma: *Fundamentos de Cuidados paliativos y control de síntomas*, Pallium Latinoamérica, Buenos Aires, 2004.
- Dossier teórico-práctico *Directivas Anticipadas. Historia clínica orientada a valores y la aplicación del método narrativo en bioética*, con trabajos de Rita Kielstein, José Alberto Mainetti, Jorge Luís Manzini, Martín Roubicek, Hans-Martín Saas, Herbert Viefhues, ELABE, La Plata, 2002.
- Drane, James F.: *La honestidad en la medicina: ¿deben los médicos decir la verdad a los pacientes?*, Revista Jurisprudencia Argentina, 2003-III-936.
- Ferrer Santos, Urbano, *Ciencia, ética y bioética*, Cuadernos de Bioética, AEBI, n° 51/52, 195/207, Murcia, 2003 ([www.aebioética.org/online.htm](http://www.aebioética.org/online.htm)).
- Fracapani de Cuitiño, Marta: *Bioética. Limitaciones de tratamiento*, Lumen, Buenos Aires, 1997.
- Gherardi, Carlos Ramón: *La muerte intervenida. De la muerte cerebral a la abstención o retiro del soporte vital*, Medicina, Buenos Aires, 2002, 62: 279-290.
- *Vida y muerte en terapia intensiva. Estrategias para conocer y participar en las decisiones*, Biblos, Buenos Aires, 2007.
- *Permiso para morir en la Justicia Argentina*, Revista La Ley, Actualidad, 20-XII-2007.
- A cuarenta años del “Informe Harvard” sobre la muerte encefálica, Medicina, Buenos Aires, 2008, 68: 393-397.
- Herzlich, Claudine : *Les nouveaux discours sur la mort et le silence face aux mourants. Principes éthiques et pratiques quotidiennes*, obra colectiva *La fin de la vie: qui en décide?*, ps. 53/78, Forum Diderot, PUF, París, 1996.
- Kraut, Alfredo J.: *El derecho a rechazar un tratamiento*, Revista Jurisprudencia Argentina, 1997-II-898.
- Lorenzetti, Ricardo: *Derecho a rechazar tratamientos médicos y el derecho a morir en la reforma del Código Civil*, Revista Jurisprudencia Argentina, 1994-II-844.
- *Precisiones jurisprudenciales sobre el derecho a rechazar tratamientos médicos*, Revista La Ley, 1997-F, 601.
- Mainetti, José Alberto: *La crisis de la razón médica. Introducción a la filosofía de la medicina*, Quirón, La Plata, 1988.
- *Somatología existencial*, Revista de medicina y bioética Quirón, vol. 34, n° 1/3, La Plata, 2003.
- *La discreta muerte intervenida. ¿Debemos un gallo a Esculapio?*, Agenda Bioética, Quirón, La Plata, 2005.
- Manzini, Jorge Luís: *Eutanasia*, Quirón, vol. 35, La Plata, 2004.
- Manzini, Jorge Luís, y Tinant, Eduardo Luis: *Las directivas anticipadas*, en *Bioética en Medicina*, 299/331, Ad-Hoc, Buenos Aires, 2008.
- Moral García, Antonio del: *Derecho, legisladores, jueces y juristas ante la bioética y la deontología médica*, Cuadernos de Bioética, AEBI, n° 57, 175/190, Murcia, 2005 ([www.aebioética.org/online.htm](http://www.aebioética.org/online.htm)).

- Pellegrino, Edmund, *La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica*, Bioética. Temas y perspectivas, OPS, n° 527, pp. 8/17, Washington, 1990.
- Romero, Francisco: *Filosofía de la persona* (y otros ensayos), Losada, Buenos Aires, 1951.
- Sagüés, Néstor Pedro: *Dignidad de la persona e ideología constitucional*, Jurisprudencia Argentina, 1994-IV, 30/XI/94.
- Spaemann, Robert: *¿Matar, o dejar morir?*, Cuadernos de Bioética, AEBI, n° 62, 107-116, Murcia, 2007 ([www.aebioética.org/online.htm](http://www.aebioética.org/online.htm)).
- Tealdi, Juan Carlos: *Bioética de los derechos humanos*, Diccionario latinoamericano de bioética, 177/180, UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2008.
- Thévenot, Xavier, *La bioética (Quando la vita comincia e finisce)*, Queriniana, Brescia, 1990.
- Thomas, Hans: *¿Son los muertos cerebrales seres vivos sin funciones cerebrales, o se trata de muertos que mantienen funciones corporales?*, Cuadernos de Bioética, AEBI, n° 47/49, 129-150, Murcia, 2002 ([www.aebioética.org/online.htm](http://www.aebioética.org/online.htm)).
- Tinant, Eduardo Luis: *Antología para una bioética jurídica.*, V, *Eutanasia pasiva y adistanasia a la luz de un fallo de la Corte Suprema del Estado de California*, La Ley, Buenos Aires, 2004.
- *Los derechos personalísimos del paciente y las directivas anticipadas para tratamientos médicos*, HCD Provincia de Buenos Aires, La Plata, 2005.
  - *Bioética jurídica, dignidad de la persona y derechos humanos*, V, *Dignidad y autonomía de la persona al final de la vida*, Dunken, Buenos Aires, 2007.
  - *Nuevo Proyecto de Ley de "Declaración de Voluntad Anticipada" en la Provincia de Buenos Aires*, en [www.revistapersona.com.ar](http://www.revistapersona.com.ar), n° 80, abril-mayo 2009.
- Zamudio, Dominga Teodora, *Cuestiones en torno al fin de la vida*, GATz, Ediciones Digitales, Buenos Aires, 2007.
- Zittoun, Robert: *La fin d'une personne: qui en décide?*, en *La fin de la vie: qui en décide?*, ps. 53/78, Forum Diderot, PUF, París, 1996.