

PREMIO ANUAL
DE BIOÉTICA
2023

FUNDACIÓN
DR. JAIME ROCA

2^{do} PREMIO

**EL CONCEPTO DEL BUEN MORIR
Y EL ACOMPAÑAMIENTO
COMPASIVO AL FINAL DE LA VIDA**

*Una consideración filosófica más allá del
concepto a la muerte digna¹*

Autora: Dra. Diana Lucía Zárate Velasco

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	4
Introducción	4
Desarrollo	5
Capítulo 1: ¿Qué significa el derecho a la muerte digna?	5
Capítulo 2: el buen morir	11
Capítulo 3: el camino de resignificación de la muerte y el buen morir	13
Conclusiones	19
Bibliografía	20
Referencias	21

Resumen

En este texto, se explora la relación entre el buen morir y el derecho a una muerte digna. Se argumenta que el concepto de muerte digna, tal como se entiende en términos legislativos y médicos, es insuficiente para comprender la complejidad del buen morir. El buen morir implica morir de una manera que sea acorde con las concepciones culturales e individuales sobre una muerte deseable. Además, se reconoce que el sufrimiento es inevitable en el proceso de morir y que su aceptación y reconocimiento son esenciales para comprender el buen morir. El texto propone una mirada compasiva como parte integral del proceso del buen morir, basada en la filosofía de Martha Nussbaum. La compasión se define como una emoción dolorosa dirigida al sufrimiento grave de otra persona y se considera fundamental en el cuidado y acompañamiento al moribundo. Se enfatiza la importancia de la compasión en el ámbito médico y se propone que esta emoción debe permear todas las interacciones humanas, desafiando la insensibilidad de la sociedad frente al sufrimiento de los demás. En resumen, el texto aboga por una comprensión más profunda y compasiva del proceso del buen morir, que va más allá de las garantías legislativas y asistenciales, y reconoce el sufrimiento como una parte integral de la experiencia humana al final de la vida.

Introducción

La muerte es una posibilidad ineludible para los seres humanos que, como seres racionales, emocionales y sociales, asumimos este proceso del final de la vida con el *deseo* de un buen morir². A partir de este *deseo* se ha construido socialmente el *derecho a la muerte digna* en el que se busca hacer un compromiso social de garantizar al individuo una *buena muerte*. Este derecho parte de dos supuestos: el primero que se requiere de un marco legal para asegurar a un individuo el buen morir y el segundo que solo por medio de la medicalización de la muerte se puede lograr este fin.

Estos supuestos, aun cuando tienen una elaboración social y están centrados en una visión humanística y pluralista propia de nuestras sociedades occidentales contemporáneas, terminan siendo al final una preocupación que parte únicamente de atender al elemento biológico de la muerte. Es decir, asumen que el buen morir se logra únicamente por medio del

manejo médico de los síntomas y la legalización de este tipo de cuidado. De esta manera, la medicina cumple un rol fundamental, pues está llamada a paliar los síntomas de quien padece y acompañar al paciente en ese proceso vital. Pero, aunque pareciera evidente que mitigar el dolor es un imperativo, en la complejidad de lo humano es cuestionable que el problema se reduzca solo a ello como único objetivo relevante en la aproximación al paciente moribundo. En ese sentido, valdría la pena replantearse en que consiste un *buen morir*.

Esta pregunta por la *buena muerte* ha sido abarcada por otros autores, que señalan la importancia de darle un significado a la experiencia del *sufrimiento* y de la vida – aun cuando esta se esté acabando – como elemento central en el acompañamiento e ideal del buen morir. En este sentido, podríamos, tal vez, asumir la muerte con mayor *naturalidad* y en esa medida aprender a cuidar la vida – que incluye la muerte – con mayor *dignidad humana* y tranquilidad.

Esta búsqueda del sentido del final de la vida pudiese tener en la enfermedad terminal una relación directa con el sentido que se le da al *sufrimiento*. Por lo tanto, el sentido que se le da a esta vivencia pareciera tener una relación con el *cómo* decidimos asumirlo. Sin embargo, a pesar de ser un tema tan relevante y constitutivo de la vida humana, no sabemos bien cómo relacionarnos con este final, ya que esta mediado por el miedo, la angustia y el imperativo de buscar mitigar o eliminar el *sufrimiento* como fin último.

En este trabajo buscamos hacer una investigación al problema del *buen morir* y del cómo el derecho a la muerte digna es insuficiente para su comprensión holística³; se propone como elemento necesario un mayor reconocimiento del sufrimiento que hace parte del proceso y un acompañamiento compasivo cómo parte de esa comprensión holística del *buen morir*. En el primer capítulo, haremos una aproximación hermenéutica sobre el concepto del *derecho a la muerte digna*, explorando los antecedentes éticos, legales y médicos que fundamentaron la concepción de este derecho, resaltando la discusión sobre la *dignidad humana* a partir del principio de *autonomía* ha tenido en esta interpretación. En el segundo capítulo, exploraremos desde la fenomenología la experiencia de la muerte en el moribundo y quienes lo acompañan, buscando abordar la complejidad práctica del final de la vida como proceso vital. Finalizaremos nuestra investigación con una comprensión del *buen morir* como un proceso holístico y relacional de la vida humana, proponiendo la compasión como la emoción que mejor acompaña este *sufrimiento*. Esta reflexión

se hará a partir de la propuesta filosófica de Martha Nussbaum, que en su trabajo ha buscado dilucidar el papel de las emociones en la vida humana y en las posibilidades de una vida en común.

Finalizamos esta introducción aclarando que el propósito de este trabajo no es criticar al reconocimiento social que hemos logrado por medio de la legitimización de la *muerte digna* ni los aportes invaluable que el cuidado paliativo tiene en la atención al paciente en el final de su vida, pues los consideramos importantes y relevantes en la aproximación al problema. Nuestra reflexión se centra en ampliar esta discusión y acercarnos desde la filosofía a una comprensión holística del *buen morir* en la complejidad de lo humano.

Desarrollo

Capítulo 1: ¿Qué significa el derecho a la muerte digna?

A lo largo de este trabajo buscamos aproximarnos a la pregunta por el *buen morir* como un fin que podría ser alcanzado por medio del *acompañamiento com-pasivo*⁴ al final de la vida y no sólo como resultado del cumplimiento al *derecho a la muerte digna*⁵. En este capítulo buscaremos entender en qué consiste el concepto del derecho a la muerte digna y cómo se construye a partir de las categorías de *muerte*, *dignidad humana* y *autonomía*. Posteriormente, nos aproximaremos a las explicaciones legislativas y asistenciales que lo constituyen. Finalizaremos con argumentos que nos permitan demostrar que, el *buen morir* a partir de la idea del *derecho a la muerte digna*, es insuficiente para su comprensión y finalidad.

1.1. La Noción de Muerte

La reflexión sobre la muerte humana ha permeado el pensamiento filosófico en diferentes contextos culturales e históricos; «Platón afirmó que la filosofía es una meditación de la muerte [...] veinte siglos después Santayana dijo que una buena manera de probar el calibre de una filosofía es preguntar lo que piensa acerca de la muerte» (Ferrater Mora, 2018, pág. 585). En ese sentido, podríamos decir que, su estudio involucraría una mirada pluralista que dificulta construir una interpretación o reflexión universal sobre ella.

Partiremos entonces desde una mirada epistemológica definiendo la muerte de una manera amplia como

«un fenómeno en el que se produce una cesación» (Ferrater Mora, 2018, pág. 585). En la muerte humana se pierde, adicionalmente, la agencia⁶ y personalidad⁷ del sujeto (DeGrazia, 2021, pág. 1)⁸. Esta definición parte de dos preguntas centrales, ¿qué es la muerte humana? Y ¿cómo nos damos cuenta de ello? Teniendo en cuenta que estas preguntas apelan a un fenómeno orgánico humano, es razonable comprender por qué la medicina ha buscado tener criterios bien definidos para su *diagnóstico* (Spinello, 2015, págs. 326–337). Desde esa mirada, mencionaremos que en la actualidad existen dos criterios para determinar el fallecimiento de una persona: el cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias y la *muerte cerebral*⁹ (Spinello, 2015, pág. 326). Esta última ha sido incorporada como criterio diagnóstico tras el advenimiento de avances tecnológicos en medicina que posibilitan la existencia de soportes vitales artificiales que pueden suplir las funciones vitales del cuerpo, aún en ausencia de actividad neurológica (Yoshikawa, Rabelo, Welling, Telles, & Figueiredo, 2021, pág. 3541). Estos conocimientos médicos técnico-científicos se han trasladado también al reconocimiento legislativo no solo por el interés jurídico que suscita declarar la muerte de una persona, sino como parte de regulaciones sobre la donación de órganos, que en Colombia corresponde al Decreto 2493 de 2004¹⁰. «La muerte encefálica ha sido reconocida como la muerte del individuo por la comunidad científica y aceptada como tal en la legislación de diferentes países» (Escudero, 2009, pág. 185).

Ahora bien, los criterios hasta ahora expuestos sobre la definición de la muerte humana permite percatarnos de dos ideas fundamentales en el concepto del *derecho a la muerte digna*.

Primero que la *muerte* humana es entendida más allá del fenómeno orgánico¹¹ y segundo que ha sido pensada desde diferentes disciplinas las cuáles incluyen tanto la filosofía como la medicina y el derecho. Esto último nos permite dar un salto desde la categoría muerte hacia la construcción del concepto del *derecho a la muerte digna*, pues nos posibilita establecer que desde el ámbito legislativo y la práctica médica hay una preocupación por definir y pensar la muerte humana; sería entonces razonable esperar que, en la misma medida, estas disciplinas se cuestionaran a su vez por el buen morir, y como resultado de ese cuestionamiento surgiera la noción del *derecho a la muerte digna*.

Para precisar la noción sobre el *derecho a la muerte digna* utilizaremos las definiciones desde la medicina y el derecho; disciplinas involucradas en el desarrollo

de la idea como hemos descrito previamente. El término médico lo abarcaremos desde la explicación elaborada por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS¹²) debido a que esta organización es considerada «una autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en el sistema de las Naciones Unidas» (OMS, 2023, pág. 1). El término legislativo será comprendido desde la definición expuesta por la Corte Constitucional en la Sentencia T970/14 en la que se reconoce el *derecho a la muerte digna* como un derecho fundamental¹³ y la Resolución 229 del 2020.

La definición médica, desde la OMS, de *muerte digna* consiste en: «la muerte que, deseada por una persona, se produce asistida de todos los alivios y cuidados paliativos médicos adecuados, así como con todos los consuelos humanos posibles» (WHO, 2018). De acuerdo a esto, podríamos diferenciar elementos que requieren un análisis hermenéutico para su comprensión.

Hasta ahora hemos analizado la palabra *muerte*, demostrando que tanto la medicina como el derecho piensan y definen la muerte humana. En esta concepción, la pérdida de la agencia y personalidad es un concepto central y distintivo que nos deja entender por qué en la definición de la OMS, involucra la frase: *deseada por una persona*. Esta frase tiene dos elementos susceptibles de análisis: *persona* y *desear*.

Abordaremos únicamente la noción de *persona* desde el ámbito legislativo, pues nuestro interés radica en comprender el *derecho a la muerte digna*, que en sí es un término jurídico. *Persona* se define como sujeto de derecho; implica el reconocimiento de un ser humano como un agente titular de derechos y obligaciones (Guillien & Vincent, 2001, pág. 294) Entendido de esta manera, sería razonable deducir que, en el contexto que está escrito en la definición de *muerte digna*, la palabra *persona* supondría el reconocimiento de un derecho para un *alguien* que *desea*.

Desear, sugiero, podríamos interpretarlo en este contexto de dos maneras: la primera que toda *muerte digna* implica el deseo de morir de la persona, y la segunda que la persona *desearía* (y por consiguiente aceptaría) la asistencia médica y los consuelos humanos acompañando su muerte. Pareciera que, en la primera interpretación partiríamos del supuesto que *todas* las personas desean morir y que el *derecho a la muerte digna* implica necesariamente ese deseo¹⁴. De ser así, estaríamos afirmando que para todas las personas¹⁵, el morir sería un fenómeno deseado y buscado deliberadamente. Esta afirmación podría ser

discutible dado que, como veremos más adelante en el último capítulo, las personas no suelen desear la muerte, sino que, en contraposición, le temen.¹⁶ Además, se puede percibir en la práctica médica que no todas las personas buscan de manera intencionada acelerar su proceso de muerte, incluso algunas desean prolongar la vida independiente de su estado y condición clínica.

Si aceptamos la segunda interpretación de la palabra *desear*, en este contexto¹⁷, tendríamos que admitir entonces que la asistencia médica y acompañamiento humano durante el proceso de morir es deseable por todas las personas. De ser así, admitiríamos el carácter relacional que la experiencia de final de vida suscita. Entendido de esta manera, este argumento nos permitiría comprender la experiencia de final de vida desde el ámbito social y relacionar el *buen morir* a partir de las categorías de *acompañamiento compasivo* y el *derecho a la muerte digna*¹⁸, como propusimos al comienzo de este capítulo.

Hasta aquí hemos construido un análisis hermenéutico del concepto de *derecho a la muerte digna* a partir de la definición establecida por la OMS, es decir, desde la medicina. Pasemos entonces a examinarlo desde los dictámenes de la Corte Constitucional de la República de Colombia, es decir, desde el derecho. El *derecho a la muerte digna* se define en la Sentencia T-970 de 2014 como:

El derecho a morir dignamente, es un derecho fundamental. Esta garantía se compone de **dos aspectos básicos: por un lado, la dignidad humana y por otro, la autonomía individual.**

En efecto, la dignidad humana es presupuesto esencial del ser humano que le permite razonar sobre lo que es correcto o no, pero también es indispensable para el goce del derecho a la vida. El derecho a morir dignamente es un derecho autónomo, independiente pero relacionado con la vida y otros derechos. (pág. 1)

En esta definición reconocemos otras categorías que buscamos relacionar en nuestra interpretación del concepto *derecho a la muerte digna*: *la dignidad humana* y *la autonomía*.

Adicionalmente, está la Resolución 229 del 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social¹⁹ es explícito que el derecho a la muerte digna no se limita a la eutanasia:

El derecho a morir con dignidad no se limita exclusivamente a la eutanasia o muerte

anticipada (procedimiento médico en el cual se induce activamente la muerte de forma anticipada a una persona con enfermedad terminal que le genera sufrimiento, tras solicitud voluntaria, informada e inequívoca de la persona. La manifestación de la voluntad puede estar expresada en un documento de voluntad anticipada) sino comprende el cuidado integral en el proceso de muerte, incluyendo la adecuación del esfuerzo terapéutico (...) y el cuidado paliativo (págs. 7-8)

En ese sentido, es importante reconocer que el *derecho a la muerte digna* no se reduce únicamente a ser un sinónimo de eutanasia.²⁰ Se describen como actividades en las que se involucra el concepto de *muerte digna* al ser el resultado de la voluntad del paciente: eutanasia, suicidio asistido, adecuación del esfuerzo terapéutico, suscribir un Documento de Voluntades Anticipadas y los cuidados paliativos. Podríamos deducir entonces que este es reconocimiento y respeto por la voluntad del paciente de acuerdo a cómo este desee ser cuidado en el final de su vida.

De acuerdo a lo anterior, podríamos interpretar que existe una relación entre las categorías de *dignidad humana* y autonomía con el concepto del *derecho a la muerte digna* como veremos a continuación.

1.2. La Noción De Dignidad Humana Y Autonomía

En el sentido más amplio, la palabra *dignidad*²¹, según la Real Academia de la Lengua Española (en adelante RAE), corresponde a la cualidad de ser *digno*. Cualidad que a su vez se define como un adjetivo que describe que se es merecedor de algo (RAE, 2023). En relación con eso, la idea de *dignidad humana* está íntimamente asociada a la concepción que tenemos sobre la naturaleza y el *valor* de los seres humanos (Malpass & Lickiss, 2007, págs. 1-5). Es razonable deducir que será del interés de disciplinas como la filosofía, el derecho y la medicina (entre otras) mantener un diálogo abierto sobre el significado de la *dignidad humana*, permitiendo así establecer las cualidades humanas que nos diferencian de otras especies y que nos dan un *valor* dentro de una comunidad. Hablaremos entonces del cómo la filosofía, el derecho y la medicina han contribuido en la construcción del concepto actual de *dignidad humana* y cómo este podría converger con la noción de *autonomía*. Finalizaremos con un análisis sobre la contribución que la noción de *dignidad humana* y *autonomía* tienen en la definición del derecho a la *muerte digna*.

Desde la filosofía, como mencionan Jeff Malpass y

Norelle Lickiss en su texto: *Perspectives on Human Dignity: A Conversation*, podemos decir que el significado de *dignidad humana* se ha forjado a lo largo de la historia occidental por medio del aporte de diferentes pensadores. Mencionan a estoicos romanos, como Cicerón y Séneca, que la utilizaron para referirse a la *reputación* de una persona, en sentido político. Posteriormente, Pico della Mirandola que la asocia a la *libertad*²² humana, Hobbes al poder, y finalmente Kant a la *agencia moral* (págs. 10-11). En ese sentido, y reconociendo que la idea de dignidad humana ha tenido una serie de consideraciones y discursos filosóficos para ser definida, hablaremos en este texto sobre la noción de *dignidad humana* a partir su relación con la *autonomía*. Este entendimiento ha sido comprendido desde el aporte kantiano por ser la noción de *dignidad humana* un valor inherente al ser humano por su naturaleza racional; desde este concepto Kant relaciona la *dignidad humana* con la autonomía individual (Gutmann, 2019, págs. 233-254).

Desde Kant, el ser humano está dotado de razón y voluntad libre lo que le confiere un valor intrínseco para ser un fin en sí mismo y no un medio «El fundamento de este principio es: la naturaleza racional existe como fin en sí mismo» (Kant, (1785), 2007, pág. 42). Como establecía Kant en la *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*: «La *autonomía*, es pues, el fundamento de la *dignidad humana* y de toda naturaleza racional» (Kant, (1785), 2007, pág. 49). Podríamos decir entonces que la *autonomía* se justifica en el hecho de que todos los individuos racionales tienen *dignidad humana* y la agencia moral para tomar decisiones. De tal modo, podemos reconocer que las cualidades de la *dignidad humana* descrita por Kant como un valor intrínseco, de naturaleza racional que fundamenta a su vez la *autonomía*, son reconocidos de igual manera desde el ámbito legislativo.

Desde el derecho, la *dignidad humana* es el eje central de la Declaración de los Derechos Humanos²³ en la que, ante todo, se reconoce el *valor* de un individuo como una cualidad inalienable, inherente e intrínseca a su condición como *ser humano*²⁴. Del mismo modo, se entiende que el valor y derechos son igualitarios²⁵ entre todos los individuos de una comunidad humana (ONU, 1948). Adicionalmente, se reconoce la *dignidad humana* como fundamento de la *autonomía*, libertad y justicia, valores que a su vez fundamentan la Declaración de los Derechos Humanos (Soriano Diaz, Alarcon Cabrera, & Mora Molina, 2000, pág. 89).

A su vez, la autonomía personal ha sido reconocida en el mundo moderno y contemporáneo como un

componente imperativo de la libertad y *dignidad humana* y, en esa medida, como una preocupación central del estado de derecho, que *debe* defender la libertad de sus individuos. Por esto, el *orden moral* de nuestros tiempos se establece a partir de la defensa de la *autonomía* personal, derecho moderno y forma de vida democrática, centrados en las creencias morales compartidas por todos de libertad, igualdad y solidaridad (Cortina, 2018, pág. 17).

A partir de la defensa de la *autonomía* individual de los agentes morales pertenecientes a un estado liberal y democrático, se deriva el entendimiento de la moral humana a partir del individualismo posesivo, en el que se reconoce que el hombre puede ser libre únicamente si se comprende a sí mismo como propietario de su persona.²⁶ Por esta razón, la *autonomía* tiene una íntima relación con la autodeterminación y con el concepto de *dignidad humana*. Ahora bien, valdría la pena preguntarse cómo el hombre elabora esa *autonomía* personal y cuál sería su dimensión moral. ¿Es acaso el resultado de un hombre que se piensa a sí mismo como un sujeto individualista y solitario? O, más bien, ¿se trataría de la acción de un sujeto *en sociedad*?

Desde la medicina, podríamos auxiliarnos de la bioética clínica para definir y relacionar entre sí las categorías de *dignidad humana* y *autonomía* desde una perspectiva que involucre la mirada de la práctica médica.

En bioética, se reconocen los conceptos propuestos desde la ética kantiana como punto de partida para el entendimiento de la *dignidad humana* desde la noción de agencia moral²⁷ (Feinberg, 1986, pág. 37). Esta asociación permite construir a partir del concepto de *dignidad humana* la conformación del principio biomédico del respeto a la *autonomía*. Esta forma de interpretación, propuesta por Tom Beauchamp y James Childress en su libro *Principles of Biomedical Ethics*, buscaba superar la visión paternalista en la que se partía del supuesto que nuestra *lex artris* era suficiente para la toma de decisiones médicas, para ser reemplazado por el reconocimiento del paciente como agente activo en el proceso de toma de decisiones (Beauchamp & Childress, 2013, págs. 101-140). Por algún tiempo, estos autores fueron criticados al considerar que el principio del respeto a la *autonomía* defendía la propuesta de una *autonomía* individual desligada de las responsabilidades sociales (Beauchamp & Childress, 2013, págs. 101-140). En su defensa estos autores señalan que existe una *moralidad común*²⁸ con la que estamos comprometidos, no solo como sociedad, sino también a nivel de las decisiones

individuales y preferencias personales²⁹ (Beauchamp & Childress, 2013, págs. 101-140) reconocen con ello, el lugar de la *autonomía* para que el individuo pueda tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

Ante el reconocimiento del paciente como individuo autónomo y sujeto activo en un proceso de toma de decisiones, surge la pregunta sobre la *autonomía* y la relación moral de las personas con sus cuerpos. Esta relación es descrita por la filósofa Catriona Mackenzie en su libro: «*Concepciones de la autonomía y concepciones del cuerpo en la bioética*». Aquí habla sobre la «*elección máxima*» como una expresión de la *autonomía* basándose en la individualidad para la escogencia de los temas en salud y que esta *autonomía* es mayor en la medida que tengamos más opciones para escoger (Mackenzie, 2010, pág. 1). Discute esta idea argumentando que esta percepción tan individualizada de la *autonomía* la reduce a meras escogencias subjetivas, por lo cual le da al estado el papel de ente que obstaculiza esta *autonomía*, al no tener todas las opciones abiertas, sino por el contrario limitarlas.

Adicionalmente, expone el hecho de que al maximizar las opciones para la disposición del propio cuerpo puede llegar a omitir daños que inclusive superan el beneficio de esta *autonomía* sin límites. En este punto, queremos cuestionar la percepción de la *autonomía* hoy en día, pues en ocasiones confundimos los deseos personales en derechos en el nombre de la *autonomía*, incentivando, de alguna manera, vivir de manera irresponsable con nosotros mismos y con los demás. Si bien aceptamos la importancia social de permitirle al individuo su realización personal y decidir sobre los asuntos que lo afectan, no resulta de ello claro cómo podríamos entonces conciliar los diferentes intereses y los derechos subjetivos de agentes éticos con las percepciones de la vida, que suelen ser tan diferentes entre los seres humanos, partiendo del supuesto de que estas decisiones solo le atañen, en principio, a la persona. ¿Podemos realmente hablar de que las decisiones de una persona no afectan a su entorno y a las personas que lo acompañan?

Para atender este asunto, McKenzie (2010) afirma:

como agentes morales tenemos derecho de tomar decisiones importantes sobre nuestras vidas y determinar qué pasa en y a nuestros cuerpos. Pocos estarían en desacuerdo con esta idea, al menos en principio. En la práctica, sin embargo, determinar exactamente qué significa el derecho a la autodeterminación, hasta dónde se extiende y qué implica es complejo y debatido. (pág. 1)

Por esta razón, la *autonomía* entendida como un asunto meramente individual ha venido siendo reevaluada. Hace ya un tiempo se viene hablando de la *autonomía* relacional que, si bien asume el papel de la *autonomía* individual, reconoce, no obstante, que esta *autonomía* se forma de manera social a través de experiencias y relaciones interpersonales (Mackenzie, 2010, pág. 13). Esto implica reconocer ciertas obligaciones y responsabilidades que no siempre son asumidas de manera voluntaria, pero que le da sentido a nuestra existencia en la comunidad con otros. Dicho de otra manera, hay ocasiones en las que las libertades personales son contrarias a las responsabilidades, que se han adquirido con el otro, y es ahí cuando el exceso de subjetividad e individualidad entran en conflicto con la existencia en comunidad. Por esta razón, la *autonomía* relacional tiene en consideración que, en la conformación de los derechos, las decisiones del individuo nunca son individuales, sino que hacen parte de la comunidad cultural a la que él pertenece.

Hasta aquí podemos abstraer ideas que nos permiten un mayor entendimiento sobre el *derecho a la muerte digna*. Este derecho se fundamenta a partir de la *dignidad humana* y *autonomía* en la medida que se reconoce la agencia moral de los individuos en lo relacionado a las decisiones sobre sus cuerpos en escenarios de final de vida. Lo segundo, implica analizar las contribuciones que la bioética clínica ha tenido en la conformación del *derecho a la muerte digna* en la medida que ha permitido el reconocimiento del paciente como un sujeto activo en las decisiones que lo afectan; promueve el entendimiento del *respeto a la autonomía* como un principio fundamental de la práctica médica, lo que en sí abre un espacio dentro de la práctica¹⁷ médica para el reconocimiento del *derecho a la muerte digna* como elemento de ese principio. Por último, resaltar el carácter relacional de la *autonomía*, al ser construida socialmente y bajo responsabilidades morales consigo mismo y con los demás. Este argumento nos permite entender por qué el concepto de *muerte digna* fue pensado como un derecho y en esa medida ser definido desde el ámbito legislativo.

1.3. La Noción De Muerte Digna Como Derecho Fundamental Y Un Fin De La Medicina

Hasta ahora hemos elaborado una interpretación del *derecho a morir dignamente* a partir de las categorías de muerte, dignidad humana y autonomía por medio de discursos filosóficos, legislativos, médicos y bioéticos. Es loable que este concepto busque el reconocer la *muerte* como algo más allá de la pérdida biológica y salvaguardar el derecho inalienable de la *dignidad*

humana y *autonomía* de las personas por medio del cultivo del respeto hacia las decisiones de los demás. Finalizaremos este capítulo con argumentos que nos permitan demostrar que, el buen morir a partir de la idea del *derecho a la muerte digna*, es insuficiente para su comprensión y finalidad. Para ello buscaremos construir dos ideas principales. La primera que al construir el concepto de dignidad alrededor de la autonomía en el *derecho a la muerte digna*, desconoce el hecho que muchas personas a lo largo de su enfermedad terminal pierden la capacidad de ejercer su *autonomía*. La segunda, que al pretender la eliminación del *sufrimiento* como imperativo de la asistencia médica desconoce la naturaleza y complejidad del proceso de final de la vida.

Como primera medida, construimos la idea sobre la *dignidad humana* fundamentada en el *respeto por la autonomía* de las personas, en la medida en que por su naturaleza racional es un fin en sí mismo. Esta noción preliminar del reconocimiento social de la dignidad humana, desde una perspectiva kantiana, nos posibilita entender el vínculo entre el *derecho a la muerte digna*, la *dignidad humana* y el respeto a la *autonomía* del moribundo como principio bioético. Sin embargo, esta postura, tendría dificultades en la medida que la *dignidad humana* solo se reconocería a través de la voluntad expresada por individuos autónomos que pudiesen manifestar racionalmente sus deseos y preferencias. Se cuestionaría el valor inherente y carácter inalienable de la *dignidad humana* al desconocerla entonces a las personas que no pueden ejercer su *autonomía* individual. En los escenarios de final de vida esto cobraría aún mayor relevancia, pues es esperable que, como parte del deterioro físico, las personas lleguen a un estado en el que no van a poder comunicar sus deseos y no por ello diríamos que no podrían tener un *buen morir*.

En esta reflexión cabe atender el concepto que veníamos construyendo de *autonomía* como un elemento de la sociedad contemporánea; si bien la preocupación central es el individuo y su libertad, desde que construimos a partir del imperativo categórico y razón práctica kantiano o el ideal de la *razón moral* desde el entendimiento científico del utilitarismo, el individuo está pensado como un agente moral preocupado por su *buen actuar* en la sociedad en la que vive. Esto implica llegar a ser alguien que piensa y vive en una moral común. En este sentido, pensar la *autonomía* desde el ámbito de lo relacional y no desde la beneficencia de intereses particulares esté en mayor armonía con esta pretensión. De esta manera, podemos entonces entender la relación del individuo con la sociedad de manera bidireccional y simbiótica, en la

que el individuo *sirve* a la sociedad (la conforma, la construye, participa de ella) de la misma manera que la sociedad sirve al individuo (lo defiende, lo protege). Por esto, ha sido pensada a partir de unos mínimos morales por medio de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en la que se puede poner centro la *dignidad humana* como reconocimiento inalienable de la condición humana, así como las diferentes legislaciones occidentales contemporáneas que se acogen a ella, además de la redefinición del concepto de salud que nos a su vez nos lleva a definir el *derecho a la muerte digna*.

El concepto de muerte digna, como es definido desde la Organización Mundial de la Salud (referenciado en la sección 1.1) parte de dos supuestos: el primero consiste en sostener que para morir dignamente se ha de evitar el *sufrimiento* por medio de asistencia médica; el segundo afirma que la persona debe mantener su *autonomía*, incluso hasta el cese de su existencia. En ambos casos se sostiene también que la persona ha de ser en todo momento un agente moral autónomo, para poder desear y manifestar sus preferencias. Estos supuestos sostienen, igualmente, que el *derecho a la muerte digna* hace parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (General, 2017, págs. 331-332) y que el acompañamiento de la muerte es uno de los fines de la medicina (Luna, 2004, págs. 269-273).

Debido a esto la bioética como disciplina se ha preocupado por establecer un puente entre el saber médico y la ética, y teniendo también como referente la noción hipocrática que uno de los compromisos de la medicina es mitigar el dolor, permitió que se establecieran unos fines de la medicina que hoy en día siguen vigentes. Estos fines fueron establecidos desde 1995 por medio de un esfuerzo internacional, liderado por el Hastings Center de Nueva York (uno de los primeros institutos de bioética en el mundo) con la participación de la OMS y especialistas de diferentes partes del mundo. El propósito era el permitir que el ejercicio de la medicina representase un progreso para la humanidad. Estos fines son: 1. Prevención de enfermedades y lesiones y promoción de la salud, 2. Alivio del dolor o *sufrimiento* provocado por males, 3. La atención y curación de los enfermos y los cuidados a los incurables, 4. La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila. (Aguilar Fleitas, 2015, págs. 8-12) En ese sentido, podemos interpretar que desde la bioética y la medicina, que mitigar el dolor y *sufrimiento* es necesario en la búsqueda de una muerte tranquila.

Adicionalmente desde el ámbito legislativo diremos que en Colombia, país que reconoce y se acoge a la Declaración Derechos Humanos dentro de su *Constitución política*, (Const, 1991, pág. Art.1). existen unos antecedentes legales sobre del concepto del derecho a la muerte digna como la entendemos hoy en día. Desde el 2014 se reglamenta la Ley 1733 (Ley Consuelo Devis Saavedra)³⁰ mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos. Esta ley reglamenta el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en cuidados paliativos buscando mejorar la calidad de vida, por medio del tratamiento integral del dolor, el alivio del *sufrimiento* y otros síntomas. En ello se tiene en cuenta también sus aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales (Constitucional, 2014) En esta Ley se indica que en la medicalización al final de la vida es necesaria, para evitar un *sufrimiento* prolongado, garantizar una muerte digna. Aquí se afirma a la vez que la muerte digna es sinónimo de un buen morir. Sin embargo, estas afirmaciones son discutibles, pues, como buscamos demostrar en este trabajo, no todo buen morir implica una asistencia médica, ni toda asistencia médica es una garantía de la eliminación del *sufrimiento* de un paciente terminal.

En una sociedad pluralista, en la que tenemos diferentes formas de valorar lo que consideramos una *vida digna de ser vivida*, se encuentran discrepancias entre los diferentes agentes morales que acompañan y participan del final de la vida (paciente, familia y médicos) con respecto a lo que significa un *beneficio* o que elementos deben ser parte de un *buen morir*. Adicionalmente, si se establece como un fin último mitigar a toda costa el *sufrimiento*, nos resultará difícil establecer qué intervenciones médicas son benéficas, justas, proporcionadas (principios bioéticos que definiremos y discutiremos con mayor profundidad más adelante) y cuáles son fútiles. Estos límites tan difusos favorecen la aparición de estrés moral³¹ de los profesionales que deben debatirse entre su perspectiva personal de calidad de vida y la de los pacientes y familia para decidir las metas terapéuticas, además de condicionar al paciente y su familia, que esa experiencia dolorosa ha de ser vivida despojada de todo *sufrimiento*.

Podemos decir entonces que el *derecho a la muerte digna* es insuficiente para la comprensión holística del *buen morir*, dado que no todas las personas mantienen libertad y *autonomía* en el final de sus vidas, pues el deterioro del cuerpo implica también el deterioro en ciertas capacidades de toma de decisiones y la pérdida funcional que limita la independencia y

autosuficiencia del individuo. Además, reconociendo que el *sufrimiento* no se limita únicamente al dolor físico, sino que abarca también las dimensiones humanas sociales, emocionales y espirituales (Costa Oliveira, 2014, págs. 225–234) serían entonces insuficientes los alcances de la medicina y disciplinas en salud para mitigar el sufrimiento al final de la vida.

Si aceptamos estas premisas y pensamos el *sufrimiento* como un elemento constitutivo del proceso del final de la vida en la enfermedad terminal, éste es un momento de duelo a partir de la autoconciencia de la finitud inminente, además de aceptar que no todos los procesos de muerte implican una *autonomía* preservada del agente moral y no por ello deja de ser digno; en este sentido, sería necesario repensar lo que es una *muerte digna*, resignificar en qué consiste el *buen morir* y el cómo poder acompañarlo.

Hasta ahora hemos presentado una serie de antecedentes teóricos que nos permiten abrir el espacio para el entendimiento holístico de la muerte digna como concepto. Esto aunado a una serie de reflexiones que nos conllevan a construir argumentos a favor de una visión del *buen morir* más allá de las consideraciones legislativas y asistenciales.

Capítulo 2: el buen morir

Hasta ahora hemos considerado la relación entre el *derecho a la muerte digna* y el *buen morir* resaltando cómo esta relación se ha construido a partir de elementos filosóficos, legislativos y asistenciales (médicos). Se siente como si el *buen morir* estuviese pensado hoy en día únicamente a partir de las cualidades de la *muerte digna*, es decir, de la muerte que se cuida a partir del respeto con las valoraciones y decisiones de las personas que se encuentran en el proceso de final de vida a partir de lo que estas perciben como calidad de vida y *dignidad humana*. Su fundamentación está centrada necesariamente en un análisis sobre la relación entre el derecho a la muerte digna y las categorías muerte, *dignidad humana* y *autonomía*. Este análisis nos permite pensar cómo el *derecho a la muerte digna* se ha venido convirtiendo en el paradigma del *buen morir* y las dificultades derivadas de ello.

En nuestras primeras aproximaciones a la definición del *derecho a la muerte digna* habíamos descrito que: «Es un derecho emergente en la constitución colombiana que ofrece la posibilidad a las personas que al final de su vida se proteja la dignidad en condiciones libre de dolor y sufrimientos, en el que se respete la autonomía, la libertad, la libre determinación

y el desarrollo de la personalidad» (Correa-Montoya, 2021, pág. 127). Esta definición incluye todas las categorías que hemos relacionado previamente al *derecho a la muerte digna*, además que expone como elemento central abolir el *dolor* y *sufrimiento* de quien se encuentra en el final de su vida.

A continuación, haremos en este capítulo una reflexión sobre la categorías *dolor* y *sufrimiento*, al ser estos fenómenos que se encuentra durante el proceso del morir humano y que, de acuerdo a esta definición, buscarían ser abolidos por el *derecho a la muerte digna*. Como primera aproximación, hablaremos sobre el significado del *sufrimiento* y sus diferencias con el *dolor*. Posteriormente haremos una reflexión sobre el cómo nos relacionamos con el *sufrimiento* actualmente. Finalizaremos con un análisis fenomenológico que nos permita hacer visible la presencia del *sufrimiento* en la experiencia del final de la vida así como el valor del acompañamiento compasivo como parte del proceso del *buen morir*.

2.1. El Sufrimiento Humano Como Una Experiencia Contingente

«La "International Association for the Study of Pain" (IASP) propone definir el dolor como una experiencia sensorial y emocional displacentera con lesión tisular real o potencial, o mismo, que es descrita en tales términos por el sujeto que lo padece» (Rojas, Joyce, Díaz, & Rojas Esser, 2004, pág. 72) Tenemos que, la experiencia del dolor parte de un elemento objetivo y objetivable que facilita su reconocimiento en la práctica clínica. En contraposición, el *sufrimiento* es definido por el Instituto Nacional de Cáncer (NIH) como: «Dolor físico o angustia emocional, social o espiritual que lleva a una persona a sentirse triste, asustada, deprimida, ansiosa o sola. Las personas en este estado, también en ocasiones se sienten incapaces de hacer frente a los cambios de la vida cotidiana o a aquellos causados por una enfermedad» (NIH, 2023, pág. 1) Tenemos entonces que la experiencia del *sufrimiento* es derivada de un elemento subjetivo, que pareciera en ocasiones ignorado o no reconocido en la práctica: «Ignoramos el sufrimiento en la medida que éste pertenece al ámbito de lo subjetivo y nuestro modelo biomédico a penas contempla la subjetividad como parte de la realidad clínica» (Benito, 2014, pág. 45) Reconocemos entonces una similitud entre *dolor* y *sufrimiento* en la medida que consisten en experiencias desagradables, su diferencia radicaría principalmente en que este último se encuentra en el ámbito de la subjetividad. De ser así, el dolor sería una experiencia que puede ser manejada por medio de cuidados paliativos³²; nos centraremos entonces, en este texto, en la experiencia del *sufrimiento*, que como hemos interpretado desde antes, es un fin de la medicina buscar mitigarlo como parte del *buen morir*.

Las perspectivas sobre el significado y sentido que el hombre da al *sufrimiento*, a partir de las propuestas fenomenológicas de Viktor Frankl y el trabajo crítico de Byung- Chul Han, elaboran el problema del final de la vida a partir de la relación entre el *sufrimiento* y el sentido de trascendencia de la experiencia humana. A la luz de estas propuestas, podríamos reflexionar sobre el rol del *sufrimiento* como parte del proceso de morir humano y del *buen morir*.

La propuesta de Viktor Frankl sobre cómo es posible soportar el *sufrimiento* y trascender la existencia está basada en la interpretación del hombre como un ser consciente de sí mismo y en permanente búsqueda de dar sentido a su existencia (Frankl, 2019). Como sabemos, Frankl es el fundador de la logoterapia, es decir, la tercera escuela vienesa de la psicoterapia, en la que se asume al hombre como un ser constituido por una fuerza primaria (voluntad de sentido) que lo lleva a estar en permanente búsqueda por encontrar un sentido a su propia existencia. Esa búsqueda permanente de sentido es lo que evitaría que caiga en lo que hemos llamado el *vacío existencial*, o estado de tedio, aburrimiento y frustración, pues el hombre solo es capaz de autorealizarse en la medida en que busca y encuentra un porqué para vivir (Frankl, 2019). Esta teoría fenomenológica de la psiquiatría propuesta por Frankl muestra cómo, en la medida que el hombre encuentra un sentido para vivir, puede soportar el *sufrimiento* que la vida trae consigo. Por lo tanto, darle un sentido a la vida sería entonces una tarea fundamental para darle sentido al *sufrimiento*, y podría a la vez explicar por qué para algunos seres humanos el final de la vida sería un *sufrimiento* insostenible, mientras que para otros lo vivirían con serenidad y resignación. No todos vivimos de la misma manera, ni soportamos el dolor del mismo modo.

La intención terapéutica de la logoterapia la podemos complementar con la propuesta de Byung- Chul Han en la *La sociedad paliativa*. En este ensayo, el autor propone que el *vacío existencial* en nuestra sociedad liberal se debe a una negación y fobia permanente del dolor (*algofobia*). El imperativo actual de *ser feliz* pareciera más una exigencia que nos lleva a mitigar toda presencia de dolor, asumiéndolo como algo negativo que debe evitarse (Han, 2021). Sin embargo, entender y asumir el *sufrimiento* pareciera necesario para encontrar el por qué para vivir. De ser así, el rol del *sufrimiento* no sería el de ser un *algo* que debe ser soportado, sino un constitutivo del sentido de la vida.

Pero ambas perspectivas, la de la logoterapia (Frankl) y la del análisis cultural del *sufrimiento* (Han), comparten la idea que el hombre necesita darle trascendencia a sus vivencias para evitar aburrirse o caer en el sinsentido de su propia existencia. Es llamativo que esa búsqueda de sentido se mantiene aun cuando se es consciente de una finitud de la vida en un tiempo cercano, aun cuando el futuro deja de ser, a largo plazo, una posibilidad en el tiempo, incluso, aún, cuando el dolor y el *sufrimiento* son insostenibles e insostenibles. Parece entonces que darle sentido a la vivencia del *sufrimiento* es algo constitutivo del hombre y que, de manera particular, tiene una relación dialéctica con el sentido de la vida en su final.

En este sentido, acompañar al moribundo se vuelve una labor en la que su práctica ha de atender a las necesidades del paciente como un todo y dar un sentido al *sufrimiento* que padece. El acercamiento de la medicina al proceso de la muerte debe abarcar no solo un conocimiento técnico- científico del cuerpo, sino también de su humanidad, lo que implica entender, aproximarse y tratar a la persona como un todo, considerando tanto su alma no racional como la racional como plantea la teoría aristotélica del alma. Es decir, si bien en este contexto la categoría de lo humano comparte sus características generales y la medicina es una técnica bien definida, abarcar la salud humana requiere un ejercicio más allá de ese conocimiento práctico dado que implica entender al individuo como un agente moral, alguien único e irrepetible para entrar en contacto con su particularidad. De esta forma, se puede establecer que tanto la ciencia como la salud se componen de una estructura, forma, definición y a manera de acto del sujeto que las recibe (Aristóteles, *De anima* II, 2, 417a5), y así pudiendo orientar el fin hacia una salud centrada en la persona como llega a ser la propuesta desde el humanismo que hoy en día se promueve en la medicina contemporánea.³³

El ejercicio de la medicina se ha trasladado en los últimos años, de la casa al hospital (Gempeler, 2016). Esto necesariamente ha redundado en cómo percibimos la salud y los diferentes procesos vitales. Podemos apelar a ejemplos como el nacimiento, hoy en día los partos se atienden en el hospital en su mayoría y requiere de un conocimiento especializado, para atenderlos con el fin de reducir los potenciales riesgos (muertes maternas y neonatales por sepsis o hemorragias, por ejemplo) y atender las urgencias obstétricas oportunamente. Esto de alguna manera, ha resignificado lo que implica atender este momento vital. En la actualidad no es casi imposible pensar

atender los partos en casa o no propiciar un ambiente hospitalario para el recién nacido. Del mismo modo, la muerte se ha trasladado de ser cuidada en casa a tener un cuidado especializado en el hospital; requiere de un acompañamiento dentro de unos mínimos cuidados hospitalarios. Esta nueva realidad, nos ha necesariamente forzado a creer que para tener una *buena muerte* se necesita medicalizarla y es en ese contexto que el concepto de *muerte digna* ha adquirido un valor en nuestra sociedad.

Adicionalmente, la aparición de nuevas tecnologías para procurar una asistencia a la supervivencia de los pacientes (soportes vitales, trasplantes, entre otros) nos traslada a pensar la necesidad de combatir la muerte hasta el último momento. La muerte se ha convertido en una enemiga de la asistencia médica y ha dejado de ser comprendida como un proceso vital ineludible (Gempeler, 2016). El fenómeno de la medicalización de los procesos vitales nos ha llevado a la exigencia de querer combatirlos *a toda costa*, en lugar de entenderlos e incorporarlos a nuestra experiencia de vida y significación de la misma.

Esto se puede ver desde la práctica de la medicina tanto desde la perspectiva del médico cómo la de la percepción del paciente y su familia en nuestro contexto cultural. En el médico vemos cómo la muerte en ocasiones es percibida como un *fracaso*, un evento no deseado en su práctica – cómo si fuera su responsabilidad alejarla del paciente–. Esto puede notarse de diferentes maneras, por ejemplo, la resistencia que algunas veces se habla de este tema con los pacientes, aun cuando están en un punto terminal de la enfermedad y tenemos la obligación de informar al paciente de su condición. Si a esta resistencia agregamos el hecho de encontrarnos en un ambiente de alta tecnología en donde es posible prolongar artificialmente la vida, puede percibirse cómo una obligación moral usar los recursos disponibles para evitar la muerte. Al mismo tiempo, tenemos un paciente que no *desea morir*, con una familia que quiere más tiempo por lo que esperan que el médico haga uso de todo lo que sabe y todos los recursos que tiene para evitarlo. Sin embargo, estas actitudes hacia la muerte, lejos de permitir un espacio de tranquilidad y *buen morir*, nos lleva a una angustia *innecesaria* de no lograr detener el proceso inevitable del fin de la vida y de la ineficiencia (esperada) de tratamientos desproporcionados y fútiles para lograrlo.

En este tiempo que he ejercido mi profesión, y me he dedicado acompañar la muerte desde la bioética, me he enfrentado a esas circunstancias. He visto diferentes formas de encarar el final de la vida:

unas en las que la vivencia de la muerte ha sido un proceso de intranquilidad o de agresión, otras en las que se la vive con tranquilidad y resignación. Y, a pesar de las diversas *formas* de morir, sin excepción alguna, todas se encuentran acompañadas de diferentes manifestaciones de *sufrimiento*. Esta vivencia me ha llevado a reflexionar que a lo mejor la tranquilidad con la que se asume el final de la vida se relaciona más con el *cómo* hemos vivido y con el *cómo* nos relacionamos con el *sufrimiento* y la muerte, que con las estrategias de la medicalización de la vida y el marco legal que hemos construido alrededor de la muerte digna. Además de esto, he llegado a la conclusión que el *sufrimiento*, la tranquilidad y la felicidad coexisten en esta experiencia vital en lugar de ser mutuamente excluyentes, pues tanto los pacientes que tienen un intenso *sufrimiento* pueden tener momentos de plenitud y alegría, así como el paciente más sereno, feliz y resignado puede experimentar momentos de *sufrimiento*. Si eso es así, ¿cómo podríamos acompañar la muerte de una mejor manera?

Retornando un poco a la reflexión sobre el supuesto imperativo de *no sufrir* durante el final de la vida. ¿Qué significa realmente este deseo para el que, para un médico, es un principio y para muchos un simple anhelo? Realmente, ¿se puede querer que la muerte no esté acompañada por el *sufrimiento*, por lo menos el existencial? O, ¿acaso es mejor darle el lugar al *sufrimiento* como algo que es inevitablemente parte del proceso del morir? Para dilucidar esta cuestión, seguiré las reflexiones de Martha Nussbaum sobre las emociones³⁴ y, en particular, resaltaremos su rol de acuerdo a la vulnerabilidad de un individuo y las posibilidades de él de poder tejer un vínculo comunitario en medio del *sufrimiento*, por medio del *acompañamiento compasivo*, como parte de nuestra investigación del *buen morir*.

Capítulo 3: el camino de resignificación de la muerte y el buen morir

La reflexión por el sentido del *buen morir* está permeada por diferentes contextos antropológicos, sociológicos, filosóficos, legislativos, asistenciales y religiosos. Por lo que, el propósito de abarcar la totalidad del significado del *buen morir* es una tarea que excede los propósitos de este texto. En su lugar, hemos contrastado el concepto de *buen morir* a la luz del derecho a la *muerte digna* que se centra en el paradigma que la buena muerte es posible en la medida que existan unos supuestos desde el ámbito legislativo y asistencial; es decir, el rol del tercero consiste en propender unas atenciones sanitarias y respetar sus

derechos de final de vida. Sobre esto último, hemos concluido que el buen morir no puede reducirse solo a ello, y se propone el acompañamiento compasivo como un elemento central del cuidado de un *buen morir*.

Para este fin, hablamos sobre el significado del concepto del *derecho a la muerte digna* por medio de interpretaciones y relaciones del concepto con las categorías de *muerte, dignidad, autonomía, dolor y sufrimiento*. Adicionalmente, elaboramos argumentos que nos permitieron demostrar que, el *buen morir* a partir de la idea del *derecho a la muerte digna*, es insuficiente para su comprensión y finalidad; partir del supuesto que el *sufrimiento* humano es erradicado del *final de la vida* por medio de garantías legislativas y asistencia médica es desconocer la naturaleza misma del *final de la vida* humana como experiencia social y contingente. Entonces proponemos una resignificación del *sufrimiento* en la experiencia del *final de la vida*, así como el valor del *acompañamiento compasivo* como parte del proceso del *buen morir*. En este último capítulo buscaremos elaborar esta idea a partir de la propuesta filosófica y política sobre las emociones de Martha Nussbaum.

La razón para escoger a Martha Nussbaum como referente para esta investigación se divide en tres argumentos que la autora defiende a lo largo de sus textos: *Emociones políticas, El ocultamiento de lo humano y La terapia del deseo*. El primer argumento es el enfoque que da al elemento emocional al reconocer que las emociones son construidas de manera racional como respuesta a nuestra inherente vulnerabilidad humana (Nussbaum M. , 2004, pág. 19)³⁵, corresponden a juicios de valor y nos vinculan socialmente (Nussbaum M. , 2014, pág. 481)³⁶. La segunda razón es la relevancia que da a la compasión para abordar el sufrimiento humano (Nussbaum M. , 2014, pág. 169), y finalmente porque articula a la medicina y la filosofía en términos prácticos (y compasivos) para responder a las necesidades de la salud de los seres humanos buscando un florecimiento de lo humano como fin último (Nussbaum M. , 2021, pág. 21)³⁷. En ese sentido, buscaremos entender el acompañamiento a un *buen morir* desde la mirada del otro que acompaña al proceso, como parte de una construcción social fundamentada en una genuina preocupación por el otro y en el florecimiento humano.

Dado lo anterior, buscaremos en este último capítulo reforzar la idea que hemos venido construyendo sobre la experiencia del final de la vida y su carácter social. Nos propondremos incluir la mirada compasiva en ese otro que acompaña como parte de la comprensión

holística sobre el *buen morir*. Elaborar esa idea requiere como primera medida una explicación de las categorías de *vulnerabilidad, emociones y compasión* desde la propuesta de Nussbaum y cómo a partir de estas, puede ser pensado el *final de la vida*. Posteriormente, tendremos una aproximación a la compasión como emoción central en el cuidado y acompañamiento del moribundo. Finalizaremos acercándonos a la pregunta por el buen morir como un fin que podría ser alcanzado por medio del *acompañamiento compasivo* al *final de la vida* y no sólo como resultado del cumplimiento al *derecho a la muerte digna*.

3.1. Sobre La Vulnerabilidad Humana Y Las Emociones En El Final De La Vida

El libro de Martha Nussbaum sobre *El ocultamiento de lo humano* inicia con dos epígrafes: una estrofa del poema: «Yo canto al cuerpo eléctrico» de Walt Whitman que trata sobre la mortalidad del cuerpo, y el segundo un extracto del libro IV de Emile, Rousseau que nos recuerda que la naturaleza humana es frágil a las diferentes desgracias y al *sufrimiento*; los seres humanos nos vinculamos emocionalmente y buscamos ser sociables como respuesta a nuestra naturaleza mortal y frágil (Nussbaum M. , 2004, pág. 35).

Este comienzo nos da un panorama de lo que la autora quiere fundamentar posteriormente: todas las personas somos vulnerables. Y esta vulnerabilidad está presente en todo el ciclo vital, es decir, desde la concepción hasta el fallecimiento (Nussbaum M. , 2004, págs. 19-21). Esta afirmación es necesaria para entender su propuesta por dos razones. La primera porque las emociones representan una respuesta a la vulnerabilidad, y segunda porque al ser vulnerables necesitamos leyes que nos protejan de potenciales perjuicios a los que estamos expuestos (Nussbaum M., 2004, págs. 34-36). Previo a esta tarea, es necesario entender el concepto de emoción y los elementos o sus facultades inherentes.

La emoción hace parte de experiencias humanas,³⁸ que tienen un elemento *no cognitivo* que se traduce a respuestas corporales y sensaciones,³⁹ de la misma manera que lo hace el apetito y los estados de ánimo. Sin embargo, la categoría *emoción* tiene elementos *cognitivos*⁴⁰ adicionales que les posibilita diferenciarse de estos últimos y no reducirla a ser únicamente una experiencia sensorial. En esta categoría se incluyen: la alegría, el pesar, el temor, la ira, el odio, la compasión, la envidia, los celos, la esperanza, la culpa, la gratitud, la vergüenza, la repugnancia y el amor (Nussbaum M., 2014, págs. 481-485). La autora apela a dos argumentos para demostrar que las emociones tienen un elemento cognitivo. Primero que los seres no humano pueden

tener cierto tipo de emociones pero que, a su vez, las diferencias de las capacidades cognitivas entre las especies permiten la manifestación o no de algunas emociones (Nussbaum M. , 2014, pág. 485). Esto demuestra entonces que la cognición es parte de la construcción de la emoción. Segundo, el hecho de que no toda emoción se traduce en una misma respuesta sensorial, pues depende del objeto y nuestra valoración del mismo (o la creencia que hemos construido sobre este) lo que fundamenta esta diferencia.

[...] Defiendo una concepción de las emociones según la cual todas implican un pensamiento o una percepción intencionales dirigidos a un objeto, y algún tipo de valoración evaluativa de ese objeto realizada desde el punto de vista personal del propio agente. (Nussbaum M. , 2014, pág. 469)

Este párrafo nos aproxima a lo que la autora entiende por emoción y a las propiedades que le atribuye: la emoción tiene un componente racional, tiene un objeto, y admite hacer juicios de valor. Al asegurar que la emoción es *un pensamiento o una percepción*, rompe con el paradigma tradicional que las personas hemos construido sobre nuestro ámbito emocional: tratar la emoción como una respuesta sensitiva desprovista de razón.⁴¹ Nussbaum considera entonces que, contrario a este imaginario, las emociones son respuestas razonables que permite que el individuo tenga una valoración sobre un objeto, dicho de otra manera, debido a que tenemos emoción podemos hacer juicios de valor sobre algo. (Nussbaum M. , 2004, pág. 19).

Hasta aquí, hemos descrito dos rasgos que hacen parte de la emoción: el objeto y la valoración (razonabilidad y creencia). Al decir que las emociones tienen un objeto, queremos asegurar que están centradas en algo. Ese objeto no tiene un *valor* por sí mismo, sino que depende de cómo cada persona que experimenta la emoción se relaciona con este objeto, por lo que depende de cómo es entendido e interpretado por la persona. De esta manera, la emoción en cuanto modo de relación con algo depende de cómo sea o no percibido un determinado objeto (Nussbaum M. , 2004, págs. 13-31). Por esta razón, hablamos de razonabilidad, cuando queremos referirnos a las evidencias y confiabilidad en las que nuestra percepción de la realidad es adecuada⁴² y de la creencia en la medida que cada emoción está asociada y es modificada por esta. Por ejemplo, el temor se siente en la medida que el agente crea que algo malo va ocurrir en el futuro, la ira ante un daño infringido injustamente (Nussbaum M. , 2004, págs. 33-50).

A la luz de esta teoría de Nussbaum queremos proponer que ante la inevitable e ineludible vulnerabilidad humana por su finitud, el *sufrimiento* es un cierto estado de ánimo esperable y razonable durante el proceso de final de la vida. Sin embargo, en un proceso de ocultamiento de esa vulnerabilidad, hemos desarrollado un tipo de negación de nuestra humanidad finita (Nussbaum M. , 2014, pág. 30) y de las sensaciones que la acompañan de manera tal que nos hemos alejado de la posibilidad de vivir una buena muerte. Esta negación no ocurre en el directamente afectado, sino también en los que lo acompañan de manera más íntima. Esta negación hunde a la persona que está viviendo el final de su vida en una profunda soledad. Tal vez, en el momento final, lo que más necesitamos es la ternura.

Segundo, podemos reconocer que ante la definición⁴³ del concepto sobre el *derecho a la muerte digna* se han construido su ámbito tanto asistencial como legislativo a partir de emociones humanas negativas⁴⁴ (Nussbaum M. , 2004, págs. 19-22). Si bien estas emociones son esperables dentro del proceso de final de vida, algunas nos permiten la elaboración social del *buen morir* y favorecerían la elaboración del duelo, mientras otras, por el contrario, nos alejarían de este fin. Lo que nos aleja de este fin no es otra cosa más que el ocultamiento de lo humano.

Ahora bien, podríamos llevar esta teoría de emociones de Nussbaum, que hasta cierto punto está centrada en el derecho y la política, al terreno de la medicina y específicamente al cuidado del final de la vida, teniendo en cuenta para ello sus trabajos sobre *La terapia del deseo*. De alguna manera, Nussbaum busca exponer cómo una comunidad humana que reconoce su vulnerabilidad y es consciente de cómo sus facultades emocionales afectan tanto su vida sensitiva como la racional y valorativa, podríamos decirle moral, puede contribuir a un resurgimiento de lo humano.

Para este racionamiento, utilizaré la metodología que la autora usa en su libro *El ocultamiento de lo humano*, identificando, en un primer momento, las emociones relacionadas, y, analizando, a continuación, la estructura de estas emociones en términos de objeto, razonabilidad y los juicios de valor, y, finalmente, examinando la injerencia que estas emociones tienen en el ámbito social (Nussbaum M. , 2004, págs. 19-63).

Podríamos reconocer entonces que nuestra vulnerabilidad y conciencia de la muerte están vinculadas con emociones negativas (aquellas que derivan u ocasionan dolor y sufrimiento) y con emociones

positivas (aquellas que derivan u ocasionan placer y felicidad). Las emociones negativas podríamos decir que serían: el temor, la ira y la repugnancia; las emociones positivas que podemos reconocer serían: la compasión, el amor y la esperanza. En este punto, es importante resaltar que, para la autora, las emociones negativas no consisten en emociones que deban ser omitidas, evadidas o cambiadas por emociones positivas (Nussbaum M., 2014, págs. 481-486). Tampoco propone que la forma de entender lo humano consista en darles a las emociones negativas una connotación moral de ser malas o indeseables; por el contrario, la filósofa las reconoce y les da su lugar en la economía humana. Por esto, su propuesta es tan valiosa para este trabajo, pues para entender la muerte, se hace necesario entender cada emoción que despierta nuestra vulnerabilidad ante ella y reconciliarnos con el *sufrimiento* que la acompaña para aprenderla a llevarla de una manera más tranquila.

Si bien las emociones entorno a la muerte son variadas y, tal vez, podríamos identificar más emociones relacionadas con el proceso de final de la vida, en el presente texto abordaremos la compasión como emoción importante para un proceso de resignificación del cuidado de la muerte. Por esa razón, propondremos el estudio de la compasión como emoción fundamental para responder al *sufrimiento* del otro.

En emociones políticas, Nussbaum, define la compasión como: «... una emoción dolorosa orientada hacia el *sufrimiento* grave de otra criatura o criaturas.» (Nussbaum M., 2004, pág. 29). Es decir, constituye una experiencia dolorosa causada por la conciencia del infortunio inmerecido de otra persona sobre un mal percibido como grave, destructivo o penoso, que es susceptible de ocurrirle a cualquier individuo vulnerable (todos). Debido a esto, el punto de partida para pensar la compasión es pues el reconocimiento de la común vulnerabilidad humana, puesto que, si no fuésemos vulnerables, no podríamos entonces ser compasivos. En su propuesta, Nussbaum nos lleva a pensar en la estructura e implicaciones de la compasión como emoción pública y su asociación con el principio de justicia.

3.2. Sobre La Compasión Al Final De La Vida

La compasión se basa necesariamente en tres pensamientos: *pensamiento de gravedad*, *de no culpabilidad* y *de similitud de posibilidades* y el *juicio eudaimonista*⁴⁵. Participan dos agentes: el que sufre y el espectador externo (Nussbaum M., 2014, págs. 169-196)⁴⁶. El pensamiento de gravedad es un juicio

en el que se reconoce que hay acontecimientos que generan *sufrimiento* por ser graves (y no triviales), trascendentales y que van en contravía de la *dignidad humana* y planes a futuro de quien sufre.

Se consideran de mayor magnitud aquellos relacionados con la vulnerabilidad a la finitud y caducidad del cuerpo. Es decir, se abordan aquí las preocupaciones entorno a la muerte.

En este punto es necesario reconocer que para un juicio de gravedad razonable se requiriere lo que la autora denomina un espectador juicioso. Es decir, el juicio de un espectador imparcial, pues éste es más fiable en la medida que un espectador que se relaciona con el agente puede sesgar su juicio de gravedad. Por esta razón, al poder ser parcializado el juicio dependiendo de la relación con el agente, la compasión ha sido vista con suspicacia por sus detractores. La compasión como sentimiento o virtud política ha estado bajo sospecha desde siempre. Este asunto lo resalta Nussbaum señalando que, para Nietzsche (Nietzsche, 1885, pág. 30) la compasión sería expresión de una moral de los impotentes; para Hannah Arendt (Arendt, 2005), se trataría más bien de una reducción del agente que sufre a una condición poco digna. Estos autores no tienen problemas con la compasión en la esfera privada, pero en la vida pública consideran que lleva a una condescendencia y pobre defensa de los principios y valores sociales.

Aunque estas preocupaciones pueden llegar a ser entendibles, pareciera que la propuesta de la autora no es la de omitir un juicio sobre agentes que han dañado o actuado injustamente *en el nombre de la compasión*, sino la de permear la ponderación de los juicios por los elementos cognitivos de la compasión, pues ella quiere promover un pensamiento basado en la genuina preocupación por el otro. Si bien Nussbaum está hablando en un contexto legislativo, los elementos que exponen pueden, no obstante, ser trasladados a la compasión en un ámbito de relación médico – paciente – familia y sociedad. Para dar este paso, es necesario tener en cuenta que la autora invita a asumir que el *sufrimiento* del otro se origina a partir una preocupación, percibida como grave, de su propia muerte. Además, asume esta preocupación a través de una mirada de un otro que sufre.

En el pensamiento de no culpabilidad se entiende, usualmente, que no se compecede de la misma manera, si consideramos que el problema o dificultad se deriva por las decisiones del agente. De alguna manera, el elemento de juicio de no merecimiento se basa en que hay elementos que no son culpa del individuo o sobre los que no tenía injerencia porque

su situación está fuera de proporción. El *sufrimiento* que deviene de las decisiones que conlleven a acciones de riesgo, negligencia u obstinación trae consigo la culpa y el reproche, mientras que el no merecido genera compasión.

Al ser la muerte un algo esperable dentro de la condición humana, ella no depende de decisiones del sujeto poder estar en una condición de *sufrimiento* o de enfermedad. Si bien hay escenarios en el que las personas deciden morir, la eutanasia o el suicidio, el *sufrimiento* que conlleva a esa decisión no fue ocasionado de manera voluntaria por el agente que decide, sino que es producto de un padecimiento del que él no tiene injerencia alguna, ni puede controlar. Todo pensamiento de no culpabilidad en la muerte implica entender esto último.

Para entender el alcance del pensamiento de similitud de posibilidades y del juicio eudaimonista, es relevante iniciar con la diferencia entre eudaimonia y el juicio eudaimonista, pues la primera se relaciona con la preocupación por la vida buena, mientras que el segundo corresponde al reconocimiento de que la vida del otro afecta la propia. Es decir, el *sufrimiento* e infortunio de otros afectan el florecimiento propio, ya que nadie puede ser feliz en soledad. Este tercer pensamiento deviene de la tragedia griega en la que se buscan despertar dos emociones sobre los acontecimientos humanos: la piedad y el temor sobre todo aquello que me puede pasar a mí. El cambio que propone Nussbaum con el juicio eudaimonista implica considerar que aquello que se mueve cognitiva e imaginativamente en mí, con el infortunio ajeno, no consiste en un estado de ánimo secundario, en el que se podría pensar que eso podría también pasarle al espectador, sino que el destino de ese otro afecta mi propia concepción de vida buena.

El integrar al otro dentro de la prosperidad común nos permite cultivar las relaciones en grupo, la preocupación por otros como una meta social. En este sentido, y siguiendo a Kant, podríamos pensar que al tener al otro como un fin en sí mismo y no como un medio para los fines propios, no solo fundamenta la *dignidad humana*, sino también la compasión. De ser así, admitiríamos que, el juicio eudaimonista en combinación con la ponderación de la magnitud del daño o infortunio crea un juicio compasivo con un otro que es un humano igual de vulnerable al infortunio como cualquiera.

Esta reflexión nos lleva a pensar que sin compasión no sería posible una preocupación por el otro, y que esa compasión ha de ser construida socialmente.

Esto sería una razón para explicar la relevancia de cuestionarse por el *buen morir* propio y del otro, de buscar mejores maneras para acompañar y pensar la muerte socialmente. En esa medida, la compasión parece ser una emoción necesaria para establecer el lugar del *buen morir* en la sociedad. En este punto, es necesario recordar que existe una diferencia entre compasión y empatía. Como primera medida entenderemos la empatía como capacidad de imaginar la situación del otro desde su perspectiva, para ayudarnos a formar juicios razonablemente correctos. La diferencia entre compasión y empatía en que la compasión nos mueve en favor del otro mientras que la empatía solo permitiría su entendimiento. Por esta razón, la empatía podría ser necesaria para sentir compasión; sin embargo, se puede sentir empatía sin sentir compasión, pues no todo entendimiento del otro implica una movilización a su favor. El entendimiento sería entonces una parte, pero no la totalidad, para preocuparnos por otros y actuar en concordancia. Con relación a la compasión Nussbaum quiere mostrar que es un juicio de valor en la medida que se reacciona compasivamente, porque la situación de una persona me importa con relación a mi propio florecimiento.

Pero si hemos admitido que los elementos de gravedad y culpabilidad de la compasión pueden ser parcializados de acuerdo con la relación que mantengamos con el sujeto que sufre, y complejizamos el sentido del juicio eudaimonista en una sociedad plural que pareciera volcarse hacia el narcisismo, más que hacia la preocupación por la vida en común, de ser así, ¿cómo es posible que la compasión pueda ser una emoción que ayude a forjar juicios razonables en una comunidad humana hoy en día y que, a la vez, sirva también para pensar en un mejor morir para el otro?

Para atender a esta pregunta, consideramos necesario tener en cuenta que, por medio del reconocimiento de la vulnerabilidad propia y común, la compasión tiene que estar avalada por una investigación sobre el florecimiento humano. Este es un diálogo dinámico en el que principios y emociones operan para buscar una sociedad justa. Las emociones estabilizan los principios y llevan a actuar, pero ellas también deben ser estabilizadas a través de leyes e instituciones. Por esta razón, Nussbaum propone la imaginación compasiva desde las instituciones, es decir, un pensar en el otro como parte de una comunidad política, buscando así que las emociones se cultiven en vista a ser buen ciudadano y no en alcanzar un enriquecimiento individual. En ese sentido, las preocupaciones de otro nos afectan y deben ser pensadas y atendidas por la sociedad por

medio de las instituciones, que desde el ámbito del cuidado al final de la vida apelaría a centros y personas que atendemos la muerte.

3.3. El Acompañamiento Compasivo Al Final De La Vida

Hasta ahora hemos construido tres ideas básicas sobre la experiencia del *buen morir*. La primera es que el concepto del derecho a la *muerte digna* es insuficiente para describir lo que está implicado en esta experiencia; la segunda que el sufrimiento y las diferentes emociones hacen parte de la experiencia del final de la vida; y, por último, que en vivencia social de la muerte es importante apelar a la compasión como emoción central en el cuidado y acompañamiento al moribundo. Finalizaré estas reflexiones en torno al *buen morir* con tres argumentos, que Martha Nussbaum elabora en su obra *Terapias del Deseo*⁴⁷, con el fin de incentivar el acompañamiento de la filosofía a la medicina en el cuidado de los pacientes. Como primera medida, nos presenta la idea que hay un temor humano a la muerte. Ese temor a su vez ocasiona sufrimiento en el moribundo y profunda tristeza a quienes lo acompañan. No obstante, ese *sufrimiento* y tristeza deben ser acompañados por medio de la compasión. La filosofía puede ser (y hacer) un *médico compasivo para el alma*.

Nussbaum nos presenta dos maneras de abordar, en la filosofía helenística, la relación entre el miedo y la muerte por medio de los autores Epicuro y Lucrecio. Como habíamos mencionado previamente, el autor de Carta a Meneceo nos expone la contradicción que supone el temor a la muerte, recomendado como consejo de vida aprender a no temerle⁴⁸, pues la vida y la muerte no coexisten en un mismo momento, y solo los vivos tienen la posibilidad de percibir y sentir (Epicuro, (s.IV a.C) 2009, pág. 37) en esa medida es razonable deducir que en la muerte no habría *sufrimiento* ni dolor. En contraposición a esta tesis inicial de Epicuro, la autora nos muestra cómo Lucrecio rechazaba también el *temor a la muerte* y expone los tres argumentos centrales en la obra de este autor⁴⁹, adicionalmente da cuenta de aquellos *síntomas* que suponían que una persona efectivamente tenía miedo de morir, los cuales están a su vez relacionados con una vida atormentada por el temor a la muerte⁵⁰. El rechazo de los estoicos al temor de la muerte es, de manera tangencial, también su reconocimiento en el ámbito humano. Además, depende del individuo el perpetuar o el rechazar ese miedo para poder *vivir mejor* y evadir así un *sufrimiento* innecesario ante lo ineludible.

La irracionalidad del miedo a la muerte que

argumentan los estoicos es en sí misma una invitación a rechazar este temor de manera voluntaria, consciente y deliberada, para evitar el *sufrimiento* al final de la vida. Siendo así, admitiríamos que, por medio de la razón, la muerte estuviese desprovista de *sufrimiento*. Sin embargo, este planteamiento es cuestionable como un absoluto, pues como exponen autores como David Furley, quien argumenta que el miedo a la muerte es en sí el temor que los proyectos y esperanzas de la vida no hayan tenido un sentido (Nussbaum M., La terapia del deseo, 2021, pág. 265), o Paul Ricoeur, quien considera que el temor a la muerte no es al evento biológico en sí, sino, al imaginario sobre la agonía y el *sufrimiento* de los sobrevivientes (quienes son amados por el moribundo, lo acompañaron y no fallecerán con él) (Ricoeur, 2008, pág. 63). Podríamos concluir que, en tal caso, el miedo a la muerte existe y se acompaña de *sufrimiento* durante la experiencia del final de la vida, en la medida que diferentes autores, inclusive los estoicos, que consideran el miedo a la muerte como irracional, lo reconocen y describen. Además le atribuyen diferentes causas y formas de ser reconocido, proponiendo a la filosofía como un medio para alejar este temor irracional y al filósofo como un *médico compasivo*. Para finalizar, podemos reconocer también en autores que han escrito reflexiones sobre el final de sus vidas como Oliver Sacks (médico) en *Gratitud* y Ricoeur (filósofo) en *Vivo hasta la muerte*, que manifiestan sentir este temor a su muerte durante el final de sus vidas como una de esas emociones que convergen en ese momento.

Encontramos entonces elementos racionales y emocionales que acompañan proceso de un *buen morir*, que como Ricoeur describe, ocurre ante los ojos de varios sobrevivientes, o como hemos propuesto en este trabajo llamarlos: acompañantes compasivos y no simplemente espectadores. La muerte y el proceso de morir, como hemos descrito previamente, son acontecimientos sociales⁵¹. Por esta razón, es inevitable en un texto sobre el *buen morir* no cuestionarse en las mejores maneras de cuidar y acompañar ese proceso. Acompañamiento que puede ser visto tanto en la esfera privada (familia, amigos, compañeros), como en la profesional, como es el caso de la relación médico-paciente, que se forja durante el final de la vida de este último. Sobre este tema, existen diversas propuestas a la luz del pluralismo que hay sobre las reflexiones del *buen morir*. Sin embargo, en el cuidado del médico hacia su paciente se resalta que la compasión es una emoción fundamental «... porque la concepción de la tarea del filósofo como actividad médica hace de la compasión y el amor a la humanidad rasgos fundamentales de aquella» (Nussbaum M.

La terapia del deseo, 2021, pág. 58). Además, que en la ética médica, el compromiso es actuar de acuerdo a las necesidades del paciente (Nussbaum M., La terapia del deseo, 2021, pág. 57), que a la luz del paciente que sufre, necesita ser comprendido, atendido en su dolor, acompañado en su angustia⁵², en fin ... actos médicos que implican una movilización a su favor, es decir, actos médicos compasivos⁵³. Para Ricoeur, el profesional del cuidado paliativo está bajo la mirada de la *cultura de la mirada compasiva* pues reconocen en el paciente terminal o agonizante alguien *aún vivo*. Si bien, el autor está hablado de un profesional de la salud, reconoce también que esa *mirada compasiva* no está en el ámbito de lo profesional, sino, en lo personal:

Vuelvo a la calidad no médica de la mirada y, sobre todo, del gesto de acompañamiento. Éste marca la fusión, en la hermenéutica de la medicina de cuidados paliativos, entre la comprensión y la amistad. La comprensión se dirige hacia el vivir finalizante y su recurso a lo esencial. La amistad ayuda no solo al agonizante, sino a la comprensión misma. (Ricoeur, 2008, p. 45)

Se cultiva, a través de la compasión, un cuidado del otro por medio de una genuina preocupación por su bienestar y el florecimiento humano.

El *acompañamiento compasivo* es una idea que debe permear no solo la labor del profesional de salud en su paciente, sino también la relación entre la persona al final de su vida con todos sus acompañantes. Éste es entonces no solo un desafío para los médicos, sino a la vez para toda la humanidad, que se ha convertido hoy en insensible frente a los demás.

Conclusiones

Este texto explora el concepto del "buen morir" a través de la comprensión del derecho a la muerte digna, el sufrimiento al final de la vida y el acompañamiento compasivo. Se argumenta que tener una legislación y un sistema sanitario para una muerte digna no es suficiente, ya que no todas las personas mantienen su autonomía ni desean una atención medicalizada en su proceso de muerte. La buena muerte implica una relación dialéctica entre el sufrimiento del moribundo y la compasión de quienes lo rodean. Se reconoce que la muerte es un evento social, acompañado por familiares, amigos,

personal de salud, lo que requiere compasión.

El texto propone explorar más allá de las categorías presentadas, considerando escenarios de final de vida repentinos y reflexionando sobre el miedo a la muerte y la tristeza como emociones esperables en este proceso. Se plantea la posibilidad de un buen morir incluso en circunstancias inesperadas, enfocándose en el cuidado del otro a través del amor y la esperanza, y sugiere que la reflexión sobre diferentes emociones puede contribuir a un entendimiento más cercano del buen morir.

Bibliografía

- Aguilar Fleitas, Baltasar. (2015). Los fines de la medicina. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 30(1), 8-12. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202015000100003&lng=es&tlng=es.
- Amery, J. (1968). *Revuelta y resignación acerca del envejecer*. Titivillus.
- Arendt, H. (2005). *La condición humana* (Trad. R. Gil). Paidós. (Trabajo original publicado en 1958)
- Aristóteles. (2018). *Acerca del alma* (Trad. T. Calvo). Gredos. (Trabajo original publicado en s.IV a.C.)
- Aristóteles. (2013). *Ética Nicomaquea* (Trad. A. Gómez-Robledo). Porrúa. (Trabajo original publicado en s.IV a.C.)
- Arnaez, J., Tejedor, J., Caserio, S., Montes, M., Moral, M., Gonzalez de Dios, J., & Garcia-Alix,
- A. (2017). La bioética en el final de la vida en neonatología: cuestiones no resueltas. *Anales de pediatría*, 87(6), 356.e1-356.e12. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.03.014>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Respect for autonomy*. En *Principles of biomedical ethics* (8th ed., pp. 101-140). Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Moral foundations*. En *Principles of biomedical ethics* (8th ed., pp. 1-3). Oxford University Press.
- Benito E., Barbero J., & Dones M. (Eds.). (2014). *Espiritualidad en clínica, una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
- Berbena, M.A.Z, & Figueiras, S.C. (2014). Fenomenología de agencia y educación, notas para el análisis del concepto de agencia humana y sus proyecciones en el ámbito educativo. *Magister*, 26(2), 98-104.
- Constitución Política de Colombia [Const.]. Art. 1. 7 de julio de 1991 (Colombia). <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>
- Correa-Montoya, L. (2021). Muerte digna. Lugar constitucional y núcleo esencial de un derecho humano emergente. *Opinión Jurídica*, 20(41), 127-154. <https://doi.org/10.22395/ojum.v20n41a4>
- Cortina, A. (2018). *Ética Sin Moral*. Techos.
- Costa Oliveira, C. (2014). Para comprender el sufrimiento humano. *Revista Bioética*, 24, 225-234.
- Declaración Universal de los Derechos humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas, 10 de diciembre, 1948. <https://www.codhey.org/sites/all/documentos/Doctos/Transparencia/DecUnivDH.pdf>
- Decreto 2493 de 2004. (2004, 04 de agosto) Ministerio de la protección social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%202493%20DE%202004.pdf
- DeGrazia, D. (2021). *The Definition of Death*. Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/entries/death-definition/#Aca>
- Epicuro. (2009). *Carta a Meneceo* (Trad. A. Navarro & J.J. Ruiz). Diálogo. (Trabajo original publicado en s.IV a.C.)
- Escudero, D. (2009). Diagnóstico de muerte encefálica. *Medicina Intensiva*, 33(4), 185-195.
- Feinberg, J. (1986). *Harm to self*. Oxford University Press.
- Ferrater Mora, J. (2018). *Diccionario de filosofía de bolsillo*. Alianza.
- Frankl, V. (2020). *El hombre doliente*. Herder.
- Frankl, V. (2020). *El hombre en busca del sentido*. Herder.
- Guillien, R., & Vincent, J. (2001). *Diccionario Jurídico*. Temis.
- Gutmann, T. (2019). Dignidad y autonomía, reflexiones sobre la tradición kantiana. *Estudios de Filosofía*, 59, 233-254.
- Han, B.-C. (2021). *La sociedad paliativa*. Herder.
- Hernandez Bayona, G. (2013). Juicio y raciocinio: elección y decisión. En *Psicopatología Básica* (5 ed., pp. 241-245). Pontificia Universidad Javeriana.
- Hernandez Bayona, G. (2013). *Psicopatología Básica*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Instituto Nacional del Cáncer [NIH]. (2023, 01 de febrero). Sufrimiento. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sufrimiento>
- Jean-Luc, N. (2000). *El intruso*. Galileé.
- Kant, I. (2007). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (Trad. M. García-Morente). Pedro M. Rosario Barbosa. (Trabajo original publicado en 1785).
- Ley 1733 de 2014. (2014, 8 de septiembre) Congreso de la República. Diario oficial No 49268. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornorma-tivo/norma.php?i=59379>
- Mackenzie, C. (2018). *Concepciones de la autonomía y concepciones del cuerpo en la bioética* (Trad. M.L. Rivera). Universidad El Bosque. (Trabajo original publicado en 2010).
- Malpass, J., & Lickiss, N. (Eds.). (2007). *Perspectives on human dignity: a conversation*. Springer.
- Murray, E. P. (2007). Clinical decision-making: patients' preferences and experiences. *Patient Education Counseling*, 65(2), 189-196.
- Nietzsche, F. (2022). *Más allá del bien y del mal*. LA CASE Books. (Trabajo original publicado en 1885)
- Nussbaum, M. (2004). *El ocultamiento de lo humano*. Princeton: Princeton University Press.
- Nussbaum, M. (2014). Apéndice. En *Emociones políticas ¿Por qué el amor es importante para la justicia?* (ed., pp. 481-486). Paidós.
- Nussbaum, M. (2014). *Emociones Políticas ¿Por qué el amor es importante para la justicia?* Paidós.
- Nussbaum, M. (2021). *La terapia del deseo*. Paidós. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023, 01 de febrero). ¿Cómo funciona la Asamblea Mundial de la Salud? https://apps.who.int/mediacentre/events/governance/wha/how_wha_works/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023, 01 de febrero). *Mejorar la salud para todos, en todas partes*. <https://www.who.int/es/about>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (10 de diciembre de 1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. Obtenido de *La Declaración Universal de Derechos Humanos*: https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Pico Della Mirandola, G. (2003). *Discurso sobre la dignidad del hombre* (Trad. P. Salvador). Pi. (Trabajo original publicado en 1486). <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4970/13.pdf>
- Real Academia de la Lengua Española [RAE]. (2023, 10 de enero). *Digno*. <https://dle.rae.es/digno>
- Ricoeur, P. (2008). *Vivo hasta la muerte*. Fondo de Cultura Económica.
- Rojas, C., Joyce, M., Díaz, E., & Rojas Esser, M. (2004). Complejidad del dolor y el sufrimiento humano. *Revista Latinoamericana De Psicopatología Fundamental*, 7, 70-81.
- Sacks, O. (2015). *Gratitud*. Titivillus.
- Sentencia T-970/14. (2014, 15 de diciembre) Corte Constitucional (Luis Vargas, M.P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>
- Resolución 229/20. (2020, 20 de febrero) Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20229%20de%202020.pdf
- Soriano Diaz, R., Alarcon Cabrera, C., & Mora Molina, J. (2000). *Diccionario crítico de los Derechos Humanos*. Universidad Internacional de Andalucía Sede Iberoamericana.
- Spinello, I. (2015). *Brain Death Determination*. *Journal of Intensive Care Medicine*, 30(6), 326-337.
- Taldí, J. (2008). *Diccionario latinoamericano de bioética*. UNESCO.
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Why Palliative Care Is an Essential Function of Primary Health Care*. https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf?sfvrsn=ecab9b11_2&ua=1
- Yoshikawa, M., Rabelo, N., Welling, L., Telles, J., & Figueiredo, E. (2021). *Brain death and management of the potential donor*. *Neurological Sciences*, 42(9), 3541-3552.
- Zárate, D. L. (2023). *El concepto del buen morir y el acompañamiento compasivo ante el sufrimiento del final de la vida. Una consideración filosófica más allá del derecho a la muerte digna*. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10554/64206>.

Referencias

1. Texto basado en el trabajo de grado para optar por el título de maestría en filosofía. Se realizan modificaciones, incluyendo el título, para efectos del concurso. El texto original se encuentra en el repositorio de la Pontificia Universidad Javeriana. Texto original: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/64206>.
2. Es importante que el lector tenga presente que en este trabajo hay tres categorías que en apariencia parecieran significar lo mismo, pero, aunque similares, tienen definiciones diferentes. Estas definiciones se abordarán con mayor profundidad a lo largo del trabajo. La primera categoría hace referencia a buen morir (que en ocasiones se usará en el mismo sentido buena muerte) que hará alusión a morir de una manera afín con las concepciones culturales e individuales sobre lo que sería una muerte deseable para cualquiera. La segunda categoría es la muerte digna, que se usará en el mismo sentido que el derecho a la muerte digna y se definirá a lo largo del capítulo 1. Para finalizar, y cómo veremos más adelante, está la categoría de eutanasia. Es entendible que, debido a la etimología de la palabra (eu. – buena; thanos- muerte) el lector pueda pensar que sea equiparable a la categoría de buena muerte. Sin embargo, en este trabajo acudiremos a la definición de acuerdo a la legislación Colombiana, y se entenderá sólo en el sentido de acto médico. Esto lo haremos con el propósito de distanciar el diálogo que realizaremos en este escrito sobre la buena muerte del debate permanente sobre la despenalización de la eutanasia y cómo parte de la comprensión del concepto del derecho a la muerte digna.
3. Entenderemos la palabra holístico definida en la Real Academia de la Lengua Española (RAE, 2022) como un adjetivo referente a lo holismo; este se define como una «Doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen» (RAE, 2022) Se menciona el entendimiento del buen morir como un proceso holístico para entenderlo de una manera integral. Si bien, algunos de los elementos que lo constituyen serán revisados cada uno en su unidad, la idea de este trabajo es lograr entender el buen morir como un todo y no cómo la suma de cada uno de estos términos que revisaremos más adelante.
4. Esta es una categoría que estaremos elaborando en este trabajo a partir de la idea que el final de la vida es una experiencia que se vive socialmente. Esto necesariamente implicaría que está acompañada por un otro (familia, amigos, personal de salud, extraños). La propuesta es incluir la mirada compasiva en ese otro como parte de un acompañamiento que permita el buen morir del moribundo.
5. El derecho a la muerte digna puede ser definido, desde el ámbito legislativo, como: «un derecho emergente en la constitución colombiana que ofrece la posibilidad a las personas que al final de su vida se proteja la dignidad en condiciones libre de dolor y sufrimientos, en el que se respete la autonomía, la libertad, la libre determinación y el desarrollo de la personalidad» (Correa-Montoya, 2021, pág. 127) durante este capítulo desarrollaremos la interpretación del concepto.
6. «El concepto de agencia, en su sentido general, remite a una de las cualidades más importantes del ser humano: la capacidad de actuar intencionalmente y por lo tanto, de lograr propósitos o metas guiados por la razón» (Zavala Berbena & Figueiras, 2014, pág. 98)
7. Desde la psiquiatría «Definimos la personalidad como el sistema de las disposiciones individuales dominantes según el cual se ordena y manifiesta la vida anímica de cada sujeto...» (Hernandez Bayona, Psicopatología Básica, 2013, pág. 355), desde el derecho se define la personalidad jurídica como «la calidad de persona jurídica» (Guillien & Vincent, 2001, pág. 294), y a su vez, persona jurídica se define como «titular de derechos y obligaciones ... se dice también sujeto de derechos. Todos los seres humanos son personas jurídicas» (Guillien & Vincent, 2001, pág. 294)
8. Cita original en inglés: «death as the irreversible cessation of organismic functioning and human death as the irreversible loss of personhood» (DeGrazia, 2021, pág. 1) la palabra personhood puede interpretarse tanto en el sentido de personalidad como agencia, por lo que utilicé ambos términos para su interpretación y análisis posterior.
9. Se define la muerte cerebral como el cese irreversible de todas las actividades neurológicas incluyendo las del tronco encefálico (estructura que conecta al cerebro y la médula espinal; es responsable por mantener las funciones vitales del cuerpo de manera autónoma), tiene a su vez criterios clínicos e instrumentales bien definidos (Escudero, 2009, pág. 185)
10. En el artículo 2 de este decreto, se define: «Donante fallecido. Es aquel que ha fallecido bien sea por muerte encefálica o por cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias y a quien se le pretende extraer componentes anatómicos con fines de trasplantes o implantes» (Ministerio de la protección social, 2004) esta descripción sobre el significado de donante fallecido muestra, de manera tangencial, que la muerte está reconocida y definida a partir de esos dos criterios en la reglamentación sobre donación de órganos en Colombia.
11. Como hemos mencionado antes, se reconoce la pérdida de la capacidad de actuar por medio de la razón (agencia) como un elemento distintivo de la muerte humana (DeGrazia, 2021, pág. 1).
12. «La OMS se fundó en 1948 para promover la salud y aliviar la carga de enfermedades en todo el mundo» (OMS, 2023)
13. Esta Sentencia surge en respuesta a la negativa de la aseguradora de permitir el acceso al procedimiento de eutanasia de una mujer de 20 años con enfermedad oncológica avanzada (Corte Constitucional, 2014)
14. Aceptar esta interpretación se prestaría a confundir el concepto de derecho a la muerte digna con eutanasia, que, como más adelante discutiremos, sería una equivocación conceptual.
15. Afirmando todas las personas teniendo en cuenta que, al ser este un derecho fundamental, implicaría que ha de ser garantizado para todos los individuos humanos.
16. En mi práctica médica, los pacientes no desean la muerte a menos que estén ante un sufrimiento intenso e insostenible que los lleve a ello; lo más frecuente que he visto ha sido que las personas quieran evitar cualquier contacto o diálogo sobre su propia muerte.
17. es decir, qué las personas deseamos (y por consiguiente admitiríamos) un acompañamiento a la muerte asistida por atención médica y consuelo humano.
18. Tesis central en este escrito que iremos construyendo a lo largo del texto y se analiza de una manera más amplia en el último capítulo.
19. La Resolución 229 de 2020 corresponde a los «Lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el sistema general de seguridad social en salud».
20. Tradicionalmente se utilizaba como sinónimo de eutanasia: muerte digna, esto se ha prestado a una serie de confusiones de los términos.
21. La etimología proviene del griego dikaios y del latín dignus que significan: «igual», «del mismo precio», «del mismo valor que tal cosa», y de allí recíprocamente de «justo» y «merecedor de» (Tealdi, 2008, pág. 275)
22. Escribe el Discurso sobre la dignidad del hombre en 1486 en el que alude a la libertad del hombre para actuar al libre albedrío «¡Oh suma libertad de Dios padre, oh suma y admirable suerte del hombre al cual le ha sido concedido obtener lo que desee, ser lo que quiera!» (Pico Della Mirandola, (1486), 2003, pág. 6) «Todas las cosas tienen una naturaleza fija y limitada pero el hombre con libre elección y dignidad pueden llegar a serlo todo» (Tealdi, 2008, pág. 275)
23. Y por contigüidad, podemos concluir que serían centrales en las constituciones de los países que se acogen a estos, como es el caso de Colombia. Dice la Constitución Política de Colombia de 1991 en el artículo 1: «Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana ...» (pág. 1)
24. En el preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos se afirma que: «... la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana» (ONU, 1948, pág. 1) y el artículo 1 reconoce que «Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comprometerse fraternalmente los unos con los otros» (ONU, 1948, pág. 2)
25. Martha Nussbaum elabora el concepto de igualdad de dignidad humana en su libro Emociones Políticas: ¿por qué el amor es importante para la justicia? A partir de la noción de «valía intrínseca en todas las personas y el hecho de que estas deben ser objeto de igual respeto sin excepción» (Nussbaum M., 2014, págs. 148-149)
26. Como se propone en el Leviatán, Hobbes
27. Beauchamp y Childress (B&CH), autores que propusieron el principio como método de análisis bioético, reconocen como agente moral aquel que cumpla con dos condiciones: la primera poder realizar juicios de valor (el bien y el mal) sobre sus acciones y la segunda tener motivaciones que puedan ser susceptibles a ser valoradas moralmente. (Beauchamp & Childress, 2013, pág. 74)
28. Esta moralidad común es definida como una serie de normas universales compartidas por todas las personas comprometidas con la moralidad común basándose en unos estándares morales (reglas de obligatorio cumplimiento) tales como: 1. No matar; 2. No causar dolor o sufrimiento a otros; 3. Prevenir que ocurra el mal o daño; 4. Rescatar a las personas del peligro; 5. Decir la verdad; 6. Cuidar al joven y vulnerable; 7. Mantener las promesas; 8. No robar; 9. No castigar al inocente; 10. Obedecer leyes justas; así como virtudes, que consideran moralmente vinculantes como:

no maleficencia; 2. Honestidad; 3. Integridad; 4. Conciencia; 5. Confianza; 6. Fidelidad; 7. Gratitud; 8. Decir la verdad; 9. Generosidad; 10. Amabilidad (Beauchamp & Childress, 2013, págs. 1-3)

29. Argumentos que desarrollan en la introducción de su séptima edición del libro: *Principles of Biomedical Ethics* (Beauchamp & Childress, 2013, pág. 101)

30. "Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida" «Artículo 1: Esta ley reglamenta el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en cuidados paliativos... manifiesta el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente»

31. Definido como la angustia y dolor que experimenta una persona al no poder actuar de manera consecuente con lo que considera éticamente correcto (Arnaez, y otros, 2017).

32. Los cuidados paliativos son una especialidad médica que busca asistir el sufrimiento y los síntomas derivados de una enfermedad grave o potencialmente mortal, con la finalidad de brindar calidad de vida. Según NIH los define como: «Atención que se brinda para mejorar la calidad de vida y ayudar a aliviar el dolor de las personas que tienen una enfermedad grave o potencialmente mortal» (NIH, 2023)

33. Como hemos mencionado antes, El Dr. Frankl (1984) anotaba en su libro: *El hombre Doliente*, la necesidad que tiene la medicina de nutrirse de las humanidades, específicamente la filosofía. Decía: "al médico se le plantean hoy algunas cuestiones que no son de naturaleza médica sino filosófica, y para la que apenas está preparado" (pág. 26).

34. En palabras de la autora «La filosofía entendida con criterios médicos se ocupa tanto de creencias como de emociones o pasiones» (Nussbaum M., *La terapia del deseo*, 2021, pág. 62).

35. Principalmente a la vulnerabilidad a la muerte y al daño.

36. Relaciona las emociones al ámbito social en las experiencias humanas, elemento central en esta investigación.

37. «La idea de una filosofía práctica y compasiva- es decir una filosofía al servicio de los seres humanos, destinada a satisfacer sus necesidades más profundas, hacer frente a sus perplejidades más urgentes y llevarlos de la infelicidad a un cierto estado de florecimiento- [...] Veían al filósofo como un médico compasivo cuyas artes podían curar muchos y abundantes tipos de sufrimientos humanos» (Nussbaum M., *La terapia del deseo*, 2021, pág. 20).

38. Es importante aclarar que, si bien la autora habla de experiencias humanas, reconoce que las emociones pueden manifestarse en seres no humanos.

39. Nussbaum reconoce que también existen emociones sin que estén asociadas a una sensación específica, sin embargo, las emociones al poder ser evaluativas, pueden calificarse como positivas (¿deseables?) en la medida que están asociadas con sensaciones gratas, y negativas cuando se asocian al dolor.

40. Las emociones tienen objeto y razonabilidad o creencias valorativas sobre ese objeto, cualidades que no tienen el apetito y los estados de ánimo sin razón aparente; el apetito carece de creencia y los estados de ánimo de objeto.

41. Por esta razón, para Nussbaum «la idea de las emociones como fuerzas ciegas es en última instancia inadecuada, pese a que, intuitivamente, nos parezca a primera vista acertada» (Nussbaum M., 2004, pág. 39).

42. Nussbaum diferencia entre la razonabilidad y la verdad, en la medida que lo razonable es independiente de la verdad (Nussbaum M., *El ocultamiento de lo humano*, 2004, pág. 25)

43. Ver nota de pie de página 3 en el capítulo 1.

44. Es decir, aquellas que propenden al dolor (Nussbaum M., 2004, pág. 19)

45. La autora la denomina este pensamiento como pensamiento de similitud de posibilidades, sin embargo, teniendo en cuenta que la propuesta está relacionada con la eudaimonía agregue al nombre esta consideración

46. Este escrito se basa en el capítulo 6 del texto de Martha Nussbaum: *Emociones políticas ¿por qué el amor es importante para la justicia?* En este, la autora habla sobre la compasión, la define, explica sus elementos cognitivos, su función social. Este apartado se centrará entonces en esas reflexiones de la autora sobre la compasión (Nussbaum M., 2014, págs. 169-196)

47. En este texto la autora hace un estudio de autores helenísticos (Epicuro, Séneca y Lucrecio) para rescatar la idea que la filosofía es una disciplina al alcance de todos capaz de mejorar vida acosada por una serie de cuestiones humanas, que nos interpelan para vivir en comunidad.

48. Este argumento fue controvertido por Paul Ricoeur en su obra: *Vivo hasta la muerte*, en la que, contando su experiencia del final de su propia vida, expone las dificultades que supone la idea de no temer a la muerte, argumentando que el temor es construido por medio de los imaginarios alrededor de la agonía y no como parte de un razonamiento lógico. «Mi batalla es con y contra esa imagen del muerto de mañana, ese muerto que seré para los sobrevivientes» (Ricoeur, 2008, pág. 35)

49. La irracionalidad del temor a la muerte y la estructura temporal de la naturaleza la cual da un mayor valor a la vida, además de la imposibilidad de convivir si solo hay nacimientos y no fallecimientos.

50. El autor habla de un proceso diagnóstico para establecer cuando un paciente tiene temor a la muerte, expone cuatro argumentos: el primero cambios en el comportamiento (como son la sumisión a autoridades y creencias religiosas, el no poder tener un goce y disfrute de los placeres de la vida, y finalmente las conductas destructivas tanto consigo mismo, como para con los demás), un estado subjetivo de temor no consciente, la descripción de casos de confesión ante el miedo a morir u otros temores, y por último la persona sana que no soporta la carga de morir algún día.

51. Se viven de esa manera, pues es bien sabido que todas las culturas humanas tienen narrativas de ella, la piensan, la viven y acompañan a sus moribundos de diferentes maneras.

52. Recordemos que Epicuro hacía referencia a la salud del cuerpo e imper-turbalización del alma como elementos necesarios para alcanzar la felicidad.

53. Diferente a los actos de piedad y conmiseración de los que Ricoeur menciona como figuras de deploración. «¿Compasión, ha dicho ud? Sí, pero sin duda hay que entender una vez más el sufrir- con significado por la palabra. No es un gemir-con, como podría ser la piedad o conmiseración, figuras de deploración; es un luchar-con, un acompañamiento...» (2008, p.41).

