

ARTÍCULO DE REVISIÓN



Adecuación del esfuerzo terapéutico: aspectos éticos y legales relacionados con su práctica

Adequate therapeutic effort: ethic and legal aspects related with its practice

Gilberto Lázaro Betancourt Reyes¹, Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt²

Resumen

Objetivo: llevar a cabo un análisis teórico de la adecuación del esfuerzo terapéutico como una buena práctica clínica en el contexto social cubano.

Desarrollo: se realiza una revisión de algunos de los documentos rectores de carácter nacional e internacional relacionados con el tema de la adecuación del esfuerzo terapéutico, a partir de las reflexiones de los propios autores del trabajo y teniendo en cuenta las disposiciones bioéticas actuales, así como las normas jurídicas existentes en el país relacionadas con la temática, al reconocer que Cuba es considerada como uno de los países precursores de la bioética en el mundo.

Conclusiones: la adecuación del esfuerzo terapéutico es un procedimiento que forma parte del acto médico, de la buena práctica médica diaria, éticamente correcta y aceptable.

Palabras clave: Adecuación del esfuerzo terapéutico; Principios éticos; Muerte digna; Distanasia

Abstract

Objective: to carry out a theoretic analysis of the adequate therapeutic effort as a good clinical practice in the Cuban social context.

Content: It is carried out a revision of some of the both national and international rector documents related with the topic adequate therapeutic effort, starting from the reflections of the own authors of this research and keeping in mind current bioethical dispositions, as well as the juridical norms existent in the country related with the thematic one, because of Cuba is considered as a precursory country of the Biomedical Ethics worldwide.

Conclusions: the adequate therapeutic effort is a procedure which is part of the medical activity and a good medical practice daily, correct and permitted ethically.

Key words: Adequate therapeutic effort; Ethical principles; Worthy death; Distanasia

Correspondencia: Gilberto L Betancourt Reyes. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech" Email: bbgilbert.cmw@infomed.sld.cu

Introducción

La adecuación del esfuerzo terapéutico como buena práctica clínica significa

aplicar medidas terapéuticas adecuadas y proporcionales a la situación real del enfermo, al estadio evolutivo de su enfermedad, se evita tanto la obstinación terapéutica como el abandono, por un lado, o el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida, por otro.^{1,2}

Solo se limitan el uso de aquellas medidas de soporte vital consideradas como heroicas, extraordinarias, desproporcionadas o no adecuadas, capaces solo de prolongar el proceso de la muerte en aquellos enfermos que irremediablemente han de morir; manteniéndose en cambio aquellas medidas terapéuticas y cuidados básicos necesarios, evaluados como ordinarios, proporcionados y adecuados a la situación del paciente; se trata de adecuar el esfuerzo terapéutico a las condiciones actuales del enfermo.³

Se define tratamiento desproporcionado o medios desproporcionados como aquellas medidas que no son adecuadas a la situación clínica real del enfermo, por no ser proporcionales a los resultados que se podrían esperar. Es aquel tratamiento que no mantiene un balance adecuado de costos-cargas/beneficios en función de los objetivos perseguidos; no ofrecería un beneficio relevante al paciente y produciría un gran daño o carga al paciente, su familia o a la sociedad. Lo contrario es un tratamiento proporcionado.⁴

La decisión de no iniciar determinadas medidas de soporte vital, se refiere a la toma de decisiones de no emplear determinados procedimientos o tera-

péuticas específicas en un paciente. Por supuesto, que no se trata de la omisión deliberada de un cuidado debido y necesario para la curación o supervivencia del enfermo, sino de no comenzar un tratamiento cuando carezca de sentido y buen juicio clínico según los criterios médicos actualizados.

A través del derecho médico se regula la conducta científica y profesional. En el actuar médico se asume no solo una elevada responsabilidad moral y social, sino también una insoslayable responsabilidad jurídica de gran trascendencia en el campo del derecho penal y también del derecho civil; por tanto se deben tomar en cuenta las normas jurídicas, los principios éticos y el respeto a la dignidad del ser humano.⁵

En el ámbito nacional e internacional, llama la atención que el tema de la adecuación del esfuerzo terapéutico ha ido ganando terreno en la última década, como resultado del reclamo social creciente a nivel mundial para unificar criterios y pactar recomendaciones en relación con la toma de decisiones, con vistas a lograr una mejor atención de los pacientes que irremediablemente van a fallecer.

La presente investigación tiene como objetivo fundamental llevar a cabo un análisis teórico de la adecuación del esfuerzo terapéutico, a partir de las reflexiones de los propios autores del trabajo y teniendo en cuenta las disposiciones bioéticas actuales, así como las normas jurídicas existentes en los países relacionados con la temática.

Desarrollo

En Cuba, la organización de la salud pública y la prestación de sus servicios, los realiza el Estado a través del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y otras instituciones, conforme lo estable-

ce el artículo 2 de la Ley No. 41 o Ley de la Salud Pública.⁶

El Sistema de Salud en Cuba está organizado de tal forma, que en cada de las provincias del país existen

niveles de atención al paciente grave, que garantizan el traslado inmediato a través del Sistema Integrado de Urgencia Médica (SIUM), la recepción hospitalaria en las unidades de cuidados intensivos emergentes (UCIE), hasta las unidades de cuidados intensivos (UCI), que aseguran los cuidados progresivos del enfermo grave o en situación crítica.⁷

No existe hasta el momento actual nada legislado sobre la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico en el Sistema de Salud en Cuba. No existen, por tanto, normas de regulación jurídica de obligatorio cumplimiento con relación al tema que establezcan los límites en la actuación terapéutica de los facultativos, salvo en lo que concierne a la muerte encefálica.

En Cuba el planteamiento del diagnóstico de muerte encefálica tiene su fundamentación inicial en el Decreto No. 139 del año 1988, que es el Reglamento de la Ley de la Salud Pública⁸ y más tarde en la Resolución No. 90 de Salud Pública, publicada en la edición ordinaria del 21 de septiembre de 2001 en la Gaceta Oficial de la República de Cuba, que definitivamente da respuesta al Código Civil actual para la determinación y certificación de la muerte en Cuba.⁹

El Estado a través de leyes y normas protege los derechos individuales de los ciudadanos, como son el derecho a la vida y a la salud, conforme a lo establecido en el artículo 49 de la Constitución de la República de Cuba.¹⁰ La Ley de la Salud Pública o Ley No. 41, aprobada el 13 de julio de 1983, en su artículo 4 dispone que la organización de la Salud Pública y la prestación de servicios que a ella corresponde en la sociedad, se basan entre otros, en "la aplicación

adecuada de los adelantos de la ciencia y de la técnica médicas mundiales".⁶

El empleo inadecuado de la tecnología permite, a veces, prolongar la vida del paciente durante un período de tiempo variable, pero en ocasiones lo que realmente se prolonga es el proceso de morir, con un coste muy elevado en términos de sufrimiento para el paciente, emocional para su familia, para el personal que lo atiende y de recursos para la sociedad.^{11, 12}

Esta situación ha recibido el expresivo nombre de distanasia, ensañamiento o empecinamiento terapéutico, el cual es sinónimo de indignidad humana.

Distanasia del griego *dis*, que significa mal o algo mal hecho, y *thanatos*, que significa muerte, es etimológicamente lo contrario de la eutanasia; es decir, retrasar el advenimiento de la muerte todo lo posible, mediante medios desproporcionados, aunque no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que ya padece.¹³

Los autores son del criterio que los pacientes tienen derecho a una muerte digna, con tranquilidad y no a una muerte deshumanizada; así además lo establece la declaración sobre enfermedad terminal adoptada por la Asociación Médica Mundial, en su 35ª Asamblea Médica Mundial, celebrada en Venecia, Italia, octubre 1983 y revisada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006.¹⁴

La práctica médica desde sus orígenes, ha estado regida por principios y requisitos ético-morales. La adecuación del esfuerzo terapéutico, en el contexto sociocultural cubano, se sustenta sobre los sólidos principios nucleares de la

eticidad, así como en los valores y derechos humanos que se derivan de estos principios éticos. Para ello, la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico parte de los básicos principios éticos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, de un valor incalculable en la discusión ético-clínica, descritos por Beauchamp y Childress en su obra titulada *Principles of Biomedical Ethics*.¹⁵

El ejercicio de las profesiones de la salud tradicionalmente ha estado regido por los principios sagrados de hacer el bien y no el mal. Desde el principio de la beneficencia, lo principal es el bien del paciente. Este principio incluye la no maleficencia, el médico no puede indicar procedimientos que sean claramente maleficentes, es decir, que estén claramente contraindicados, produzcan daño o sencillamente porque es fútil, no reporten ninguna utilidad o beneficio para el enfermo, ni siquiera con el consentimiento del paciente. El médico tiene la obligación moral de prescribir los medios indicados (con el consentimiento del paciente) y no los contraindicados.⁵

Un tratamiento es fútil cuando no consigue el objetivo fisiológico deseado. Es aquel acto médico, cuya aplicación a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado.^{16,17} La decisión de limitar alguna medida de soporte vital, basada en el criterio de futilidad, debe ser analizada, discutida y colegiada en conjunto por el equipo de salud para evitar las decisiones unipersonales.

Los objetivos del tratamiento médico son los de promover una mejoría en el estado de salud del paciente, curar la enfermedad, aliviar el sufrimiento. La justificación de cualquier tratamiento médico deriva de los beneficios que se espera se produzcan con su aplicación. Cuando ya no es razonable esperar que este beneficio se logre, el tratamiento pierde su justificación.

La asignación de recursos tecnológicos, bien sean de diagnóstico o terapéuticos en clínica, en ocasiones crea una nueva y difícil situación, sobre todo cuando estos recursos son escasos y sus beneficios requieren ser prodigados a quienes los necesitan realmente. A esto se le llama justicia en los conceptos bioéticos. Administrar recursos ilimitados o incontrolados a pacientes irrecuperables, sin tener en cuenta el principio de justicia, el cual exige que la distribución de los recursos sanitarios sea equitativa; puede excluir, y sin duda lo hace, a otros más necesitados, con lo que se viola dicho principio.¹⁸

Teniendo en cuenta los principios de autonomía y de beneficencia, desde el punto de vista moral, en el ámbito del paciente competente, un tratamiento no debe administrarse sin el consentimiento informado y voluntario del paciente. Todos los pacientes tienen el derecho de ser informados acerca de su situación, sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que vayan a ser sometidos, con el fin de que ellos mismos den su consentimiento para que estos se lleven a cabo, en conformidad con lo que establecen los artículos 18 y 19 de la ley número 41 o Ley de la Salud Pública en Cuba, publicada en la Gaceta Oficial de la República de Cuba.⁶ Es inaceptable entonces que un paciente con autonomía conservada,

capaz de efectuar elecciones informadas sea excluido del proceso de la toma de decisión, pues con ello se viola el principio de la autonomía y se permitiría a terceros influir sobre la decisión de los cuidados al final de la vida. La cuestión no es simplemente informar al paciente de su enfermedad, sino hacerlo participar en la elección de las posibles alternativas terapéuticas, en busca de una solución ética para cada situación concreta.

Cuando el paciente no es autónomo, al no ser competente para tomar decisiones debido a su enfermedad como ocurre frecuentemente en Medicina Intensiva, la autonomía la pasará a ejercer en su nombre sus familiares o representante legal, los cuales actuarán según las preferencias del enfermo expresadas cuando era competente, así lo establece el artículo 18 de la Ley No. 41 o Ley de la Salud Pública.⁶

Los pacientes con autonomía conservada son aquellos catalogados como competentes para tomar decisiones respecto a su proceso de salud, al poder garantizar un proceso compartido de toma de decisiones basado en el respeto mutuo; para ello es necesario que los profesionales provean información a los pacientes relacionada con la naturaleza de su dolencia, el tratamiento que se propone, e incluir los riesgos, beneficios, la probabilidad de éxito del tratamiento propuesto, así como posibles alternativas al tratamiento, en busca de un consenso médico-paciente. Toda intervención médica solo podrá llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, así lo reconoce además la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.¹⁹ Es muy cierto que el principio de respeto de la autonomía del

paciente en la mayoría de los casos no se puede aplicar en el servicio de Medicina Intensiva, con frecuencia no se puede obtener el consentimiento informado de los enfermos, al tener que actuar en múltiples ocasiones de forma rápida, como cuando se intuba a un paciente para la ventilación mecánica artificial, se inician las maniobras de reanimación cardiopulmonar y cerebral o se colocan catéteres, sin poder consultar con la familia en muchos casos. Se cumple lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley No. 41 o Ley de la Salud Pública, dado el carácter urgente con que es necesario actuar en aquellos pacientes que peligran la vida.⁶

Los integrantes del equipo de salud deben usar sus conocimientos, experiencias y entrenamientos para determinar el diagnóstico y pronóstico del enfermo, así como las posibles alternativas de tratamiento al considerar los riesgos y beneficios de cada uno, pero nunca deben emplear cualquier medio que no reporte beneficio para el paciente, tal como se recoge en la declaración sobre enfermedad terminal adoptada por la Asociación Médica Mundial en su 35ª Asamblea Médica Mundial, celebrada en Venecia, Italia.¹⁴ La Asociación Médica Mundial también reconoce el derecho del paciente a la autodeterminación, para aceptar o rechazar un tratamiento, después de haber recibido la información correspondiente, tal como lo expresa la declaración sobre los derechos del paciente adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial, celebrada en Lisboa, Portugal, septiembre/octubre 1981.²⁰ Pero no existe obligación de respetar la petición de un tratamiento si el médico lo considera contraindicado o no beneficioso.¹⁴

Desean destacar los autores de esta revisión el auge que ha tomado el consentimiento informado como garantía del respeto a la autonomía, de los pacientes involucrados en investigaciones científicas o que reciben atención médica.^{21, 22}

Muy vinculado con los principios anteriores, la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico se sustenta también en el principio de la solidaridad humana, consustancial a todo hombre verdaderamente humanizado.

Este principio normativo exige que se preste asistencia y se proteja de sufrimiento al prójimo, aun cuando existan profundas diferencias ideológicas o religiosas entre individuos, se insta a amar al prójimo como a sí mismo. Se trata de enfocar la muerte desde una perspectiva responsable y solidaria.^{23, 24}

En el principio del respeto a la dignidad humana; dignidad es la exigencia del debido respeto a la persona como ser humano, que más que un derecho es un principio moral, está dada como un bien universal de las personas. El valor de una vida humana está en su propia existencia. Su dignidad va inseparablemente unida a su naturaleza humana.²⁵

Los pacientes en estado terminal de su enfermedad conservan su dignidad, sin importar el tiempo que duren y cualesquiera que sean las circunstancias.²⁶ El humanismo estrechamente relacionado con la ética y la espiritualidad, permite mejorar las relaciones médico-paciente-familiar y cumplir adecuadamente la misión encomendada a los integrantes del equipo de salud como profesionales de la medicina cubana.^{27, 28}

El Comité de Expertos reconoce que en el país existe una larga y rica tradición académica en el campo de la salud y, también, una ética médica asentada

sobre las sólidas bases del pensamiento médico cubano, enriquecida con los valores, cultura, tradiciones y costumbres de la sociedad actual.^{29, 30}

La adecuación del esfuerzo terapéutico se fundamenta también en otros principios como el principio de la cientificidad, al ajustarse al conocimiento actual de la medicina moderna y fundarse en la medicina basada en la evidencia; en el principio del trabajo interdisciplinario en equipo, dado que las decisiones son tomadas en el colectivo y no de manera unipersonal, característico del trabajo en las unidades de atención al paciente grave y de reconocido valor ético;³¹ en una adecuada relación médico-paciente-familiar como piedra angular de la medicina, pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica, esta interacción es aún el núcleo de la medicina;³² y por último en principios básicos como son los de atención integral, dinámica, individualizada y continuada,³³ con especial atención a las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de los enfermos y sus familiares.³⁴

La decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico, debe ser tomada en conjunto por el equipo de salud, requiriendo de un consenso médico-paciente-familiar, que le permitan tener una muerte digna y tranquila a aquellos pacientes que han de fallecer. Se recomienda un marco de toma de decisiones compartida, basada en el respeto mutuo de todas las personas involucradas en el proceso de toma de decisiones.

Los principales valores éticos que subyacen a la toma de decisiones compartida se resumen en el intento de hacer confluir la promoción del bienes-

tar del paciente y el respeto a su autonomía moral. En estos casos la relación médico-paciente debe extenderse a la relación médico-paciente-familia, donde el proceso de la valoración constituye la base fundamental de la misma.

Los autores consideran que el marco teórico conceptual-referencial que sirve de base a la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico, llevada a cabo por los profesionales de la Medicina Intensiva y de Emergencia, radica en todos estos principios y valores éticos ya mencionados, los cuales se concatenan e integran a los plenos derechos humanos.

La literatura revisada recoge la actitud en determinados países de acelerar el proceso de muerte además de adecuar el esfuerzo terapéutico, como ocurre en algunos países de Europa.³⁵ En Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Suiza está aprobada la eutanasia.³⁶ Bélgica además aprueba la eutanasia infantil.³⁷ En los estados de Oregón, Montana y Washington de Estados Unidos, se pone en práctica el suicidio asistido por un médico.³⁸ La Asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD) incluye el rechazo a ciertos tratamientos y la petición de eutanasia en determinados supuestos, condicionada a su legalidad.³⁹ Cuba, en el Simposio Internacional de "Coma y Muerte" celebrado en el año 2008, reafirma su posición en contra de la eutanasia.⁴⁰

La Asociación Médica Mundial en su 44ª Asamblea Médica Mundial sobre el suicidio ayudado por el médico celebrada en Marbella, España en septiembre de 1992, declara que el suicidio con ayuda médica, como la eutanasia, no son éticos y deben ser condenados por el gremio médico. Sin embargo, reconoce el derecho básico de los pacientes

a rechazar el tratamiento, y el médico no actúa en forma no ética aún si, al respetar ese deseo, resultara de ello la muerte del enfermo.⁴¹

Constituye, pues, una responsabilidad de los profesionales de la salud, ofrecer otras alternativas que ayuden a mitigar estas difíciles situaciones. Se crea así una nueva atmósfera en torno al morir, donde las decisiones prudentes se encuentran en el justo medio, equidistante de dos prácticas opuestas como la eutanasia y la distanasia, que para este caso será la adecuación oportuna y sólidamente justificada de aquellos tratamientos de soporte vital que se consideran extraordinarios, desproporcionados y por tanto no adecuados para cada caso en particular.

Los autores de la presente revisión destacan la especial relevancia que ha ganado el tema del uso racional de los medicamentos, el cual se ha transformado en una importante estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es también un lineamiento de la política social de Cuba, así como un objetivo de trabajo del Ministerio de Salud Pública.⁴² La aplicación de esta estrategia es una de las acciones para lograr un uso racional de los medicamentos, donde juega un papel importante el Comité Fármaco-terapéutico de los hospitales.

Las Comisiones de Ética Médica (CEM) creadas en cada una de las unidades del Sistema Nacional de Salud, según resoluciones ministeriales dictadas por el Ministro de Salud Pública,⁴³ en la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico, son un elemento clave y fundamental para ayudar a resolver los conflictos éticos que puedan originarse en el proceso de toma de decisiones por el equipo asistencial en la actividad

médica cotidiana. Cuando no ha sido posible llegar a un consenso con el paciente, su familiar o representante legal, ellos constituyen una herramienta muy útil para ayudar a los profesionales de la salud a solucionar aquellas situaciones complejas o de dudas por parte de los miembros del equipo implicado, lo que sirve de ayuda a los profesionales para tomar determinaciones moralmente adecuadas. La implantación de Comisiones de Ética Médica, con carácter meramente consultivo, coadyuva a que todos los elementos involucrados participen en las decisiones.

Los autores consideran que la adecuación del esfuerzo terapéutico, puede aplicarse en cualquiera de los niveles de atención de salud y debe ser encuadrada en el principio, correctamente técnico y moralmente ético, de la proporcionalidad de las acciones médicas, para evitar la obstinación terapéutica o distanasia como forma de iatrogenia y el tratamiento infructuoso en los pacientes terminales que irremediablemente han de morir. Siempre en correspondencia con los principios que rigen la ética médica, en conformidad con lo establecido en el artículo 69 del Decreto No. 139 que parece en la Gaceta Oficial de la República de Cuba.⁴⁴

Si bien es cierto que la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico en el contexto cubano permite lograr el uso racional y la más adecuada utilización de los recursos materiales disponibles, así como de los medios destinados a la atención de los pacientes, la escasez de recursos económicos en el país no debe bastar por sí solo para fundamentar las decisiones de la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Sin considerar para nada anti-ético la intrusión de los aspectos económicos en la práctica médica, los autores son del criterio que la adecuación del esfuerzo terapéutico como decisión individual no se fundamenta ni tiene que ver con la disminución de los costos y gastos en el sistema nacional de salud, sino con los principios y valores éticos que rigen la práctica médica de los profesionales y técnicos de la salud en Cuba,^{43, 45} por sus demostradas convicciones profundamente humanísticas, plasmadas en el Código Internacional de Ética Médica⁴⁶ y el Código de Ética de la Medicina Cubana,⁴⁷ en demostración del respeto a la dignidad, decoro e integridad de todos los pacientes y sus familiares, los cuales han sido abordados en este artículo.

Conclusiones

La adecuación del esfuerzo terapéutico es un procedimiento que forma parte del acto médico, de la buena práctica médica diaria, éticamente correcta y aceptable, completamente justificada

dentro del marco de la bioética y de las normas jurídicas vigentes. Como buena práctica clínica, no es una decisión opcional, sino una obligación moral de los profesionales.

Referencias bibliográficas

1. Zeppelin M. ¿Limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico? Revista Altus [Internet]. Jun. 2015 [citado 4 Sep. 2016]; (10). Disponible en: <http://bioetica.uft.cl/index.php/revist>

[a-altus/item/limitacion-o-adequacion-del-esfuerzo-terapeutico](http://www.altus.com/item/limitacion-o-adequacion-del-esfuerzo-terapeutico).

2. Solís García Del Pozo J, Gómez Pérez I. El límite del esfuerzo terapéutico en las publicaciones médicas

- españolas. Cuad Bioét. [Internet]. Sep.-dic. 2012 [citado 21 Ago. 2016]; 23(3):641-656. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/875/87525473005.pdf>.
3. Ara Callizo JR. Adecuación del esfuerzo terapéutico en los pacientes con alteraciones crónicas de la conciencia. EIDON. [Internet]. Dic. 2013 [citado 22 Ago. 2016]; (40):25-38. Disponible en:
<http://revistaeidon.es/index.php/file/getfile/1387468060.eff215fe487a8c2140ee3dcd22a20656.pdf/Adecuacion%20del%20esfuerzo%20terap%C3%A9utico%20en%20los%20pacientes%20con%20alteraciones%20cronicas%20de%20la%20conciencia%20Dr.%20Ara.pdf>
 4. Herreros B, Palacios G, Pachó E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Revista clínica española [Internet]. Ago. 2012 [citado 26 Ago. 2016]; 212(3):134-140. Disponible en:
<http://www.revclinesp.es/es/limitacion-del-esfuerzo-terapeutico/articulo/S0014256511003122/>.
 5. Vila Morales D. Teoría del derecho médico [Internet]. La Habana: Ecimed; [Internet]. 2012 [citado 29 Ago. 2016]. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/libros/teoria_derecho_medico/cap11.pdf.
 6. Asamblea Nacional del Poder Popular. Ley de la salud pública. Ley No. 41. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Edición Ordinaria. 15 Ago. 1983; Año LXXXI (61):1-10.
 7. EcuRed [Internet]. La Habana: Enciclopedia colaborativa en la red cubana; c2014 [Actualizado 23 Jun. 2011; citado 28 Ago. 2016]. Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM). Disponible en:
http://www.ecured.cu/index.php/Sistema_Integrado_de_Urgencias_M%C3%A9dicas_%28SIUM%29
 8. Consejo de Ministros. Decreto No. 139. Reglamento de la Ley de la Salud Pública. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Edición Ordinaria. 22 Feb. 1988; Año LXXXVI (12): 11-26
 9. Ministerio de Salud Pública. Resolución No. 90/2001 de Salud Pública. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Edición Ordinaria. 21 Sep. 2001. La Habana: Ministerio de Justicia; 2001.
 10. Asamblea Nacional del Poder Popular. Constitución de la República de Cuba: Ley No. 59. Código civil. La Habana: Ministerio de Justicia; 2004.
 11. Saravia Bartral MM. ¿Están siendo bien utilizadas las Unidades de Cuidados Intensivos? Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. [Internet]. 2013. [citado 25 Ago. 2016]. 1:46-47. Disponible en:
<http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/download/.../127>
 12. Hernández-Tejedor A, Martín Delgado M, Cabré Pericas L, Algorta Weber A. Limitación del tratamiento de soporte vital en pacientes con ingreso prolongado en UCI. Situación actual en España a la vista del Estudio EPIPUSE. Medicina intensiva [Internet]. 2014 [citado 6 Sep. 2016]. 30(20). Disponible en:
<https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0210569114001521?scrollTo=%231-s2.0-S0210569114001521-gr2>
 13. Restrepo BD, Cossio C, Ochoa FL, Jaramillo JC, Bedoya J, Duque D,

- Ospina S. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en personal de salud de un hospital universitario. *Pers.bioét.* [Internet]. 2013. [citado 25 Ago. 2016]; 17(2):216-226. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/revista_revista_abril_2014.pdf
14. Declaración sobre enfermedad terminal. Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983, y revisada por la Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006. *CuadBioét* [Internet]. May.-ago. 2010 [citado 24 Ago. 2016]; XXI (72). Disponible en: <http://aebioetica.org/archivos/07-BIOETICA-72.pdf>.
 15. Masters Barry R. Principles of Biomedical Ethics. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* [Internet]. May. 2014 [citado 2 Sep. 2016]; 252(9):1523-1524. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00417-014-2676-5>.
 16. Barilan YM. Rethinking the withholding/withdrawing distinction: the cultural construction of "life-support" and the framing of end-of-life decisions. *Multidiscip Respir Med* [Internet]. Marz. 2015 [citado 2 Sep. 2016]; 10(1). Disponible en: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25949813>.
 17. Sarmiento-Medina MI, Vargas-Cruz SL, Velásquez-Jiménez CM, Sierra de Jaramillo M. Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. *Revista de Salud Pública* [Internet]. Ene.-feb. 2012 [citado 25 Ago. 2016]; 14(1). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000100010&nrm=iso.
 18. Uriarte Méndez AE, Vila Díaz J, Pomares Pérez Y, Prieto Apesteguía A, Capote Padrón J. La familia y la limitación del esfuerzo terapéutico en los cuidados intensivos pediátricos. Aspectos éticos. *Revista Medisur* [Internet]. Feb. 2014 [citado 22 Ago. 2016]; 12 (1). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2457>
 19. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos [Internet]. Ginebra: UNESCO; 2005 [citado 24 Ago. 2016]. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
 20. Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente. [Internet]. Francia: Asociación médica mundial; 2015 [citado 14 nov 2015]. Disponible en: [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/l4/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/l4/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage]).
 21. Cañete R, Guilhem D, Brito K. Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta bioethica* [Internet]. Jun. 2012 [citado 26 Ago. 2016]; 18(1):121-127. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2012000100011&nrm=iso.
 22. Figueroa GR. Consentimiento informado en la nueva ley de derechos de los pacientes. *Revista médica de Chile* [Internet]. Oct. 2012 [citado 25 Ago. 2016]; 140(10):1347-1351. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

- [98872012001000017&nrm=iso.](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4350225.pdf)
23. Arango R. Solidaridad, democracia y derechos Revista de estudios sociales [Internet]. Ago. 2013 [citado 26 Ago. 2016]; (46):43-53. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4350225.pdf>.
 24. Martínez Gómez JA. La bioética y los enfoques del final de la vida. Rev. Cub. Salud Pública. [Internet]. Dic. 2010 [citado 28 Ago. 2016]; 36(4). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_36_04_10/spu10410.htm
 25. Reyes Guerrero JA; Cantú G. ¿Los médicos cuentan con herramientas suficientes para dar la orden de "no reanimar"? Aspectos bioéticos en la atención del paciente terminal. Rev Esp Méd Quir [Internet]. Abr.-jun. 2013 [citado 28 Ago. 2016]; 18(2):114-122. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdf/s/quirurgicas/rmq-2013/rmq132g.pdf>.
 26. Merchán-Espitia ME. Problemas bioéticos de las familias que tienen paciente con enfermedad terminal. Persona y Bioética. [Internet]. 2012 [citado 26 Ago. 2016]; 16(1):43-57. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83224038005>
 27. Hernández Rosales MJ. El humanismo y la relación médico-paciente. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. Jul.-sep. 2013 [citado 6 Sep. 2016]; 42(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000300001&nrm=iso.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000300001&nrm=iso)
 28. Silva AMD, SáMdc, Miranda L. Concepções de sujeito e autonomia humanização emsaúde: umarevisão bibliográfica das experiências naassistência hospitalar. Saúde e Sociedade [Internet]. Jul.-sep. 2013 [citado 6 Sep. 2016]; 22(3). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000300017&nrm=iso.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000300017&nrm=iso)
 29. Hodelín Tablada R. Bioética anglosajona en su 40 aniversario: el traspaso hacia América Latina y su llegada a Cuba. MEDISAN [Internet]. Nov. 2011 [citado 25 Ago. 2016]; 15(11). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100020&nrm=iso.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100020&nrm=iso)
 30. Espinosa Brito AD. La clínica y la medicina interna. Presente, pasado y futuro [Internet]. La Habana: Ecimed; 2011 [citado 26 Ago. 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/clinica_medicina_interna/cap19.pdf
 31. Vieira Galán O. Reflexión ética sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. España: Universidad Pública de Navarra; [Internet]. 2014 [citado 22 Ago. 2014]; Disponible en: <http://academica.e.unavarra.es/handle/2454/11321>
 32. Antúnez Baró AO, Torres González A. La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. Medi Ciego. [Internet]. 2014 [citado 26 Jul. 2016]; 20(1). Disponible en: [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=95654453&lang=es&site=ehost-live.](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=95654453&lang=es&site=ehost-live)
 33. Espinosa Brito A. Particularidades del enfermo grave. En: Caballero López A. Terapia Intensiva. T. 1. 2.ed. La Habana: Ecimed; 2006. p. 11-18.
 34. Peñate Gaspar A, Martínez Martín MI. Atención al paciente grave desde una

- perspectiva psicológica. En: Caballero López A. Terapia Intensiva. T. 1. 2. ed. La Habana: Ecimed; 2006. p. 72-76.
35. Lorda PS, Barrio Cantalejo IM. La eutanasia en Bélgica. Rev. Esp. Salud Pública. Madrid. [Internet]. 2012 Ene-feb; [citado 5 Sep. 2016]; 86(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272012000100002&script=sci_artt_ext
36. El Mundo. Debate sobre eutanasia y suicidio asistido se reabre en Europa [Internet]. 2013 [citado 28 Jul. 2016] Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/elmundo>
37. Alonso JJ. Bélgica aprueba la eutanasia infantil y en España quien desea morir se las ingenia [Internet]. España; 2013 [Actualizado 4 Dic. 2013; citado 2 Sep. 2016] Disponible en: <http://www.que.es/temas/senado.html>
38. Menon S. Euthanasia: a matter of life or death? Singapore Med J. [Internet]. Marz. 2013 [citado 8 Sep. 2016]; 54(3):116-128. Disponible en: <http://www.sma.org.sg/UploadedImg/files/SMJ/5403/5403lec1.pdf>.
39. Quijada-González C, Tomás y Garrido GM. Testamento vital: conocer y comprender su sentido y significado. Persona y bioética. [Internet]. Jul.-dic. 2014. [citado 27 Ago. 2016]; 18(2):138-152. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/articulo/view/4245>
40. Creagh Peña M. Dilema ético de la eutanasia. Rev. Cub. Salud Pública [Internet]. Ene.-marz. 2012. [citado 22 Jul. 2016]; 38(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662012000100014&script=sci_artt_ext&tlng=pt
41. Declaración de la AMM sobre el suicidio con ayuda médica [Internet]. Francia: Asociación médica mundial; © 2015 [actualizado Abr. 2015; citado 24 Jul. 2016]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publicaciones/10policias/p13/index.html>.
42. Cuba. MINSAP. Formulario Nacional de Medicamentos. 4.ed. La Habana: Ecimed; 2014.
43. Amaro Cano MC. Ética Médica y Bioética [Internet]. La Habana: Ecimed; 2009 [Internet]. [citado 24 Jul. 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/etica_medica_bioetica/etica_medica_completo.pdf.
44. Consejo de Ministros. Decreto No. 139. Reglamento de la Ley de la Salud Pública. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Edición Ordinaria. 22 Feb. 1988; Año LXXXVI (12): 11-26
45. González Llana FM. Instrumentos de evaluación psicológica. Código de Ética. [Internet]. La Habana. Ecimed; 2007 [citado 26 Jul. 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/in-s-eva-psicol/parteI_cap04.pdf.
46. Universidad de Navarra. Código Internacional de Ética Médica [Internet]. España: Asociación Médica Mundial; 2002 [citado 2 Sep. 2016]. Disponible en: http://www.unav.es/cdb/ammlondre_s1.html.
47. Cuba. MINSAP. Principios de la ética médica. La Habana; 1985.

¹Doctor en Medicina. Residente de Primer Año de Medicina Intensiva y Emergencias. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Unidad de Cuidados Intermedios. Carretera Central Oeste Km 4½, Ciudad de Camagüey, Cuba, Código postal 70 700. Email: bbgilbert.cmw@infomed.sld.cu

²Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y de Segundo Grado en Medicina Interna y en Medicina Intensiva y Emergencias, Máster en Urgencias Médicas y en Longevidad Satisfactoria, Profesor Auxiliar. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Unidad de Cuidados Intermedios. Carretera Central Oeste Km 4½, Ciudad de Camagüey, Cuba, Código postal 70 700.

Recibido: 13 de septiembre de 2016

Aprobado: 01 de octubre de 2016

Los autores declaran haber contribuido de manera equitativa en la confección del manuscrito. No conflicto de interés.

Correspondencia: Gilberto Lázaro Betancourt Reyes. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Carretera Central Oeste Km 4½, Ciudad de Camagüey, Cuba, Código postal 70 700. Email: bbgilbert.cmw@infomed.sld.cu
