



Bioética al final de la vida

Bioethics at the end of life

Dra. MSc. Daisy Mesa Trujillo;¹ Dr. Israel García Mesa ²

¹ Especialista de segundo grado en Medicina General Integral. Máster en Asesoramiento genético y Síndromes demenciales. Asistente. Investigador agregado. Policlínico docente Elena Fernández Castro. Pinar del Río. Cuba.

Contacto: (+53 55460309) daisymt@infomed.sld.cu

² Dr. en Medicina, Residente de Bioestadísticas. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana. Cuba.

RESUMEN

Introducción: La bioética envuelve reflexiones sobre actitudes autónomas como la toma de decisiones sin coacción de valores, con base en el ejercicio de la libertad, libre de restricciones, preconceptos y con respeto a las divergencias.

Objetivo: Analizar los aspectos bioéticos de los cuidados al final de la vida.

Método: Se realizó una revisión documental de publicaciones en la base de datos de la BVS; Lilacs; PubMed; Scielo e Ibecs, identificándose 20 artículos relevantes.

Desarrollo: El respeto a la dignidad humana también en los procesos de final de la vida es fundamental para entender la muerte digna como una continuación de una vida digna.

Conclusiones: La atención primaria de salud en Cuba con su programa del médico y enfermera de la familia puede ofrecer una alternativa humanista y éticamente posible a los pacientes en la última etapa de la vida.

Palabras clave: bioética; paciente terminal; cuidados paliativos; ortotanasia; eutanasia; distanasia

ABSTRACT

Introduction: Bioethics involves reflections on autonomous attitudes such as decision-making without coercion of values, based on the exercise of freedom, free of restrictions, preconceptions and with respect for divergences.

Objective: Analyze the bioethical aspects of end-of-life care.

Method: A documentary review of publications in the VHL database was carried out; Lilacs; PubMed; Scielo and Ibecs, identifying 20 relevant articles.

Development: Respect for human dignity also in end-of-life processes is essential to understand dignified death as a continuation of a dignified life.



Conclusions: Primary health care in Cuba with its family doctor and nurse program can offer a humanistic and ethically possible alternative to patients in the last stage of life.

Keywords: bioethics; terminal patient; palliative care; orthothanasia; euthanasia; dysthanasia

INTRODUCCIÓN

La bioética envuelve reflexiones sobre actitudes autónomas como la toma de decisiones sin coacción de valores, con base en el ejercicio de la libertad, libre de restricciones, preconceptos y con respeto a las divergencias. Basándose en cuatro principios a lo largo de la vida cotidiana: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, que buscan establecer contrato social entre la sociedad, los científicos, los profesionales de salud y los gobiernos. En este contexto la Bioética fundamenta el rescate de los derechos civiles, así como el de la calidad de vida. ¹

La introducción del lenguaje de los derechos humanos ha permitido enfatizar en el respeto a la dignidad humana también en los procesos de final de la vida. Es por ello fundamental entender la muerte digna como una continuación de una vida digna. El concepto de dignidad humana se basa en la idea de que todo ser humano, por el hecho de nacer, tiene derecho, entre otros, a la libertad y esto es lo que le confiere dignidad. Justamente, en este derecho innato, es en el que se basa el respeto a la autonomía del paciente, que, junto con otros, forman el marco para la toma de decisiones en situaciones complejas como no iniciar/retirar tratamientos de soporte vital. ²

El surgimiento y auge académico de la bioética permite y facilita la reflexión sobre la importancia de considerar la ciencia y la práctica médica en su aspecto moral y valorativo. Existe una obligación moral de proteger y conservar la vida, pero la vida no es un valor absoluto; nunca ha sido considerado el valor fundamental o el más importante; muchas veces prevalecen sobre ella otros valores de tipo religioso, social, familiar, etc., que en caso de conflicto con otros valores en la asistencia clínica, éstos pueden prevalecer sobre la duración de la vida de una persona. ²

La medicina paliativa es una especialidad médica interdisciplinaria que se enfoca en aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades serias y sus respectivas familias. Estas enfermedades pueden comprender desde aquellas de naturaleza oncológica, pasando por las rápidamente degenerativas (como las autoinmunes y las demencias) e incluyendo padecimientos crónicos avanzados. Sea cual sea la naturaleza de la patología, lo cierto es que generan sufrimiento y dolor sobre quienes las padecen, así como quienes acompañan al paciente en su proceso de enfermedad. La medicina paliativa asiste, entonces, a pacientes que



enfrentan estos procesos y les provee insumos para mejorar su calidad de vida, aliviar su dolor y apoyar a quienes les asisten; en una forma interdisciplinaria e integral. ³

METODOS

Se realizó un estudio de revisión documental exhaustivo y descriptivo donde se abordaron los principales conflictos bioéticos entre paciente con cuidados al final de la vida, los familiares y el equipo de salud. Se recopilaron artículos de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), la base de datos de Lilacs, SciELO, PubMed y el Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (Ibecs); utilizándose términos como: equipo de asistencia al paciente; familia; bioética; asistencia al paciente; cuidados paliativos en el término de la vida y eutanasia. Resultando relevantes 20 artículos completos publicados entre 2016 y 2023.

DESARROLLO

La modernización progresiva de la medicina ha prolongado la esperanza de vida y ha disminuido significativamente la mortalidad. Sin embargo, el aumento de la longevidad ha aumentado la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, lo que se refleja en la demanda de cuidados sanitarios de manera continua e integrada. Así, incluso ante los diversos triunfos humanos sobre la enfermedad y la muerte, vivir y morir con dignidad se ha convertido en una fuente de importantes reflexiones. ⁴

La enfermedad al igual que el sufrimiento y la muerte, es consustancial a la vida. La experiencia del sufrimiento es universal y suele alcanzar una mayor intensidad en las fases finales de la vida afectando tanto al enfermo como a sus familiares y amigos. Suele resumirse en una frase que la pronuncian muchas personas, ya sean enfermos, familiares o profesionales sanitarios: "Que no sufra". Y es que una parte importante de las personas que viven en nuestra sociedad consideran que el sufrimiento no tiene ni sentido ni utilidad cuando el enfermo se ve abocado de manera irremisible a la muerte. ⁵

Definiciones:

- Cuidados paliativos (CP): La palabra "paliativo" se origina en el sustantivo *pallium*, que significa "manto" o "cubierta" (metafóricamente, tapar, cubrir, resguardar lo que no se puede curar), y en el verbo *palliare* (proteger), que se refiere a una interpretación ampliada del cuidado, no restringida a la curación física, sino capaz de abarcar otros aspectos de la esencia humana: espirituales, sociales y psicológicos. ⁽⁶⁾ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los CP como cuidados activos e integrales proporcionados a los pacientes que ya no responden al tratamiento curativo. En esta situación, el manejo del dolor y de los síntomas es prioritario, así como las cuestiones de



carácter psicológico, social y espiritual, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente. ⁽⁴⁾ Los conceptos de vulnerabilidad y protección son intrínsecos al itinerario de vida y muerte. Tal itinerario está impregnado de situaciones de vulnerabilidad inherentes al final de la vida, y le corresponde al profesional proporcionar al paciente la protección necesaria y promover la aceptación de la finitud humana. ⁽⁶⁾ Los cuidados paliativos al final de la vida buscan proporcionar confort y aliviar el dolor del paciente, evitando convertir la muerte en un proceso largo y doloroso.⁶

- Ortotanasia: Posicionada entre la eutanasia (abreviación de la vida) y la distanasia (prolongación de la vida a cualquier costo), la ortotanasia, según *Pessini*,⁷ es la síntesis ética de los valores de "morir con dignidad" y de "respeto por la vida humana". El paciente, sus familiares y amigos, ante la muerte inminente e inevitable, son asistidos por el equipo profesional para enfrentar los hechos con serenidad. De acuerdo con *Lepargneur*,⁷ la ortotanasia consiste en la aceptación razonable de la muerte natural, incluida la suspensión o renuncia a tratamientos y equipos de soporte vital, incluso cuando el paciente está inconsciente. ⁷
- Eutanasia: La palabra proviene del griego antiguo *euthanasía* y luego pasa al latín como *euthanasia*. En ambos casos, su significado es "buena muerte", "muerte tranquila", "muerte sublime" y ha sido practicada desde mucho tiempo en animales y seres humanos. ⁸ En términos generales, la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como la Asociación Médica Mundial (AMM), acepta como definición de eutanasia:⁸ "el acto deliberado de poner fin a la vida, a petición propia o de algún familiar". Por su parte, la Real Academia de la Lengua Española define la eutanasia como "acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte, con su consentimiento o sin él". De un modo más específico, también se la ha definido como "la muerte indolora infligida a una persona humana, consciente o no, que sufre abundantemente a causa de enfermedades graves e incurables o por su condición de disminuido, sean estas dolencias congénitas o adquiridas, llevada a cabo de manera deliberada por el personal sanitario o al menos con su ayuda, mediante fármacos o con la suspensión de curas vitales ordinarias, porque se considera irracional que prosiga una vida que, en tales condiciones, se valora como ya no digna de ser vivida". ⁸ También se conoce como el suicidio medicamente asistido, sin embargo, ambos conceptos no son exactamente iguales; en el suicidio asistido es el propio paciente quien activa el mecanismo que termina con su vida, aunque necesite de otro o de otros para llevar a cabo su propósito. ⁹ En los países donde la eutanasia está



permitida, se exige un pedido libre y voluntario del paciente y una evaluación cuidadosa de dicha solicitud, para verificar que el sufrimiento es realmente intolerable y que no hay perspectivas de cura o mejora. Aun así, la ley autoriza la eutanasia sólo en casos extremos, y el médico debe realizarla después de una opinión similar de otro colega de profesión independiente.⁷

- Distanasia: El prefijo "dis" remite a distanciamiento, de esta forma, significa una prolongación exagerada del morir. Acción médica para salvar a un paciente terminal, causándole sufrimiento (obstinación terapéutica). La distanasia es siempre el resultado de una determinada acción médica cuya medida terapéutica se torna más dañina que beneficiosa. De acuerdo con *Lepargneur*,⁷ la obstinación terapéutica está relacionada con el temor del equipo médico ante la responsabilidad de dejar morir a un paciente por no haber hecho todo lo que estaba a su alcance para salvarlo.⁷

Relación entre la autonomía del paciente y el principio de beneficencia:

La Bioética, desde sus inicios, se ha interesado por el respeto de los derechos de los pacientes. Es así como la Bioética principialista postuló los principios bioéticos que rigen la ética en el trato de las personas, tanto en el escenario médico como de investigación. De esta forma, la ética médica se enfoca en el trato del paciente, la relación médico-paciente, la autonomía o la capacidad del enfermo para tomar decisiones, la confidencialidad y el consentimiento informado.¹ La comunicación médico-paciente como elemento de la beneficencia debe tenerse muy en cuenta; es definida como una relación sujeto-sujeto, en la cual el emisor (médico) envía un mensaje al receptor (el paciente y su familia) y este último responde al primero en un proceso de retroalimentación.¹⁰ Se reconoce que un gran número de los problemas que enfrentan los médicos en la actualidad en su quehacer profesional se debe, fundamentalmente, a causas como el ejercicio hegemónico de la práctica médica, la tecnificación excesiva de la profesión médica y la despersonalización a la que se somete al enfermo por algunos profesionales. Aunado al deterioro de la relación médico-paciente, la subvaloración del interrogatorio y del examen físico y la sobrevaloración de la tecnología son los aspectos que más afectan el ejercicio de la práctica médica. Su rescate es una prioridad.¹⁰

La ética médica como núcleo epistemológico de principios morales aplicados a la práctica clínica y heurística de la medicina cubre una amplia gama de conceptos, guías y acciones específicas con respeto, honestidad, cuidado, integridad, protección y confidencialidad como componentes básicos de una serie de pronunciamientos y documentos emitidos por organizaciones internacionales.¹

El principio de beneficencia establece que debemos hacer el bien al otro, independientemente de desearlo o no, dando espacio para que las personas puedan



tomar sus propias decisiones. De esta relación pueden surgir dilemas bioéticos, como el conflicto entre el respeto a la libertad de los pacientes (autonomía) y hacer lo que es mejor para ellos (beneficencia). El equilibrio en esta relación sería la clave para dilucidar el proceso de toma de decisiones. Sin embargo, las decisiones de los pacientes y su deseo de participar o no en el tratamiento son también variables que se ven influidas por el entorno cultural, social y familiar en el que se insertan, la relación paciente/profesional y la creación de un entorno acogedor. ¹

Estudios realizados en Brasil señalan que durante la terminalidad de la vida, el paciente puede verse ante situaciones no usuales y de difícil decisión en relación a los cuidados de su salud, entre las cuales se destacan: recepción de malas noticias, cuidados paliativos, directivas anticipadas de voluntad (testamento vital), orden de no resucitación y distanasia. La mayoría de los pacientes nunca pensó encontrarse en una situación en la cual la cura ya no fuera posible. Esto revela la tendencia a la escasa reflexión sobre el final de la vida entre la población. ¹¹ Una investigación multinacional demostró que la muerte es un asunto evitado por el 69% de los entrevistados en Estados Unidos, por el 63% en Brasil, 61% en Italia y 57% en Japón. Sin embargo, no pensar sobre el final de la vida puede ser una estrategia para que el individuo mantenga su perspectiva positiva, evitando la depresión. ¹¹

Principios bioéticos en los cuidados al final de la vida:

La bioética es un campo de conocimiento multi e interdisciplinario que estudia la conducta humana en las ciencias de la vida y la atención de la salud, a la luz de los valores y principios morales.¹² Las discusiones bioéticas sobre la terminalidad de la vida se basan en tres conceptos: eutanasia, distanasia y ortotanasia, que involucran decisiones referidas a la vida, la muerte, la dignidad, la solidaridad, la vulnerabilidad, la responsabilidad y la calidad de vida, siempre con miras a la asistencia humanitaria.

7

El estudio de la "ética en la muerte" durante la formación de los profesionales de la salud, a fin de establecer reflexiones éticas sobre el cuidado en el morir, muestra que comprender el proceso de muerte es tan importante como investigar el comienzo de la vida. Vale retomar brevemente los principios *prima facie* advenidos de la bioética principialista: beneficencia, hacer el bien, evitando el paternalismo y preservando la dignidad del paciente; no maleficencia, no hacer mal ni causar daño; autonomía, respeto a la libertad de acción del individuo, y justicia, tratamiento igualitario sin distinción. ⁷ Varios autores complementan estos principios con el de la vulnerabilidad, que etimológicamente indica la posibilidad de ser herido, y para la bioética demuestra cuánto se debe respetar al individuo en su fragilidad. Como la enfermedad reduce la autonomía del sujeto, éste debe ser protegido y amparado, sin paternalismo. De esta forma, la bioética propone reflexiones a los profesionales de la salud para promover



el verdadero cuidado de los pacientes, y no sólo el mantenimiento de la vida a cualquier costo.⁷

Desde la perspectiva de la bioética, la dignidad humana es el valor fundamental de la ética de los cuidados paliativos que parten del principio de que el enfermo incurable o en situación terminal debe ser tratado como una persona, jamás como un residuo biológico por el cual no se puede hacer nada. Los cuidadores deben estar atentos a sus atribuciones con respecto al paciente terminal para evaluar el dolor, ponderando los beneficios (beneficencia) y riesgos (no maleficencia) de cada caso y los procedimientos para evitar un tratamiento fútil (distanasia).⁷

La bioética en términos de autonomía y dignidad reconoce que, para tomar decisiones, el paciente en cuidados paliativos debe reflexionar claramente sobre sus objetivos de vida, los intereses familiares, el sistema de significados, su propio interior y su trayectoria. Y el dolor, el miedo a lo desconocido y el sufrimiento pueden comprometer la capacidad intelectual en este proceso de toma de decisiones. En este contexto, la bioética, especialmente por medio de los principios abordados, puede contribuir a restaurar esta competencia, ayudando al paciente, o a su representante legal a tomar decisiones que preserven la autonomía y la dignidad.⁶

El enfoque de los cuidados paliativos está directamente relacionado con los principios bioéticos porque el tratamiento de los pacientes con enfermedades sin posibilidad de cura requiere una atención refinada, sensible y humanizada de parte del profesional. Además del alivio para el dolor físico, el apoyo espiritual es más importante para el bienestar de la persona bajo cuidados paliativos y debe estar presente en todo el proceso, integrando las ciencias biológicas y humanas.¹ Los cuidados al final de la vida incluyen diferentes enfoques terapéuticos, de ahí la importancia del trabajo en equipo en la atención integral al paciente; dependiendo de las características de cada caso, las intervenciones tienen como objetivo minimizar síntomas como dolor, náuseas y vómitos, estreñimiento, obstrucción intestinal, caquexia, depresión, ansiedad, delirio, agitación terminal, disnea e hipersecreción respiratoria. En general, mientras se recomiendan algunas acciones, se evitan otras, en un delicado equilibrio entre beneficencia y no maleficencia, en busca de mejorar la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes.⁴

Dilemas bioéticos al final de la vida:

Durante la terminalidad de la vida, el paciente puede verse ante situaciones no usuales y de difícil decisión en relación a los cuidados de su salud, entre las cuales se destacan: recepción de malas noticias, cuidados paliativos, directivas anticipadas de voluntad (testamento vital), orden de no resucitación y distanasia.¹¹ En literatura consultada se denota casi un consenso en cuanto al mejor lugar para que alguien termine sus días, preferentemente en la casa, próximo a los seres queridos, también



considerándose como el tratamiento más adecuado aquel definido por el trinomio paciente-médico-familia.¹¹

La sobrevida de los pacientes con enfermedades graves ha sido factible gracias a los avances tecnológicos. Pero el uso indiscriminado de estos avances, combinado con la ausencia de comunicación entre pares y la sustracción de la autonomía de los individuos, ha llevado al aplazamiento desmedido de la muerte, aumentando el sufrimiento del paciente y sus familias.⁶ El mismo progreso tecnológico que hace viable la vida suscita cuestiones éticas entre los profesionales de la salud y genera desigualdad de poder y conocimiento que desequilibra las relaciones. Cada época, cada sociedad, tiene su ideal sobre el fin de la vida. En la actualidad, se prima por la longevidad y por la ausencia de dolor y sufrimiento, desde una perspectiva que evita pensar en la muerte.⁶

La educación en salud centrada en el paciente no solo es deseable, sino obligatoria, para garantizar que los cuidados paliativos, especialmente al final de la vida, contribuyan a una buena muerte, con autonomía y dignidad. Para ello, se requieren políticas públicas y acciones intersectoriales en las que participen diversos profesionales no solo en el ámbito de la salud.⁶ Las decisiones del profesional están influenciadas por valores, emociones, creencias y experiencias, que unidas a la dificultad que existe en ocasiones para establecer un diagnóstico clínico certero, dificulta las decisiones de limitación de esfuerzo terapéutico. Se hace necesario mejorar la formación en ética y conocimiento de los procesos de final de la vida por parte del personal de salud.^{2,6,7,10,11,12} Es vital reconocer que el ámbito universitario se encuentra con debilidades en aspectos como fortalecer la Bioética en programas del área de la salud, la contratación de docentes con la suficiente preparación y visión humanista y motivar la vocación médica. En el ámbito hospitalario, se requiere garantizar la educación prolongada, estimular y enseñar técnicas de comunicación asertiva, la emancipación de la relación médico-paciente y retomar la dedicación de tiempo para escuchar y establecer una adecuada comunicación del médico con sus pacientes y el equipo interdisciplinario, para prestar un servicio con visión holística.^{2,6,7,10,11,12}

Eutanasia en Cuba:

La bioética producida desde la realidad cubana ha ido alcanzando cuerpo propio, y sus aportes concretos al debate bioético internacional van más allá de matices circunstanciales.¹⁴ En nuestro contexto el discurso bioético cambia su perspectiva de análisis, manifestándose desde su más amplio sentido a partir de la relación general que se establece entre conocimiento y riesgo; se manifiesta en la práctica social donde se vislumbran dilemas que encuentran su reflejo en el análisis bioético, y que igualmente aparecen bajo la forma de contradicciones sociales que, de manera



espontánea, genera el avance científico técnico en la propia práctica social. Estas contradicciones pueden analizarse desde múltiples dimensiones: la médica, la social, política, legislativa, y la ambiental. ¹⁴

En épocas remotas, la eutanasia no se planteaba como un problema moral y se le consideró como aquello asociado a una muerte digna, honesta y gloriosa; sin embargo en tiempos de *Hipócrates* se les prohibía a los médicos una actitud activa de su práctica: ¹⁵

"Dispondré para el enfermo el régimen de vida que, de acuerdo con mi capacidad y juicio, repercuta en su provecho, alejándole del que le perjudique o hiera; a nadie administraré un mortífero veneno aunque me fuere solicitado, no usaré abortivo en las mujeres encintas (...) puros y limpios mantendré mi vida y mi arte; en cuantas casas entre, lo haré en bien del enfermo, absteniéndome de irrogarle intencionados y condenables perjuicios (...)" ¹⁵

La eutanasia muestra una definición concreta, con unas características particulares que deberán cumplirse para poder considerar la acción como tal reconociéndose actualmente seis tipos de eutanasia: ¹⁷

1. Eutanasia directa: cuando el procedimiento que realiza el médico tiene como finalidad causar la muerte del enfermo terminal. Puede ser:
 - eutanasia directa activa o positiva: es denominada de este modo dada la implicación activa que tiene el médico en la muerte del paciente, el profesional realiza una acción, ya sea la administración de un medicamento o la práctica de una intervención que causa la muerte intencional del sujeto.
 - eutanasia directa pasiva o negativa: muestra también como finalidad causar la muerte del paciente, pero en este caso, la persona fallece por omisión de acción donde el enfermo no muere por la acción intencionada realizada por el profesional, sino por dejar de realizar una práctica o quitarle el soporte que mantiene con vida al paciente.
2. Eutanasia indirecta: su principal objetivo no es causar la muerte del paciente terminal, sino disminuir su dolor. Estas prácticas se pueden observar aplicadas en tratamientos paliativos, donde la enfermedad es incurable y, con la finalidad de disminuir el sufrimiento y dolor del paciente, se le administran medicamentos con función analgésica que como efecto adverso hace que se acorte la vida del sujeto, provocando que muera antes de lo esperado.
3. Eutanasia voluntaria: como bien nos indica su nombre, el paciente terminal expresa su voluntad de morir, el enfermo es quien pide la eutanasia en el momento actual, o la ha hecho anteriormente (por ejemplo, dejó por escrito que quería que se le practicara la eutanasia si llegado el momento él no era



capaz de transmitir tal deseo, al encontrarse sus capacidades cognitivas afectadas).

4. Eutanasia involuntaria: el individuo que comunica al profesional el deseo de practicar eutanasia no es el propio paciente, sino una tercera persona, que normalmente se trata de un familiar del enfermo, cumpliendo el deseo expresado con anterioridad por el paciente por tener una disminución de la conciencia o una pérdida de las facultades cognitivas y así permitirle dejar de sufrir.
5. Eutanasia eugenésica propone la muerte de individuos con el objetivo de "mejorar la raza", es decir, con fines ideológicos.
6. Eutanasia piadosa: a diferencia de la eugenésica, la finalidad sí es conseguir que el enfermo terminal logre descansar en paz; se vincula con la definición otorgada a la eutanasia, albergando la posibilidad de hacerse de distintos modos, con o sin el consentimiento del paciente.

La práctica en sí genera controversias pues los sujetos que se posicionan en contra de la eutanasia argumentan que la acción, por más que la intención sea acabar con el sufrimiento del paciente, consiste en matar o dejar morir a una persona y como tal, es un procedimiento inmoral y que va en contra de lo humanamente correcto. Por otra parte, también observamos la influencia ética y moral, cuando el médico debe ser quien ejecute u omita la acción que provoque la muerte del paciente, sienta el remordimiento de haber dejado morir un paciente y no haber hecho nada para salvarlo; está actuando en contra de la principal función que tiene como médico que es curar.¹⁷

En el contexto actual se promueven iniciativas legislativas al amparo del controvertido derecho a una muerte digna. De su resultado deviene la legalización de conductas eutanásicas y el suicidio médicamente asistido por algunos países. En Cuba la legislación del país sanciona tal práctica en cualquiera de sus supuestos.^{15,16} A pesar de las contradicciones teóricas entorno a la eutanasia y de su no regulación en el sistema jurídico cubano, existe la necesidad de llevarla a la *praxis* en aras de su incorporación en el marco legal como expresión del derecho de los pacientes terminales a una muerte digna. Pues existe un dilema ético en el que se debaten los médicos cuando se encuentran en la obligación de contrariar la voluntad de los enfermos en su fase terminal, aun conscientes de la inexistencia de cura. Situación que no solo limita el derecho de estos a tener una muerte digna, sino que desconoce el principio de la autonomía de la voluntad, de sólidas bases bioéticas y jurídicas.^{15,16} La Asociación Médica Mundial condena tanto el suicidio con ayuda médica como la eutanasia y en su resolución del año 2002, reafirma "su firme convicción de que la eutanasia entra en conflicto con los principios básicos de la ética médica". Sin



embargo, la Organización Médica Colegial de España opina que "la petición individual de la eutanasia o el suicidio asistido deben ser considerados".¹⁸ La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990, considera que, con el desarrollo de métodos modernos, de tratamiento paliativo, no es necesaria la legalización de la eutanasia, afirmación con la cual concuerda la práctica médica en Cuba y lleva implícita nuestra posición respecto al debate bioético para ese tema. En Cuba, durante el Simposio Internacional de Coma y Muerte, realizado en Varadero, en el año 2008 sobre la tesis de la muerte, los profesionales cubanos confirmaron su posición en contra de la eutanasia y defendieron los principios médicos de curar, aliviar o acompañar al paciente.¹⁸

*Daryl, Romero y Madrigal*¹⁸ y *Álvarez Hernández*¹⁹ concluyeron en sus respectivos estudios que la existencia en nuestro país de una atención médica primaria general e integral que cuenta con el Plan del Médico y la Enfermera de la familia, abre la posibilidad de dar una interpretación adecuada a nuestra realidad acerca del derecho a morir con dignidad, en el sentido de que el paciente en estadio avanzado (terminal) de su enfermedad, cuyo estado permita su ingreso en el hogar, bajo el cuidado del equipo de salud de su sector y al cual se le puede evitar o paliar los sufrimientos finales y mantenerse en el seno de su familia, rodeado de sus seres queridos y profesionalmente atendido con apoyo institucional y social, incluyendo el precedente de su fe religiosa (si es requerido), ello constituye una respuesta bioética con proyección fuertemente humanista, la cual es consecuente con los principios de nuestra revolución, la sociedad que de ella se ha edificado, tradiciones y costumbres de nuestro pueblo.

En la actualidad, Cuba trabaja intensamente en la construcción de un proyecto social alternativo, dadas las condiciones de un mundo globalizado. Los profesionales de la atención primaria de salud constituyen piedra angular y herramienta fundamental en el cuidado e identificación de los problemas de salud de la población. La concepción del carácter biopsicosocial del hombre como problema central de las ciencias médicas parte del análisis materialista dialéctico de la condición humana y del proceso salud-enfermedad, en el que se dan estrechamente ligados los fenómenos genéticos, los sociales y las condiciones materiales en las que el hombre vive y se desempeña.²⁰

Por tanto desde la atención primaria de salud en Cuba se puede ofrecer una alternativa humanista y éticamente posible a los pacientes al final de la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sobral Fraga de Medeiros MO, do Valle Meira M, Moreira Ribeiro Fraga F, Lopes Nascimento Sobrinho C, de Oliveira Santa Rosa D, Souza da Silva R. Conflictos bioéticos en los cuidados al final de la vida Rev. bioét. 2020; 28



- (1): 128-34 [acceso 03/10/2023] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020281375>
2. Gómez Pérez C, Sanchez Garcia AB, Garcia Capilla DJ. Perspectiva bioética de la adecuación del esfuerzo terapéutico en pacientes adultos terminales. Revisión sistemática. Enfermería global 2023; 71 (7) p 586-603 [acceso 03/10/2023] Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.554661>
 3. Alpízar Herrera JP. Cuidados paliativos al final de la vida en pacientes con demencia terminal. Rev. costarric. salud pública. 2019; 28 (1): 117-125 [acceso 03/10/2023] Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292019000100117&lng=en.
 4. Silva Natividade T do S, Camilo Coelho PY, Rocha de Aguiar D, da Silva GL, Batista da Silva R, Vidigal Soeiro AC. Extubación paliativa: reflexiones bioéticas sobre los cuidados al final de la vida. Rev. Bioét. 2021; 29 (3): 558-66 [acceso 03/10/2023] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021293491>
 5. Clavé Arruabarrena E. Aspectos éticos en el final de la vida. [acceso 03/10/2023] Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/ASPECTOS-ETICOS-EN-EL-FINAL.-CLAVE.pdf>
 6. Arruda Lima M, Manchola-Castillo C. Bioética, cuidados paliativos y liberación: una contribución al "buen morir". Rev. Bioét. 2021; 29 (2): 268-78 [acceso 04/10/2023] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021292464>
 7. Priscila Costa B, Azevedo Duarte L. Reflexiones bioéticas acerca de la finitud de la vida, los cuidados paliativos y la fisioterapia. Rev. bioét. 2019; 27 (3): 510-5 [acceso 04/10/2023] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019273335>
 8. Lampert MP. Eutanasia y Asistencia al Suicidio. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile | Asesoría Técnica Parlamentaria. 2021. [acceso 04/10/2023] Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/31938/1/BCN_eutanasia_y_suicidio_asistido_Editado_Final.pdf
 9. Germán Zurriarán R. Vulneraciones de la dignidad humana al final de la vida. Cuadernos de Bioética. 2017; XXVIII (1): 83-97 [acceso 04/10/2023] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87550119007>
 10. Ordóñez Vázquez NA, Monroy Nasr Z. Comunicación médico-paciente en enfermos de cáncer en etapa terminal: una visión desde la experiencia de los familiares. Rev. latinoam. Bioet. 2021; 21(2):11-24. [acceso 04/10/2023]



Disponible

en:

<https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rbi/article/view/4837>

11. Tana Comin L, Panka M, Beltrame V, Steffani JA, Bonamigo EL. Percepción de los pacientes oncológicos sobre la terminalidad de la vida. Rev. bioét. 2017; 25 (2): 392-40. [acceso 03/10/2023] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252199>
12. Bedrikow R. La eutanasia desde la perspectiva de la bioética y la clínica ampliada. Rev. bioét. 2020; 28 (3): 449-54. [acceso 05/10/2023] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020283406>
13. Jiménez Cortés, R., Ramos Sánchez, A., Conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales de Enfermería-valoración de App (herramienta de trabajo). Conocimiento Enfermero 18 (2022): 35-63. [acceso 09/10/2023] Disponible en: <https://doi.org/10.60108/ce.221>
14. Rodríguez-Aradas A. La bioética en Cuba: Una mirada hacia el debate ambiental. 2016. Santiago 141, pp. 791-798. e-ISSN 2227-6513 [acceso 08/10/2023] Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwisquS9rOeBAxX6kWoFHelJDhkQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fsantiago.uo.edu.cu%2Findex.php%2Fstgo%2Farticle%2Fdownload%2F1602%2F2135%2F17386&usq=AOvVaw3qDIZAelGqBAgQIMKb1Hsj&opi=89978449>
15. Momblanc LC, Mendoza Pérez JC, Jarrosay Verane A. Despenalización de la eutanasia en Cuba. Vivir y morir con dignidad. LEX: Revista de la Facultad de Derecho y Ciencia Política de la Universidad Alas Peruanas. 2022. ISSN-e 2313-1861. ISSN 1991-1734; 20 (29): 245-266
16. Montero Quesada N, Busto Lugo PI, Hernández Bonilla C, Gutiérrez Aquino JB, Benítez Pérez MO. Limitación del esfuerzo terapéutico "al final de la vida": una mirada desde la medicina cubana contemporánea. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2021 Sep [acceso 09/10/ 2023];47(3):e1741. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662021000300016&lng=es. Epub 01-Sep-2021.
17. Sánchez E. Los seis tipos de eutanasia. Psicología y mente. 2022. [acceso 08/10/2023] Disponible en: <https://psicologiaymente.com/salud/tipos-eutanasia>
18. Rodríguez-Denis D, Romero-Madero J, Madrigal-Batista G. Acercamiento bioético al paciente en estadio avanzado de su enfermedad. Investigaciones Medicoquirúrgicas [Internet]. [acceso 08/10/2023]; 12 (3) Disponible en: <https://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/645>



19. Álvarez Hernández EO, Torres Concepción J, Rodríguez Samada JD, Moreira Marichal Y. Estrategia educativa preventiva para las familias que poseen enfermos con necesidades de cuidados paliativos del Policlínico Lidia y Clodomira del municipio Regla 2020-2021. bol.redipe [Internet]. 1 de julio de 2023 [citado 9 de octubre de 2023];12(7):72-85. Disponible en: <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/1984>
20. Mesa-Trujillo D, Espinosa-Ferro Y, García-Mesa I. Reflexiones sobre bioética médica. Rev.Med.Electrón. 2022; 44(2): 413-424. [acceso 05/10/2023] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242022000200413&lng=es. Epub 30-Abr-2022.