

## Limitación del esfuerzo terapéutico: aspectos religiosos y culturales

### Therapeutic effort limitation: religious and cultural aspects

**Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt,<sup>I</sup> José Armando Rivero Castillo<sup>II</sup>**

- I. Doctor 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. bbgilbert@finlay.cmw.sld.cu
- II. Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Instructor. Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”. Unidad de Cuidados Intermedios. Carretera Central Oeste Km 4½, Ciudad de Camagüey, Cuba, Código postal 70 700.

---

## RESUMEN

La comprensión de la muerte varía según la época, la cultura, la religión y la edad. Con anterioridad al desarrollo que la ciencia médica ha experimentado desde finales del siglo XIX, en la mayoría de las culturas y religiones había una aceptación de la muerte y se consideraba como parte del ciclo vital de la persona donde se trascendía a una forma celestial y puramente sobrenatural. Los avances científicos de la medicina han venido a cambiar esta situación. La muerte se empezó a ver como un enemigo y dio comienzo a una lucha encarnizada entre ambas. El concepto de “muerte natural” se sustituyó por el de “muerte intervenida,” dando origen a numerosas cuestiones relacionadas con la toma de decisiones y actuaciones a realizar en pacientes ingresados y en situación terminal. En este trabajo se realiza

una reflexión teórica que tiene como objetivo el análisis bioético acerca de las diferencias entre los aspectos religiosos y culturales relacionados con la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico.

**Palabras clave:** religión, principios de la bioética, limitación del esfuerzo terapéutico.

---

## **ABSTRACT**

The understanding of death varies according to time, culture, religion, and age. Previous to the development that medical sciences has undergone since the end of the XIX Century, in most cultures and religions there have been an acceptance of death and considered as part of the person vital cycle in which one would transcend to a celestial and purely supernatural form. The scientific advances in medicine have emerged to change this situation. Death began to be seen as an enemy and gave rise to an enraged struggle between both of them. The concept of natural death was changed into intervened death, which originated numerous related questions with decision and action taking to be performed in hospitalized patients and those in terminal situation. In this work a theoretical reflection is performed whose objective is the bioethical analysis on the differences among religious and cultural aspects related to the practice of therapeutic effort limitation.

**Keywords:** religion, bioethical principles, therapeutic effort limitation.

---

## **INTRODUCCIÓN**

La cultura existe en la sociedad, puede y debe incluirse en el sistema de conceptos sociológicos, puesto que es una categoría con ayuda de la cual la ciencia social investiga la actividad de los hombres, el funcionamiento y el desarrollo de los distintos sistemas sociales. Los valores de la cultura de una sociedad concreta, al igual que el grado de dominio de los mismos, determinan los modos de conducta del individuo dentro del marco de las comunidades históricamente concretas.

Al hablar de la cultura de una sociedad, no se refiere a un sujeto cualquiera, sino a los hombres concretos que integran dicha sociedad y a la cultura común y típica de los individuos de la misma, que se refleja en su conducta social y en la actividad en las diferentes esferas de la vida social.

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es definida como, “[...] la decisión mediata sobre la no implementación o la retirada de terapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán un beneficio significativo al paciente”.<sup>1</sup>

Como dice el filósofo Daniel Callahan: “[...] aceptar el hecho de que una enfermedad no puede controlarse a pesar de haber hecho un esfuerzo para ello y suspender un tratamiento es moralmente tan aceptable como decidir previamente que la enfermedad no puede ser controlada eficazmente y no iniciar medidas de soporte vital[...]. En el caso de la retirada del respirador, es razonable decir que dado que la vida se mantiene artificialmente y que esta medida es necesaria debido a la existencia de una enfermedad incapacitante, dicha enfermedad es la responsable directa de la muerte del paciente”.<sup>2</sup>

El surgimiento y desarrollo de la bioética, pretende argumentar, sostener y definir la bondad de la conducta, como resultado de las exigencias que en el orden ético le plantean al hombre la aplicación del desarrollo científico técnico en la esfera de la medicina y de la necesidad de un fundamento ético social a las crecientes necesidades de los servicios de salud.<sup>3,4</sup>

La aplicación de tecnologías cada vez más poderosas en el ámbito de la vida en general y de la humana en particular, ha propiciado un esfuerzo de reflexión sobre los límites y orientación de la tecnología, pues aunque nadie puede poner en duda el balance positivo que representa la aplicación de los modernos recursos terapéuticos, a veces se transforman en un cruel procedimiento de retrasar la muerte.<sup>5,6</sup> Esta situación ha recibido el expresivo nombre de distanasia, ensañamiento o encarnizamiento terapéutico, el cual es sinónimo de indignidad humana al atentar contra los principios bioéticos.<sup>7</sup>

Distanasia (obstinación terapéutica, encarnizamiento o ensañamiento terapéutico): del griego *dís*, mal, algo mal hecho, y *thanatos*, muerte. Etimológicamente lo contrario de la eutanasia; es decir, retrasar el advenimiento de la muerte todo lo posible, por todos los medios, proporcionados o no, aunque no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que ya padece.<sup>8</sup>

Se define tratamiento o medios desproporcionados como: aquellas medidas que ya no son adecuadas a la situación clínica real del enfermo, por no ser proporcional a los resultados que se podrían esperar. Es aquel que no mantiene un balance adecuado de costes-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.<sup>9</sup>

La limitación del esfuerzo terapéutico, es considerada actualmente por la comunidad científica como un recurso éticamente aceptable en aquellos pacientes en los que se cumplen una serie de condiciones que avalan la irreversibilidad de su situación patológica, y completamente justificada dentro del marco de la bioética.<sup>10,11</sup>

Los problemas éticos del final de la vida son muchos y variados. Es de vital importancia el contexto sociocultural para poder entender los diferentes matices del problema al cual se enfrenta el especialista de Medicina Intensiva y Emergencias, en la práctica diaria de la toma de decisiones con respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico en los pacientes terminales que irremediablemente han de fallecer. Las exigencias éticas están condicionadas culturalmente. La cultura tiene ante sí el reto de asumir el hecho de la muerte y no de que sea un tabú.

El trabajo tiene como objetivo hacer una reflexión teórica que tiene como objetivo el análisis bioético acerca de las diferencias entre los aspectos religiosos y culturales relacionados con la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico.

## DESARROLLO

Las controversias morales de la bioética contemporánea por lo general se analizan en relación con lo que se ha llamado el paradigma de la bioética que consiste fundamentalmente en los principios morales: beneficencia, justicia y autonomía.<sup>12,13</sup> Estos principios básicos de la bioética, son compatibles con aspectos fundamentales de las tradiciones religiosas.

El principio de la beneficencia se remonta, al mandamiento de amar al prójimo, comprende el deber de abstenerse de perjudicar a los demás, así como los beneficios que se prodigan al prójimo. Este mandamiento lleva implícito un impulso universalista que da lugar a un cambio en el objeto de la preocupación moral, que deja de ser el individuo para convertirse en el grupo, a fin de buscar activamente el bien de los demás, abarcando así también la norma de justicia.

La Biblia afirma en Génesis, capítulo 1, versículo 26, del libro primero de Moisés, de que todos los seres humanos han sido creados a imagen y semejanza de Dios (*imago Dei*), varón y hembra los creó; <sup>14</sup> por tanto se comparte un origen y un destino comunes: como seres sociales para que vivan en sociedad con otras personas, lo cual significa que el bien colectivo y la igualdad deben encabezar el universo moral.

La expresión *imago Dei* no solo refuerza el sentido de comunidad e igualdad, sino que también respalda la importancia que se atribuye al respeto por la autonomía individual, denota que las personas son algo más que su voluntad, son seres dotados de un cuerpo y su cuerpo físico y temporal, es igualmente digno de respeto moral. El hombre tiene libertad para rebelarse contra Dios o para obedecer sus normas.

Aún en el momento de la muerte; y quizás especialmente al morir, las personas son dignas de respeto, atención y compasión. Los pacientes tienen derecho a una muerte digna, no a una muerte deshumanizada.<sup>15</sup> Además en el transcurso de la historia cada tradición ha puesto de relieve la soberanía de Dios en cuanto a las decisiones de vida o muerte.

Está declaración teológica fundamental influirá en las opiniones sobre el uso de la tecnología médica y la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico en los pacientes terminales. Sin embargo fuera de los puntos de convergencia general existen temas exclusivos de cada tradición que conducen a posturas diferentes.

Se hace necesario proteger, en el momento de la muerte la dignidad de la persona enferma contra el tecnicismo excesivo que en muchas ocasiones resulta abusivo al lograr solo prolongar el momento de la muerte.

Cuando se habla de limitación del esfuerzo terapéutico, uno de los elementos que se convierten en prioritarios a la hora de afrontarla es la definición de terminalidad. Se puede puntualizar lo esencial del concepto de enfermedad terminal, se le reconocen cinco características:

- 1- "Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- 2- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- 3- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- 4- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte.
- 5- Pronóstico de vida inferior a seis meses".<sup>16</sup>

En la tradición del judaísmo ortodoxo, la vida es santificada como parte de la labor del Creador y posee un valor absoluto. Si la vida está amenazada, la reflexión rabínica considera permisible infringir todas las leyes de la Tora con el propósito de salvar la vida. En consecuencia, aunque la tradición ha reconocido la soberanía última de Dios sobre la vida y la muerte, en el caso de un paciente que moriría sin un tratamiento para prolongar la vida, se deberían utilizar todos los medios disponibles para mantenerlo con vida.

Solo autoriza excepcionalmente a interrumpir algunos de los métodos, llamados heroicos, empleados para prolongar artificialmente la vida, únicamente en determinados casos de muerte inminente.<sup>17</sup>

Una directriz moral históricamente importante para la reflexión católica romana ha sido que la vida es un valor fundamental e intrínseco (porque refleja la bondad del Creador) pero no es un valor absoluto. La vida es únicamente la condición necesaria para la consecución de fines humanos más nobles.

La tradición católica romana ha afirmado que es permisible suprimir ciertos tipos de tratamientos médicos o abstenerse de administrarlos a los pacientes moribundos. Por lo general, un razonamiento muy influyente comúnmente invocado por la tradición ha sido que es obligatorio administrar tratamientos “corrientes”, mientras los tratamientos “extraordinarios” son moralmente optativos o discrecionales.<sup>18</sup>

Tal como ocurre con la teología protestante en general, los puntos de vistas protestantes en relación con los tratamientos médicos para prolongar la vida son muy variados. Van desde un compromiso vitalista con la santidad de la vida similar al del judaísmo ortodoxo, hasta la aceptación de consideraciones relativas a la “calidad de vida” características del catolicismo en lo que concierne a las decisiones sobre la terminación del tratamiento. Esta diversidad refleja un tema fundamental del protestantismo: un compromiso teológico con la libertad del creyente.<sup>19</sup>

Para poder comprender los aspectos religiosos en Cuba se debe de partir del hecho de que la religiosidad en el país se conforma en lo fundamental de elementos importados, debido al exterminio de la población aborígen en los primeros años de la colonización.

En el cuadro religioso cubano influyen de manera determinante el conjunto de pueblos de procedencia española, con su cultura y religión católica y los pueblos africanos traídos en condiciones de esclavos y que eran portadores de culturas tribales generalmente llamados cultos sincréticos.

El catolicismo como religión oficial de los colonizadores sometió y readoctrinó a los esclavos, no pudo destruir sus ideas religiosas, pero sí modificarlas, de esta forma los ascendentes principales de la religiosidad en Cuba se fueron desarrollando a través de la penetración mutua.

Completan este cuadro religioso varias expresiones que se incorporaron a la sociedad cubana más tarde, entre ellas el protestantismo que acompaña la penetración norteamericana en Cuba, formado por diversas iglesias y sectas, y el espiritismo que devino en varias vertientes. Otras han sido el judaísmo, el budú haitiano, cultos asiáticos, y en una escala menor se crearon sociedades de corte filosófico - religioso orientalistas como la sociedad teosófica y la Asamblea Bahai. En su conjunto la influencia ha sido escasa y comúnmente no han sobrepasado los marcos locales.

Desde la antigüedad el proceso salud-enfermedad ha resultado ser objeto de creencias y prácticas religiosas. Las ciencias históricas demuestran que el objeto de reflejo religioso son fundamentalmente aquellos aspectos de la realidad que juegan un papel esencial en la vida y actividad de los hombres. A la religión le interesan inevitablemente los problemas de la salud, la medicina y la enfermedad.

Dentro de las principales motivaciones de los creyentes cubanos ocupan un lugar muy especial las relacionadas con la salud. La salud históricamente ha resultado ser una necesidad objetiva del hombre y uno de los factores esenciales que determinan su conducta y actividad práctica. De su situación de salud depende que el hombre pueda cumplir los propósitos que le guían y realizar plenamente sus capacidades físicas e intelectuales, de allí que desde la antigüedad el proceso salud-enfermedad ha resultado ser objeto de creencias y prácticas religiosas.

En la jerarquía de motivaciones religiosas de los creyentes cubanos (según se ha constatado en festividades religiosas, peregrinaciones, asistencia a templos o de manera indirecta en entrevistas realizadas a la población) el primer lugar la ocupan las referidas al proceso salud-enfermedad personal, de un familiar o allegado.

En lo que respecta al alivio de los padecimientos cuando la enfermedad es incurable se impone una reflexión. Se trata de las limitaciones que el creyente atribuye a este

poder en determinados padecimientos. Resulta evidente que al mismo tiempo que confía en él, no le atribuye un carácter pleno, soberano, capaz de todo, sino reducido en su alcance. Tal cuestión muestra una abierta contradicción en el creyente; entre la fuerza que atribuye a este poder y la que en realidad observa que éste le puede brindar.

Resulta una particularidad significativa en este tipo de creencias, comprensible por los cambios de la salud pública en el país, la confianza, importancia y utilización que los creyentes hacen de los servicios médicos. De ello resulta, que la idea en el creyente de este poder autónomo, soberano, está en contradicción con la comprensión y comportamiento hacia los servicios de salud que ellos manifiestan.

Se trata de que el creyente cubano ha adquirido conocimientos, es más culto y dispone de recursos de salud accesibles y de alto nivel científico que le permiten comprender la no solución que algunos problemas de salud tienen en esta etapa, bien por no haber sido descubiertas sus causas o porque no se conoce la forma de erradicarlas.

Existe una toma de conciencia en los creyentes que es el resultado de una mirada crítica sobre algunos valores que la sociedad actual parece haber adoptado, entre ellos, el sentido de la vida y de la muerte. Ejemplo de ello lo constituyen las enfermedades como el cáncer, el asma, la diabetes, las limitaciones físicas a consecuencia de secuelas ocasionadas por accidentes o enfermedades, entre otras, donde los creyentes limitan su práctica religiosa a la petición de alivio al sufrimiento que padecen.

El desarrollo cultural cubano se debe, esencialmente, al sostenido progreso de la educación. El presupuesto nacional de educación se ha multiplicado. El Estado cubano garantiza el derecho del pueblo al conocimiento y a la cultura. Los medios de difusión masiva y los sistemas de telecomunicación tienen asignado un papel fundamental en apoyo al desarrollo cultural, político y social del pueblo.

En Cuba el Estado se preocupa por la elevación del nivel de cultura general y científico-técnico en particular. Debido al desarrollo de la ciencia y la técnica se

perfecciona constantemente el sistema de enseñanza profesional y técnica. Esta realidad de la incesante elevación del nivel de cultura de la población, permite entender la muerte como un proceso natural, que a pesar de los avances en prevención y tratamiento y del desarrollo de los recursos biotecnológicos y humanos actuales, continúa existiendo un número considerable de enfermos que no pueden ser curados.

El propio envejecimiento progresivo de la población, las enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central, algunas enfermedades renales y pulmonares crónicas, el cáncer y el SIDA, abocan a decenas de miles de personas a una situación terminal irreversible.

La cultura expresa la herencia espiritual y la realidad social de la comunidad: es forma de ser y hacer, conocimiento adquirido y modo de comportamiento, manifestados en compleja interacción. En este ámbito tradiciones, normas y valores actúan como fuerza socializadora, capaz de favorecer la síntesis de nuevos elementos a partir de los movimientos de transformación de la sociedad. Por su función dinámica, la cultura asume entonces el papel de agente de cambio y factor de desarrollo.

La cultura cubana específicamente, en su dimensión etnomédica favorece en el país una mejor comprensión por parte de la población acerca de la aplicación práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico, independientemente de criterios religiosos o filosóficos en relación al problema de la vida y la muerte. El desarrollo de la medicina ha creado una “cultura médica” en la población que favorece la comprensión de aspectos tan controvertidos y polémicos como la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico.

La muerte es un tema que usualmente se excluye de las conversaciones cotidianas; la cultura occidental latina prefiere ignorar la muerte a pesar de ser una realidad. El moribundo no sabe expresar sus sentimientos o quizás lo oculta por miedo a encontrar rechazo en la persona en quien podría confiar y comentar con ella como vive esos momentos.

Realmente no estamos preparados, ni educados para morir. Los padres no suelen hablar con sus hijos de este tema, ni los maestros con sus alumnos. Tampoco los profesionales de la salud forman a los alumnos, ni los preparan para este momento crucial donde la medicina no puede curar, pero si cuidar, acompañar y aliviar.<sup>20, 21</sup>

Es posible que la locuacidad sea un “adorno” de la manera de ser del cubano, pero ante el sentimiento de la existencia amenazada, el enfermo se puede defender psicológicamente callando, o diciendo todo lo que siente y sabe. El médico hipocrático se caracteriza por emplear el tiempo necesario con el enfermo, escucharle con atención.<sup>22</sup> Es un antiguo precepto que saber hablar es un don de la naturaleza, pero saber oír es una virtud. Los cambios de la medicina en los ámbitos científico, tecnológico, social y económico, han contribuido a la deshumanización y a engrandecer la distancia entre el médico y el paciente.<sup>23</sup>

La adecuada relación médico-paciente-familiar continua siendo la 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.<sup>24</sup>

La cultura de las voluntades anticipadas o testamentos vitales en la cultura latino mediterránea está muy poco extendida, y tampoco son una práctica habitual en el contexto cubano, lo que constituye en ocasiones un serio problema para los especialistas, en la toma de decisiones de la limitación de algún tipo de esfuerzo terapéutico, en aquellos pacientes en estado crítico o terminal.<sup>25</sup>

Se está utilizando con frecuencia en nuestros días el término “muerte digna”. La expresión “morir con dignidad” implica ciertamente que hay maneras más o menos dignas de morir. Si las peticiones a favor de una muerte digna están aumentando, es porque cada vez hay más personas que ven como otros mueren de un modo menos digno y temen que les ocurra lo mismo a ellos o a sus seres queridos.

El concepto de morir con dignidad, o del derecho a una muerte digna, ha despertado extensas discusiones y existen visiones muy diferentes. Para algunos es sinónimo del derecho a disponer de la propia vida basados en el principio de autonomía, mientras

para otros, se trata de la posibilidad de morir sin dolor, con serenidad, acompañado, dando gracias, y reconciliados consigo mismo y con los demás.<sup>26</sup>

El valor de una vida humana está en su propia existencia. Su dignidad va inseparablemente unida a su naturaleza. Es preciso enfatizar que “morir con dignidad” significa, entre otras cosas, morir su propia muerte y para ello el enfermo tiene el derecho de conocer, si así lo desea, cómo y cuándo lo desee, de la existencia de su proximidad, a los efectos de realizar todos los arreglos materiales y espirituales para garantizar el bienestar de los que quedan con vida, así como el suyo propio en el tiempo que le quede por vivir, y para los creyentes, poderse preparar para una vida más larga, más allá de la muerte terrenal.

Cita Novoa Santos, en su artículo Cuidados Paliativos y Bioética que “[...] la acción de dejar que la muerte siga su curso natural cuando hay certeza de muerte inminente y el tratamiento es ineficaz y penoso, entraría dentro de las prácticas reconocidas como éticas.”<sup>27</sup>

Una muerte digna es aquella a la que se le ha proporcionado los medios materiales, humanos y espirituales necesarios, para que el tránsito hasta la muerte se haya realizado sin sufrimiento, con el apoyo necesario y, acompañado de sus familiares. Todo encaminado a modificar el cómo, pero nunca el cuándo. Morir con dignidad constituye un derecho del ser humano, el cual debería entenderse como el derecho del enfermo a recibir cuidados adecuados y proporcionados.<sup>28,29</sup>

La antropología médica estudia los problemas de salud y los sistemas terapéuticos en sus contextos sociales y culturales más amplios. Los estudios médicos antropológicos abordan también las diferentes actitudes de los sujetos ante el problema de la muerte.

Este tema extraordinariamente polémico adquiere una gran relevancia en el campo de la Bioética, por la gran influencia que tienen los factores culturales para la toma de decisión sobre la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico, ya que existen criterios diferentes de acuerdo a las características culturales en los diferentes contextos, regiones y países del mundo.

En la realidad cubana, la muerte de una persona constituye un acontecimiento que en sí mismo implica la pérdida definitiva de un ser querido; el dolor y la tristeza es vivido y compartido familiarmente, en un ambiente de intimidad, serenidad y amor; se dignifica hasta el último instante la vida del moribundo y controla su sufrimiento físico al racionalizar, reducir y compartir el sufrimiento psíquico.

En el contexto cultural cubano, la familia se ha sentido desde siempre en la obligación de acompañar a sus enfermos hasta el último momento, sin embargo y dado que la muerte se ha desplazado en los últimos tiempos hacia el hospital es evidente que el médico debe de algún modo dar respuesta acertada a este nuevo modelo de muerte.

En Cuba, el modelo del Médico y Enfermera de la Familia permiten si éstos saben desarrollar sus capacidades, habilidades y valores morales profesionales garantizar la atención al paciente hasta su muerte, para hacer ésta más humanizada. Una función necesaria, de origen antiguo con perfiles modernos. Se trata de reunir la ciencia como el arte médico, ofrecer al paciente la mayor comodidad técnica y humana posible.

## **CONCLUSIONES**

Por razones de cultura e idiosincrasia una muerte solitaria, sin el acompañamiento de los familiares y amigos más allegados resulta cruel. Debe procurarse ante la inevitabilidad de la muerte, el que ésta se produzca con la mayor dignidad posible y en el ambiente más propicio según las posibilidades; eliminar en lo posible los dolores y sufrimientos, sin manipulaciones médicas innecesarias que solo prolongan la agonía; aceptar la muerte con serenidad, con la asistencia médica precisa y el apoyo espiritual si se desea, según las propias creencias religiosas del enfermo.

Desde los diferentes puntos de vista religiosos, en cuanto al uso de técnicas médicas para prolongar la vida en enfermos que irremediablemente han de morir, por padecer de enfermedades incurables en estado terminal, se puede afirmar de que se desapruueba el encarnizamiento terapéutico y existe acuerdo en general de que la obstinación terapéutica y la tecnificación excesiva no forman parte de una praxis

médica correcta, cuando con ello solo se logra prolongar la agonía de enfermos y familiares. Uno de los problemas emergentes de la bioética actual, es el de la ética en la toma de decisiones médicas en las inmediaciones de la muerte.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Paredes Escobar MC. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. Acta bioethica [Internet]. 2012 [citado 11 nov 2013]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2012000200004&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2012000200004&nrm=iso)
2. Randall Curtis J, Vincent JL. Ethics and end of life care for adults in the intensive care unit. Lancet [Internet]. 2010 Oct [citado 22 abr 2014]; 376(16). Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(10\)60143-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(10)60143-2.pdf)
3. Sánchez Padrón A, Sánchez Valdivia A, Bello Vega M. Aspectos éticos de los Cuidados Intensivos. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias [Internet]. 2003 [citado 22 abr 2014]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2\\_4\\_03/mie15403.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_4_03/mie15403.htm)
4. Álvarez-Díaz JA. Retos de la bioética en la medicina del siglo XXI. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 22 abr 2014]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342011000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
5. Bueno Muñoz MJ. Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. Enfermería Intensiva [Internet]. 2013 [citado 25 marz 2014]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023991300045X>
6. Taboada P. Limitación del esfuerzo terapéutico y principio ético de proporcionalidad terapéutica. Enciclopedia de Bioética [Internet]. Argentina: Universidad Católica de Cuyo ; 2011 [citado 25 marz 2014] Disponible en: <http://www.encyclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/146-limitacion-de-esfuerzo-terapeutico>

7. Bátiz Cantera J. Limitar el esfuerzo terapéutico al final de la vida [Internet]. España: Paliativos Sin Fronteras; 2011 [citado 25 marz 2014]. Disponible en:  
<http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/cuidados-pal-labor-todos/18-LIMITAR-EL-ESFUERZO-TERAPEUTICO-AL-FINAL-DE-LA-VIDA-BATIZ.pdf>
8. María del Pilar G. La asistencia al final de la vida: la ortotanasia. Revista Horizonte Médico [Internet]. 2011 [citado 25 mar 2014]; 11(1). Disponible en:  
[http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011\\_l/Art6\\_Vol11\\_N1.pdf](http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011_l/Art6_Vol11_N1.pdf)
9. Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Revista Clínica Española [Internet]. 2012 [citado 24 mar 2014]; 212(3). Disponible en:  
[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?f=10&pident\\_articulo=90104690&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=65&ty=2&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=65v212n03a90104690pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90104690&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=65&ty=2&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=65v212n03a90104690pdf001.pdf)
10. Escudero D. Más aclaraciones sobre la limitación del tratamiento de soporte vital y donación de órganos. Med Intensiva. [Internet]. 2014 [citado 24 mar 2014]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/eop/S0210-5691%2813%2900253-2.pdf>
11. Partarrieu Mejías FA. ¿Cómo se justifica la Limitación del Esfuerzo terapéutico en el marco de la bioética? Rev Medicina y Humanidades [Internet]. 2012 [citado 24 Mar 2014]; 4(1-3). Disponible en:  
[http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1\\_2\\_3\\_2012/07\\_LET.pdf](http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1_2_3_2012/07_LET.pdf)
12. Marcano Sanz LE, Díaz Bertot E, Serrano Ricardo G, Lima Aguilera Y. Dilemas Bioéticos del postoperatorio en cirugía cardiovascular pediátrica: futilidad y limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Hum Med. [Internet]. 2011 mayo-ago. [citado 2014 Abr 08]; 11(2): Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202011000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000200002&lng=es)
13. Betancourt Betancourt G de J. Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones. Rev Hum Med. [Internet]. 2014 [citado 2014 Nov 08]; 14(2). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202014000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

14. Moisés. Génesis. Antiguo testamento. Libro Primero. En: Colectivo de autores. Biblia de Estudio. Versión Reyna – Valera. Revisión de 1960. p 2.
15. Maglio F. Ética médica frente al paciente crítico. Humanismo y Medicina [Internet]. Argentina: Intramed; 2013 [citado 2014 Nov 08]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=81867>
16. Hodelín Tablada R. El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. MEDISAN [Internet]. 2012 [citado 25 marz 2014]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000600015&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600015&nrm=iso).
17. Garzón Serfaty B A. Judaísmo y bioética. En: Garfo Fernández J (ed). Bioética y religiones: el final de la vida. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2000. p 111 – 124.
18. Garfo Fernández J. La tradición católica. En: Garfo Fernández J (ed). Bioética y religiones: el final de la vida. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2000. p 17 – 47.
19. Tarquis Alfonso P. Bases teológicas de la ética protestante. En: Garfo Fernández J (ed). Bioética y religiones: el final de la vida. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2000. p 49 – 64.
20. 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]. 2012 [citado 25 marz 2014]; 14(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642012000100010&lng=es&nrm=is&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000100010&lng=es&nrm=is&tlng=es)
21. Mendoza López I, Pichardo García LMG. Calidad de vida y dignidad humana en el paciente terminal: opciones para una buena muerte. An Med (Mex) [Internet]. 2013 [citado 8 abr 2014]; 58(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2013/bc132g.pdf>
22. Espinosa Brito A. La clínica y la medicina interna. Rev cubana med. [Internet]. 2013 jul-sept. [citado 25 marz 2014]; 52(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232013000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

23. Barrios Viera O, Cabrera González J, Barbier Rubiera A. La ética y la calidad en la atención médica. Revista de Ciencias Médicas La Habana. [Internet]. 2012 [citado 8 abr 2014]; 18(1). Disponible en:  
[http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol18\\_1\\_12/hab15112.html](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol18_1_12/hab15112.html)
24. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones [Internet]. España: MSPS; 2010 [citado 21 may 2014].  
Disponible en:  
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/.../UCI.pdf>
25. Nebot C, Ortega B, Mira JJ, Ortiz L. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. Gaceta Sanitaria. [Internet]. 2010 [citado 25 Mar 2014]; 24(6).  
Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911110002050>
26. Gálvez González M. Dignificar el proceso de muerte: saber ser y saber hacer. Index de Enfermería [Internet]. 2011 [citado 25 marz 2014]; 20(4). Disponible en:  
<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v20n4/0216.php>.
27. Novoa Santos M. Cuidados paliativos y Bioética. En: Colectivo de autores. Revista Cuadernos de Bioética: Dilemas éticos en la práctica clínica. Galicia. España. 1998. Abril – junio. 9 (34): 304 – 321.
28. 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]. 2012 [citado 25 marz 2014]; 14(1).  
Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642012000100010&lng=es&nrm=is&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000100010&lng=es&nrm=is&tlng=es)
29. Nebot C, Ortega B, Mira JJ, Ortiz L. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2010 [citado 25 mar 2014]; 24(6).  
Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112010000600002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112010000600002&script=sci_arttext)

**Recibido:** 28/10/2013

**Aprobado:** 19/01/2015

*Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt.* Doctor 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. bbgilbert@finlay.cmw.sld.cu