



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. Agosto 2008; 12(2):

ARTICULO ORIGINAL

Eutanasia y legislación

Euthanasia and Legislation

Antonio Manuel Padovani Cantón¹, María Elisa Clemente Rodríguez².

1. Dr. Especialista de II grado en Medicina Interna. Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Médicas "Ernesto Ché Guevara de la Serna". de Pinar del Río. Lic. en Derecho. Profesor Titular Adjunto de la Cátedra de Derecho de la Universidad "Hermanos Saíz" de Pinar del Río.

2. Dra. Especialista de I grado en Otorrinolaringología. Asistente de la Facultad de Ciencias Médicas "Ernesto Ché Guevara de la Serna" de Pinar del Río.

RESUMEN

Se hace una revisión de los conceptos relacionados con la eutanasia, como son Distanasia y Ortotanasia y de los diferentes tipos de Eutanasia, como la Voluntaria, la no voluntaria y la Involuntaria, la Eutanasia Eugénica. Se valoran las distintas posibilidades desde el punto de vista jurídico, donde puede estar regulada o no; la regulada puede serlo por norma penal, en ese caso la regulación puede ser como figura delictiva típica o dentro de otro tipo legal, y de la regulación no penal puede

serlo por normas administrativas y puede tratarse de regulaciones permisivas o no permisivas. Se valoran estas posibilidades, exponiendo como tipifica en el Código Penal Cubano y cual es el criterio de los autores. A continuación se exponen algunos ejemplos de países donde se ha tratado o logrado tipificar la Eutanasia de forma diferente, exponiendo los resultados de un estudio hecho en Holanda antes de la despenalización de la Eutanasia y como se comportó la atención a pacientes terminales en ese año. Finalmente se expone el criterio de los autores en torno a la regulación legal de la Eutanasia.

Palabras clave: Eutanasia/Legislación y Jurisprudencia, Legislación Medica, Ética, Enfermo Terminal, Bioética.

ABSTRACT

Concepts related to Euthanasia as Disthanasia and Ortothanasia are reviewed as well as the different types of Euthanasia, such as the Voluntary Euthanasia, the non Voluntary Euthanasia and the Involuntary Euthanasia, the Eugenesic Euthanasia. The different possibilities from the legal point of view are assessed; the Euthanasia may be regulated or not, the first type of Euthanasia may be regulated by penal rules. i.e., the regulation may be a typical delictive figure or to be within another legal type and in case of not penal regulation, it may be by administrative rules and in such case it may be treated of permissive regulations or not. These possibilities are valuated exposing how they are classified in the Cuban Penal Code and which is the authors's criterion. The countries where the classification of Euthanasia has been treated or attained from different ways are exposed as well as the results of Holland's study before the decriminalization of Euthanasia and the behaviour in terminal patients in this year. Finally, the authors's criterion about the legal regulation of Euthanasia is exposed.

Key words: Euthanasia/Legislation and Jurisprudence, Medical Legislation, Ethics, Terminal Patient, Bioethics.

INTRODUCCIÓN

En el siglo XVI el filósofo y político inglés Francis Bacon (1561-1626) planteó que era necesario preparar al hombre para la muerte, acuñando un término que aún perdura, aunque su significado ha ido variando con el transcurso del tiempo, adquiriendo matices que, estoy seguro, asombrarían a su creador, me refiero al término "**EUTANASIA**", que Bacon conceptuaba como: "El arte de ayudar al agonizante a salir de este mundo con más dulzura y serenidad", concepto que si bien implicaba la posibilidad de acelerar el proceso normal de la muerte, incluía un aspecto que pasan por alto muchos de los que hoy en día lo emplean, el de la

preparación psicológica y espiritual que conlleva a la aceptación de la muerte como el final lógico de toda vida. Bacon además señalaba claramente en su definición de Eutanasia la condición de agonizante de la persona a quien se iba a aplicar la acción que describía. Desde entonces la Eutanasia ha recorrido un largo camino, enaltecida por unos, denigrada por otros, ha ido ganando espacio en muchos países, al punto de que dos de ellos han regulado legalmente su aplicación (Holanda y Bélgica), otros lo han intentado (Territorio del Norte en Australia y Oregón en Estados Unidos) y en algunos se discute si es o no humana y deba por tanto ser despenalizada. En el presente trabajo se pretende hacer una breve revisión del tema y exponer las posibles actitudes de la legislación ante ella. Para facilitar la comprensión del texto y ser más ágil en su lectura; este trabajo se acompaña de un Glosario de términos relacionados con el tema a tratar, recomendamos al lector no avezado en estos conceptos que comience la lectura por este Glosario.

DESARROLLO

El término **EUTANASIA** deriva de las voces griega "**EU**", que significa dulce, suave; y de "**TANATOS**", muerte, es por tanto la muerte "suave" y con este concepto se maneja en la actualidad.

Argumentos a favor

Sus defensores plantean una serie de argumentos, algunos de los cuales quisiéramos analizar.

- Derecho de cada cual a disponer de su vida: Este es un argumento de cierta solidez, es cierto que se debe respetar el derecho de cada persona a disponer de su vida en los marcos que defina la Ley, por ello es que los que esgrimen este criterio plantean la despenalización de la Eutanasia, como se despenalizó el suicidio, recordemos que años atrás un suicida era considerado como un asesino de sí mismo y penado por atentar contra su propia vida. Hoy en día las sociedades de cultura occidental ven al suicida como lo que es, una persona enferma que requiere ayuda y no sanción; por ello, se despenalizó el suicidio y hoy en día en nuestro país el que atenta contra su vida recibe atención médica esmerada procurando conocer las razones que lo llevaron a tratar de suicidarse y haciendo lo posible por lograr un equilibrio psíquico que impida un nuevo atentado contra sí mismo. En sociedades de cultura oriental el suicidio es considerado por muchos como un acto de plena dignidad por razón de honor o como violencia contra sí mismo ante situaciones agresivas, como acto de protesta ante estas.

Pero la Eutanasia está muy lejos de equipararse al suicidio, en la Eutanasia una persona es conducida a la muerte por otra (Eutanasia Activa) o es dejada morir sin tomarse medidas que pudieran ayudarla en su tránsito hacia la muerte (Eutanasia Pasiva). Esto pudiera acercarla al suicidio asistido, pero en este la acción la ejecuta siempre el que va a morir y el que lo auxilia, solo lo ayuda a realizar el acto, sin tener parte activa en él mismo. La eutanasia tiene, por tanto, características propias que la tipifican, como son el ser ejecutada por otra persona, muchas veces, por no decir siempre, por un personal médico, paramédico o por un familiar o amigo cercano; poder ser conformada de forma activa o pasiva; y que la finalidad confesa sea evitar sufrimientos a alguien que es portador de una enfermedad incurable y anteriormente se planteaba que debía encontrarse en etapa terminal de una enfermedad mortal, pero que los defensores actuales de la Eutanasia aceptan que la enfermedad sea incurable y conlleve sufrimientos "insoportables" para aceptar la aplicación de la acción u omisión.

La Eutanasia además puede ser voluntaria y, en ese caso, es el propio enfermo quien dispone de su vida, pero cada vez son más los casos de Eutanasia no voluntaria en los que otra persona, médico o familiar, dispone de la vida del que sufre, muchas veces sin consultarle al respecto. En este caso, no puede argumentarse el derecho a disponer libremente de su vida que pudiera reconocérsele al enfermo. Solo puede emplearse este argumento en caso de suicidio, no de Eutanasia y el suicida es un individuo cuyo equilibrio psíquico se ha alterado, siendo necesario apoyarlo por el médico y por los familiares, de forma tal que supere la crisis en la que se encuentra inmerso.

El argumento de la libre disposición de la vida no es aplicable a la Eutanasia ya que no existe en ella una auto-disposición de la vida, sino una acción externa ejecutada por otra persona. Además, vivimos en sociedad y son las disposiciones de la misma, en forma de Ley, las que regulan los límites de la disposición de la vida del hombre y si estas leyes son permisivas, se corre el riesgo de que se pierda el respeto por la vida, no solo propia, sino también ajena. Otro problema es la manipulación de la información que se brinda al enfermo, no es lo mismo plantearle que padece de un mal para el cual no hay remedio y que sufrirá horribilmente antes de morir, que decirle que si bien no hay cura para su enfermedad, existen hoy en día tratamientos que le permitirán permanecer aliviado durante las etapas que lo esperan.

- Derecho a una muerte digna: Morir con dignidad es un argumento de peso en manos de los defensores de la Eutanasia, pero sería necesario definir bien que es morir con dignidad. Se argumenta que pasar las últimas etapas de la vida con dolores atroces y sufriendo y haciendo sufrir a nuestros familiares no es digno. ¿Por qué? Esto es una manipulación de información, existen tratamientos que son capaces de lograr alivio para los dolores y pueden emplearse con libertad. Muchas veces se plantea que el uso de Morfina y otros medicamentos similares pueden acelerar la muerte y por tanto, deben restringirse en el enfermo terminal. Esto es una burda manipulación, en primer lugar, si el enfermo está muriendo y nos preocupa acelerar la muerte con el uso de medicamentos, por qué planteamos entonces acelerar la muerte con la Eutanasia. Esto es un planteamiento incongruente, por otra parte, el uso de Morfina y otros derivados del opio a dosis terapéuticas, aún elevadas, permite que la persona muera aliviada y este es el fin de la medicina en los enfermos terminales, evitar sufrimiento. La muerte acelerada por medicamentos se ha denominado por algunos "Eutanasia Involuntaria" ya que nunca hubo intención de matar, sino solo la de aliviar. Esto es un error, si no hubo intención de acelerar la muerte, no se configura la Eutanasia, además, si la dosis empleada lo fue dentro de las consideradas farmacológicamente aceptable y se produce la muerte, esto no fue más que un caso fortuito ya que el empleo de dosis terapéuticas es lo habitual en medicina y si se emplearon dosis muy elevadas, la intención de matar estaba implícita y el carácter involuntario de la acción es discutible.

Morir con dignidad, a juicio de los autores, significa morir con la atención médica requerida, con los recursos necesarios para aliviar los síntomas, morir en condiciones que permitan hacerlo en forma privada, no donde la curiosidad pública convierta la muerte en un acto de feria y morir rodeado de los que nos quieren y a los que queremos. Eso es morir con dignidad, no acelerar el proceso normal de la muerte.

- Evitar el sufrimiento: Es otro argumento de peso, pero ya abundamos sobre él en los párrafos anteriores y solo nos baste decir que acelerar la muerte no es la única manera de aliviar, existen muchas otras y el cariño de los que nos rodean es una de ellas, tal vez una de las más importantes.

- Evitar que los familiares sufran durante la agonía: Muchas veces la agonía es un tránsito para preparar a los familiares en la aceptación de la muerte. Muchas veces hemos observado que la muerte inesperada de un ser querido es más lesiva para la psiquis que una muerte lenta, donde nos acostumbremos a la idea de la muerte y la aceptemos. El familiar sufre con la muerte, no con la agonía y muchas veces esta facilita la resignación. El familiar que quiere de veras procura compartir la agonía y esta es una forma de demostrar amor.
- Ahorro de recursos: Un argumento práctico, matar a una persona antes de tiempo permite ahorrar recursos para utilizarlos en otras personas que pudieran obtener mayor beneficio. Esto nos lleva a analizar otra actitud a nuestro juicio errónea, y es el empleo de recursos escasos y que no conllevarán a un beneficio neto para el paciente de prolongar una agonía y en muchas ocasiones, solo para decir: "No le faltó nada, tuvo todo lo que la ciencia era capaz de brindar", pero ¿Le hacía falta o se emplearon estos recursos solo para satisfacer el "Ego"? Esta es una pregunta importante a hacerse. La utilización de recursos inútiles solo llevará a prolongar la agonía, a agotar estos recursos si son escasos y a privar de ellos a aquellos que puedan necesitarlos después, esto se denomina "**DISTANASIA**", que a nuestro juicio es convertir la carrera de 100 metros planos del enfermo terminal hacia la muerte en 110 con vallas, solo alarga un poco su duración sin resolver ningún problema. El antídoto para la Distanasia no es la Eutanasia, sino la "**ORTOTANASIA**", es decir, la muerte a su tiempo, cuando corresponda, sin acelerarla, pero sin prolongarla, lo que se traduce en la práctica en el empleo de todos los recursos que puedan procurar beneficio para el paciente, pero no aquellos que solo prolongarían la agonía sin mejorar el estado del agonizante. Así estos recursos escasos, no empleados por no útiles, estarían a disposición del que verdaderamente los requiera y calmarían las inquietudes de los que ven en el enfermo terminal un estorbo y no el ser humano que realmente es.

Estos son los argumentos más frecuentemente empleados a favor de la Eutanasia y nuestra posición respecto a ellos; ahora pasaremos a analizar las diferentes actitudes que la sociedad puede tener en relación con la Eutanasia.

Actitudes de la Sociedad frente a la Eutanasia

En sociedades primitivas la Eutanasia era una conducta aceptada para la supervivencia de la tribu, así el enfermo, el anciano o cualquiera que constituyera un impedimento para la sociedad era, en el mejor de los casos, abandonado a su suerte, pereciendo por ser imposible su supervivencia sin apoyo del conglomerado tribal. La eutanasia no existía como concepto, pero era práctica común. Al desarrollarse la sociedad, se comenzó a ver al hombre con un sentido más allá del simplemente utilitario, comenzando por conservar al anciano por su aporte como consejero, al herido o enfermo porque el incipiente desarrollo de la medicina permitía una probable recuperación y así, poco a poco, se fue pasando a ver al hombre por su valor intrínseco y no solo por el práctico, defendiéndose la preservación de la vida humana como un valor social fundamental y, al surgir el Derecho se regula la protección a la vida, primero con un sentido práctico (no es igual la vida del esclavo que la del padre de familia), después, poco a poco con sentido humanista.

La regulación de la Eutanasia puede serlo por norma penal o por norma no penal.

Por norma penal, puede estar englobada en otra figura delictiva (el caso de la norma cubana), generalmente como asesinato; o puede constituir un delito

específico; puede también considerarse como un atenuante a homicidio ya que se realizó por fines "nobles" (homicidio por piedad).

La regulación por norma no penal conlleva a la despenalización y a su regulación por norma administrativa, la que puede tener carácter más o menos permisivo, pero generalmente se limita a aceptarla, regulando solo el como hacerlo, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- En qué casos se autoriza su aplicación. (Enfermos terminales solamente o incluye casos no terminales, adultos solo o niños también, discapacitados mentales, etc.).
- A qué personal se autoriza a aplicarla. (Médicos solamente, otro personal de la salud, familiares).
- Formalidades necesarias a utilizar. (Con consentimiento o no del enfermo, con llenado de planilla, solicitándola previamente o solo informando, sin necesidad de información, etc.).
- Metodología para su aplicación. (Decisión por un médico o más, pasos a emplear para decidirla y para ejecutarla)

Regulación

La decisión de regular la protección de la vida es una necesidad de toda sociedad que se respete, la disyuntiva en cuanto a la Eutanasia radica en como regularla.

Cuba, en su Código Penal no recoge la figura delictiva típica de Eutanasia, pero esta tipifica como Asesinato (Artículo 263 del Código Penal vigente), específicamente de lo planteado en los incisos b): Cometer el hecho utilizando medios, modos o formas que tiendan directa y especialmente a asegurar su ejecución sin riesgo para la persona del ofensor que proceda de la defensa que pudiera hacer el ofendido, c) Ejecutar el hecho contra una persona que notoriamente, por sus condiciones personales o por las circunstancias en que se encuentra, no sea capaz de defenderse adecuadamente y d) Obrar el culpable con premeditación, esta se preparó previendo las dificultades que podían surgir y persistiendo en la ejecución del hecho.

¿Qué mayor seguridad para el actuante que aplicar la Eutanasia valiéndose de la confianza de que goza el personal de salud o un familiar cercano? ¿Quién más notoriamente incapaz de defenderse que el enfermo terminal o aquel al que se ha inducido a creer que su única solución es morir? ¿Qué ejemplo más claro de premeditación que la planificación de la Eutanasia, con o sin consentimiento?

Veamos que pasó en Holanda. Hasta abril del 2002 se consideraba que en caso de Eutanasia estaba presente el "estado de necesidad" por no hacer sufrir al paciente, esto hacía que alegar este eximente librara de la responsabilidad penal. En abril del 2002 se despenalizó, regulándose a partir de entonces por Leyes administrativas. Un estudio realizado por encuesta a los médicos que atendieron a pacientes fallecidos en el año 1995, cuando la Eutanasia no había sido despenalizada, pero era obligatoria su declaración y existían formalidades para alegar el "estado de necesidad", nos muestran que se informó la realización de esta acción en 2 300 casos, lo que representa el 2,7% de todos los fallecidos; a esto debe sumarse alrededor de 400 casos de suicidio asistido, otros 2000 intencionales no informados, 900 no autorizados, pero realizados y 18 000 casos de privación de recursos mínimos para la subsistencia (Eutanasia pasiva, no considerada como Eutanasia en Holanda y por tanto no regulada), lo que suma un total de 24 500 casos, el 20,6% del total de fallecidos ese año. Si añadimos que a alrededor de 25 000 pacientes fallecidos se les administraron drogas en exceso y a unos 27 300 se

les retiró o no aplicó uno o más tratamientos que podían haberles sido útiles, tendríamos que en más del 60% de los fallecidos en 1995 se tomaron decisiones dirigidas de una forma más o menos evidente a acelerar la muerte. Impresionante ¿No? Las regulaciones de la Ley holandesa planteaban la necesidad del consentimiento del paciente o los familiares y la discusión con otros médicos antes de tomar la decisión definitiva; en la encuesta se encontró que de los casos reportados en 1995, a los que se les aplicó la Eutanasia, en el 40% de ellos no se consultó con otro colega, en el 30% ni se pidió consentimiento a los familiares y en un 5% de los casos el médico decidió y actuó por cuenta propia sin consultar con nadie. Si analizamos estas cifras podemos llegar a conclusiones interesantes.

En septiembre de 2002 Bélgica aprobó la despenalización de la Eutanasia, pasando a regularse administrativamente como en Holanda, siendo ambas leyes muy parecidas. En 1998 el estado australiano "Territorio del Norte" aprobó la despenalización de la Eutanasia, pero por la Constitución australiana las leyes de este extenso, pero poco poblado estado deben ser aprobadas por el Parlamento Federal y este no la ratificó. En el estado de Oregón, EE.UU., el Parlamento se pronunció a favor de la Eutanasia, pero sin legislar al respecto.

CONCLUSIONES

Los defensores de la Eutanasia ganan terreno lenta pero progresivamente; ya algunos países la han despenalizado y en otros, se procura tipificarla como delito independiente o considerarla atenuante de responsabilidad penal, esto tiene como fin el aplicar condenas menos severas. El criterio de los autores es que la Eutanasia constituye una violación del derecho más importante del hombre, el derecho a la vida, que todo hombre tiende, por naturaleza, a defender su vida y a luchar por conservarla, que solo un hombre severamente afectado en su psiquis puede atentar contra su vida o aceptar que otro lo haga, que la manipulación de que somos objeto por los defensores de la Eutanasia, que utilizan filmes, novelas e incluso literatura "científica" para propagandizar la Eutanasia es condenable. En último lugar queremos manifestar que al hombre debe enseñársele a vivir y para ello es también necesario enseñarlo a enfrentar la muerte con valentía y dignidad, no a doblegarse ante ella, decía Michel de la Montaigne que "Aquel que enseña a los hombres a morir les enseña al mismo tiempo a vivir".

Defendamos la vida, no la muerte.

ALGUNOS CONCEPTOS NECESARIOS PARA EL CONOCIMIENTO DE LA EUTANASIA. GLOSARIO.

AUTORES

- Dr. Antonio Manuel Padovani Cantón. Médico especialista en Medicina Interna y Licenciado en Derecho. Profesor Titular.
- Dra. María Elisa Clemente Rodríguez. Médico especialista en O. R. L. Profesora asistente.

ACCIONES EXTRAORDINARIAS: Son las acciones que no se utilizan de forma habitual en el tratamiento de los pacientes y que implican el empleo de recursos costosos o escasos, o la toma de decisiones de diagnóstico que implican riesgo para el paciente o gasto elevado de recursos.

ACCIONES ORDINARIAS: Se considera como tales aquellas medidas de soporte de vida que no van más allá de lo necesario, como son la alimentación, la administración de medicamentos usuales y necesarios para el alivio o para el

soporte de la vida, el tratamiento de las complicaciones que se presenten, siempre que este tratamiento sea con medicamentos usuales.

COMA SOBREPASADO: Pérdida de funciones vitales, incompatible con la vida sin apoyo de equipos de ventilación artificial. Actualmente se acepta que estos casos son verdaderamente casos de muerte encefálica.

DECISIÓN DE NO REANIMAR: La decisión que se toma de no aplicar medidas de reanimación a una persona en fase terminal cuando la misma presente un paro cardíaco, se considera que el paciente en fase terminal no tiene paro cardíaco, sino que sencillamente ha muerto y que cualquier medida de resucitación que se emplee sería la práctica de **Distanasia**. Debe tomarse de forma colegiada por varios médicos y con consentimiento de la familia. No aceptada en Cuba.

DISTANASIA: Realización de **acciones extraordinarias** a fines de conservar una vida ya decididamente perdida, es decir, a un paciente en fase terminal aplicar medidas de resucitación cuando falle el corazón, intubarlo, emplear equipos de respiración artificial, etc., aún conociendo que esto solo prolongará la agonía y no salvará de la muerte.

ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO: Ver distanasia.

ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE: Término empleado para designar lo que ahora conocemos como muerte encefálica con anterioridad a que se estableciera este concepto y las pruebas para su diagnóstico.

EUTANASIA: Acción u omisión dirigida a causar la muerte de una persona alegando para ello razones humanitarias (aliviar el sufrimiento). Esta persona debe ser víctima de un sufrimiento físico, psíquico o de otro tipo, de gran magnitud, o presentar la fase terminal de una enfermedad. Es la llamada "Muerte por piedad", alegando que se da muerte a quien sufre de un mal incurable y se hace a fines de evitar que siga sufriendo. El término fue empleado por primera vez por Francis Bacon (1561-1626), quien la definía como: "El arte de ayudar al agonizante a salir de este mundo con mayor dulzura y serenidad", el término EUTANASIA significa precisamente "muerte dulce (o suave)".

EUTANASIA ACCIDENTAL: Cuando la utilización de tratamientos enérgicos, a dosis permitidas, acelera la muerte de un paciente debilitado por una enfermedad grave. No es una verdadera Eutanasia ya que carece del elemento intencional y no se han realizado acciones con fines de matar, sino que el fallecimiento se debe a un caso fortuito.

EUTANASIA ACTIVA: Las acciones encaminadas a poner fin a la vida de una persona en fase terminal de una enfermedad o con gran sufrimiento de cualquier causa. Despenalizada en Holanda y Bélgica.

EUTANASIA INTERIOR: Preparación del individuo para aceptar su propia muerte, prepararse al bien morir. Es la preparación psicológica del individuo que sabe debe enfrentar su propia muerte. Es positiva, puede ayudar mucho al moribundo.

EUTANASIA INVOLUNTARIA: Cuando se realizan acciones que, sin ser esta su intención, causan la muerte de un paciente en fase terminal o que sufre. La Eutanasia involuntaria se comete cuando al tratar a un paciente en fase terminal o que sufre de una afección incurable se aplican medicamentos que aceleran o causan la muerte del paciente, careciendo del elemento intencional. Algunos plantean que es necesario definir la dosis utilizada, ya que, de tratarse de una

sobredosis, el elemento intencional está implícito, no siendo por tanto involuntaria la Eutanasia. Por otro lado, la utilización de medicamentos a dosis permitidas, no excesivas, no constituye una Eutanasia, aún cuando sea la causa de la muerte, sino que es un elemento accidental (ver Eutanasia accidental).

EUTANASIA NO VOLUNTARIA: Cuando se realiza la eutanasia sin solicitar el consentimiento del paciente.

EUTANASIA PASIVA: La omisión de **acciones ordinarias** dirigidas a conservar la vida de una persona en fase terminal de una enfermedad, o aquejado de dolencias físicas, psíquicas o de otro tipo que le ocasionen gran sufrimiento. Hay quien no acepta el término de eutanasia pasiva y dice que esta omisión no puede ser considerada como eutanasia, aceptando solo la activa.

EUTANASIA VOLUNTARIA: Cuando el paciente consiente expresamente en que se le realice la eutanasia.

MUERTE CEREBRAL: Se ha planteado este término para definir el cese irreversible de funciones del cerebro, en contraposición con la muerte encefálica, donde el cese de funciones no se limita al cerebro, sino que incluye el cerebelo y el tallo cerebral (mesencéfalo, protuberancia y bulbo raquídeo). La muerte cerebral conduce a la existencia de un individuo severamente lesionado en sus funciones sociales, pero con reflejos propios del encéfalo, además, rara vez es total, lo que hace que estas personas puedan tener cierto grado de relación con el medio en ocasiones. No se acepta como muerte. No se acepta por ningún país.

MUERTE ENCEFÁLICA: Es el cese irreversible de las funciones de los centros nerviosos superiores encerrados en la cavidad del cráneo (encéfalo). Este cese se diagnostica por una serie de pruebas clínicas e instrumentales normadas en la Resolución 90 del Ministro de Salud Pública, del 27 de agosto del 2001, publicada en la Gaceta Oficial el 21 de Setiembre del 2001. Es la verdadera muerte del individuo.

MUERTE POR PIEDAD: Ver eutanasia.

ORTOTANASIA: Dejar de hacer acciones extraordinarias en un paciente que se considera que estas solo prolongarían la agonía y no salvarían al paciente ni prolongarían la vida de forma significativa. No pueden dejar de tomarse conductas ordinarias, como alimentación, administración de medicamentos o alivio del dolor, ya que esto sería eutanasia pasiva. Es una decisión médica, no legal.

SOBREDOSIS: Administración de un medicamento en cantidades por encima de las dosis máximas recomendadas.

SUICIDIO ASISTIDO: Cuando es el enfermo quien comete las acciones dirigidas a poner fin a su vida, pero es auxiliado por personal médico o paramédico o algún otro preparado para ello, alegándose razón de piedad y la intervención del asistente es a fines de facilitar las acciones. Previsto en el Código Penal Cubano.

TESTAMENTO VITAL: En algunos países se acepta que una persona pueda declarar su voluntad en relación con la conducta médica en su atención en caso de que presente un estado de gravedad que le impida participar en la toma de decisiones sobre si mismo. Generalmente se emplea para declarar su conformidad con el no empleo de medidas extraordinarias en caso de que presente un estadio terminal con pérdida de la conciencia. Tiene el valor que le otorgue la ley del país en cuestión. No se emplea en Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andorno R. Biomedicina and internacional human rights law: in search of a global consensus. Bulletin of the World Health Organization. 2002; 80: 959-953.
2. Comité de Ética de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Centro de Documentación de Bioética. Consentimiento informado en cuidados paliativos. Diario Méd; 24 de abril de 2002, Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/secpal3.html>
3. Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Declaración sobre la atención médica al final de la vida. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37: 225-30
4. Case Pretty V. The United Kingdom. Application no.2002;46(2).
5. Porta Sales J. Sedación Paliativa. En Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A. Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. 2ª ed. Madrid: Arán, 2008. p 325-36
6. Ollero A. Discurso pronunciado en las Cortes españolas en contra de la despenalización de la Eutanasia. Diciembre; 2002.
7. Montero E. ¿Hacia una legalización de la Eutanasia voluntaria? Cuadernos de Bioética de Galicia. 2002; 44: 27-43.
8. Medina C D, Jiménez J F, Rodríguez B, Farrerons I. Reflexiones en torno a la regulación legal de conductas eutanasicas. Cuadernos de Bioética de Galicia. 16: 50-52.
9. Marcos A M. Eutanasia: relevancia jurídico penal del consentimiento. (Análisis a la luz del Código Penal vigente) Cuadernos de Bioética de Galicia. 16: 53-62.
10. Kass L. Eutanasia y autonomía de la persona. Vivir y morir con dignidad. Cuadernos de Bioética de Galicia. 1998; 4: 24-28.
11. Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Eutanasia, suicidio asistido y profesionales de la salud. Cuadernos de Bioética. Enero-Abril 2001; 12(44): p.15-26
12. Jochemsen H. ¿La Eutanasia voluntaria bajo control? Nuevas pruebas empíricas desde Holanda. Cuadernos de Bioética de Galicia. 39: 549-553.
13. Eijik W J Eutanasia: contra quinto mandamiento. Cuadernos de Bioética de Galicia. 1996; 3: 311-318.

Recibido: 30 de Mayo de 2008.
Aprobado: 26 de Enero de 2009.

Dr. Antonio Manuel Padovani Cantón: Especialista de II grado en Medicina Interna.
Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Médicas "Ernesto Ché Guevara de la Serna". de Pinar del Río. Lic. en Derecho. Profesor Titular Adjunto de la Cátedra de Derecho de la Universidad "Hermanos Saíz" de Pinar del Río. Dirección: Km. 89 Carret. Central Pinar del Río.