

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Las teorías principalista y utilitaria en la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico

Principalism and utilitarian theories in the adaptation practice of the therapeutic conduct

Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt*, José Armando Rivero Castillo*, Gilberto Lázaro Betancourt Reyes*

*Hospital General Docente "Manuel Ascunce Domenech". Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. **Hospital General Docente "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, Cuba. **Correspondencia a:** Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt, correo electrónico: bbgilbert.cmw@infomed.sd.cu.

Recibido: 2 de noviembre de 2017

Aprobado: 1 de diciembre de 2017

RESUMEN

Las decisiones a tomar en la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico deben hacerse a partir de un determinado sistema de referencia. Se aborda el tema en el contexto social cubano, donde se impone la observancia de buenas prácticas clínicas, en la que los conocimientos y la aplicación de los principios éticos son imprescindibles. Mediante comparaciones, se hace una crítica a las teorías principalista y utilitaria, propias de los sistemas capitalistas, con el objetivo fundamental de esclarecer de manera precisa la ausencia de la influencia de estas teorías en el escenario cubano. Se pone al alcance de los lectores algunos de los conceptos y formas de pensamiento que mantienen su vigencia en el debate ético contemporáneo.

Palabras clave: ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO; PRINCIPALISMO; UTILITARISMO; PRINCIPIOS ÉTICOS.

Descriptor: TERAPÉUTICA; ÉTICA BASADA EN PRINCIPIOS.

SUMMARY

Decision-making in the adaptation practice of the therapeutic conduct must be done taking into consideration a specific system of reference. This article deals with the topic in the Cuban social context, where the observance of the good clinical practices is compulsory. In this field, the knowledge and the application of ethical principles are essential. By means of comparisons the work criticizes the principalism and utilitarian theories, typical of the capitalist system. The aim is to clarify, in a precise way, the absence of the influence of those theories in the Cuban setting. The readers will have at hand some concepts and ways of thinking that are in force in contemporary ethical discussion.

Key words: ADAPTATION OF THE THERAPEUTIC CONDUCT; PRINCIPALISM; UTILITARIANISM; ETHICAL PRINCIPLES.

Descriptors: THERAPEUTICS; PRINCIPLE-BASED ETHICS.

INTRODUCCIÓN

Toda valoración de tipo ético, es decir, sobre lo correcto o incorrecto de las decisiones a tomar en la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico, debe hacerse a partir de un determinado sistema de referencia, de manera que la conducta del médico como tal se rija tanto por sus valores personales, como por los principios éticos fundamentales del ejercicio de la medicina. No solo en el ámbito científico, sino también en el terreno político y

jurídico se observa una voluntad expresa de abordar las cuestiones relacionadas con la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico en el contexto cubano; por tanto, se hace evidente que existe conciencia del problema y voluntad de actuar en consecuencia. Valorar la magnitud de la problemática ética, en relación a las teorías principalista y utilitaria en la práctica médica de la adecuación del esfuerzo terapéutico, es algo complejo y extenso.

Citar como: Betancourt Betancourt GJ, Rivero Castillo JA, Betancourt Reyes GL. Las teorías principalista y utilitaria en la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2017; 42(6). Disponible en: <http://revzoiilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1204>.



Estos temas, por su amplitud y complejidad, requieren de un minucioso análisis que rebasa las posibilidades del presente trabajo. Por ello, se ha preferido solo realizar un acercamiento inicial a los mismos, de manera que los contenidos que se exponen a continuación serán, por tanto, una síntesis, buscando esclarecer la realidad y que ayuden a entender mejor cómo opera la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico en el escenario cubano, donde se impone la observancia de buenas prácticas clínicas, en la que los conocimientos y la aplicación de los principios éticos son imprescindibles.

Es precisamente a partir de estas dos teorías, el principalismo y el utilitarismo, que pudieran generarse los cuestionamientos más significativos, relacionados con la práctica médica de la adecuación del esfuerzo terapéutico en los enfermos terminales en el contexto cubano, pues, quizás, se pudiera pensar que la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico pudiera tener de alguna manera un enfoque principalista o utilitario, y no hay nada más erróneo.

La adecuación del esfuerzo terapéutico, como buena práctica clínica y plenamente acreditada, significa aplicar medidas terapéuticas adecuadas y proporcionales a la situación real del enfermo, al estadio evolutivo de su enfermedad; se evita tanto la obstinación terapéutica como el abandono, por un lado, o el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida, por otro. (1, 2)

La adecuación, o restricción, en el uso de determinados procedimientos o métodos extraordinarios y desproporcionados de tratamiento, se refiere a determinar cuándo es legítimo y bueno para el paciente abstenerse de algunas acciones terapéuticas consideradas no adecuadas a la situación clínica del enfermo, ni a la etapa evolutiva de su enfermedad. (3, 4)

La práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico es un tema que se desarrolla en un terreno donde definiciones y conceptos son muchas veces controvertidos. Poseer claridad conceptual en torno a la adecuación del esfuerzo terapéutico es indispensable para el dominio del tema objeto de análisis. Es necesario, entonces, poner al alcance de los lectores algunos de los conceptos y formas de pensamiento que mantienen su vigencia en el debate contemporáneo; los que aquí se enuncian sólo aspiran a orientar, sin pretender lograr mayor validez que otros.

La iniciativa para la redacción de este artículo surge a partir de la imperiosa necesidad de abordar uno de los verdaderos dilemas actuales, como lo es la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico como movimiento de signo positivo, tema que ha ido ganando terreno en la última década a nivel nacional e internacional, como resultado del reclamo social creciente a nivel mundial del marcado carácter humano, que debe prevalecer en la atención médica, en respuesta al amplio desarrollo científico-técnico introducido en la misma. (5, 6) El objetivo fundamental es esclarecer de manera precisa la falta

de la influencia de teorías principalistas y utilitarias, propias de los sistemas capitalistas, en la práctica clínica de la adecuación del esfuerzo terapéutico, inmersa en el contexto social cubano.

DESARROLLO

Para comprender las características y significado de las teorías de tipo principalista y utilitaria, es necesario recordar que la ciencia y la técnica son elementos sociales y, por tanto, van a padecer los males e insuficiencias de los sistemas socioeconómico y sociopolítico en los que se inserten. A partir de esta reflexión se analiza como operan las teorías principalistas y utilitarias en los países capitalistas, caracterizando sus rasgos esenciales, a la vez que se establecen las diferencias fundamentales con la práctica del esfuerzo terapéutico en el contexto cubano donde ésta tiene lugar, lejos de la influencia de dichas teorías.

La teoría principalista

El principalismo como teoría deontológica está basado en principios. Prioriza, como regla, el respeto a los valores individuales de las personas, por encima de los principios de beneficencia, no maleficencia y de justicia, como característica esencial de las sociedades capitalistas, donde predomina el individualismo como expresión distintiva que le imprime un sello propio. De manera tal que, como resultado de la operacionalidad de estos principios en la práctica médica, las teorías principalistas jerarquizan en la toma de decisiones el principio de autonomía, lo sobrevaloran y lo colocan en un primer plano, de manera preponderante. (7)

La exaltación del principio de autonomía que la caracteriza determinó que el discurso principalista se estructurara preferentemente en torno a la defensa absoluta de los derechos individuales de los pacientes; esta postura inclina la balanza a favor de las decisiones individuales, personales. Su eje central es el principio de autonomía; las personas son seres autolegisladores, que pueden, por tanto, decidir lo que quieren que se haga con ellos y, en especial, lo que quieren que se haga con relación a los cuidados al final de la vida. (7)

La práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico en el contexto cubano reconoce el principio de autonomía, como uno más de los principios básicos de la ética, de indiscutible valor en el análisis y discusión de las situaciones dilemáticas que se presentan en el quehacer diario de la actividad asistencial, el que innegablemente ha de tenerse en cuenta en el proceso de la toma de decisiones moralmente válidas y justificables, fundamental para el buen ejercicio de la medicina. La práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico en el contexto cubano no renuncia a este principio, pero le da su justo valor, no lo jerarquiza, no lo sobrevalora por encima de los otros principios éticos, no lo coloca en un primer plano.

Precisamente, los artículos 18 y 19 de la Ley No. 41, conocida como Ley de la Salud Pública, establece

que todos los pacientes tienen el derecho de ser informados acerca de su situación, sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que vayan a ser sometidos, con el fin de que ellos mismos den su consentimiento para que estos se lleven a cabo, en reconocimiento al principio de autonomía. (8)

Los enfermos con autonomía conservada son aquellos, considerados como competentes para tomar decisiones respecto a su proceso de salud, al poder garantizar un proceso compartido de toma de decisiones basado en el respeto mutuo; para ello es necesario que los profesionales provean información a los pacientes relacionada con la naturaleza de su dolencia, el tratamiento que se propone, e incluir los riesgos, beneficios, la probabilidad de éxito del tratamiento propuesto, así como posibles alternativas al tratamiento, en busca de un consenso médico-paciente-familiar. Todo acto médico solo podrá llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, así lo establece la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. (9)

Por tanto, el equipo asistencial debe lograr que los pacientes comprendan bien su estado de salud, incluida la probable evolución, si no se efectúa el tratamiento o proceder. No es aceptable que un paciente con autonomía conservada, capaz de efectuar elecciones informadas, sea excluido del proceso de la toma de decisión, pues con ello se viola el principio de la autonomía y se permitiría a terceros influir sobre la decisión de los cuidados al final de la vida. La cuestión fundamental no es simplemente informar al paciente de su enfermedad, sino lograr que participe en la elección de las posibles alternativas terapéuticas, en busca de una solución médica y ética para cada situación concreta.

Cuando el paciente no es autónomo, al no ser competente para tomar decisiones debido a su enfermedad, como ocurre frecuentemente en medicina intensiva, la autonomía la pasará a ejercer en su nombre sus familiares o representante legal, los cuales actuarán según las preferencias del enfermo expresadas cuando era competente, en conformidad con lo establecido en el artículo 18 de la Ley No. 41 o Ley de la Salud Pública. (8)

Es cierto que el principio de respeto a la autonomía del paciente en la mayoría de los casos no se puede aplicar en el servicio de Medicina Intensiva, con frecuencia no se puede obtener el consentimiento informado de los enfermos, al tener que actuar en múltiples ocasiones de forma rápida, como cuando se intuba a un paciente para la ventilación mecánica artificial, se inician las maniobras de reanimación cardiopulmonar y cerebral o se colocan catéteres, sin poder consultar con la familia en muchos casos. Se cumple lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley No. 41 o Ley de la Salud Pública, dado el carácter urgente con que es necesario actuar en aquellos pacientes que peligran la vida. (8)

En la adecuación del esfuerzo terapéutico las decisiones a tomar son analizadas y discutidas por todos los integrantes del equipo de salud,

compartida con el paciente y sus familiares, en un marco de respeto mutuo de todas las personas involucradas en el proceso de la toma de decisiones. Cuando la toma de decisiones en la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico es compartida y colegiada, no hay espacio para el individualismo, por cuanto las decisiones acerca de la conducta a seguir con el enfermo son consensuadas; deja de ser una decisión individual basada en el principio de autonomía para convertirse entonces en una decisión colectiva del grupo, informada y compartida con el propio paciente, la familia o su representante legal, según el caso.

El principalismo, en nombre de la autonomía, y como resultado de su jerarquización, como principio en el proceso de la toma de decisiones, llega a justificar y defender públicamente la práctica de la eutanasia en cualquiera de sus formas y hasta el suicidio médicamente asistido.

La eutanasia, el suicidio asistido y el derecho a morir no son formas de adecuación del esfuerzo terapéutico, con las cuales no está nada relacionada por atentar estas contra la dignidad de la persona enferma; el objetivo buscado en este sentido es provocar deliberadamente la muerte, no siendo admitidas en la práctica clínica, ni tienen aceptación legal en nuestro país; ellas son una respuesta equivocada ante el dolor u otro tipo de sufrimiento inaguantable, que socava todos los principios y las normas más elementales de la profesión médica. (10) La 44a Asamblea Médica Mundial celebrada en Marbella, España, declara que el suicidio con ayuda médica, como la eutanasia, no son éticos y deben ser condenados por el gremio médico. (11) Cuba, en el Simposio Internacional de "Coma y Muerte", celebrado en el año 2008, reafirma su posición en contra de la eutanasia. (12)

Mientras que los principios de beneficencia y no maleficencia privilegian la actuación del médico, el principio de autonomía da preferencia a los intereses, deseos y decisiones de los pacientes. Solo el principio de justicia está referido a la significación de las relaciones respecto a grupos sociales. Esto significa que los principios éticos aludidos anteriormente necesitan ser adecuadamente aplicados; lograr el equilibrio entre todos estos principios y valores no siempre resulta fácil. En el ámbito de la práctica médica es frecuente encontrarse con conflictos de principios y valores que es necesario jerarquizar; como regla, puede observarse una tendencia al predominio de un principio sobre otro, bajo determinadas circunstancias, el problema radica a la hora de jerarquizarlos. (13)

La bioética, que se desarrolló en los países anglosajones, es la que ha logrado alcanzar mayor difusión en el mundo, con la exaltación del principio de autonomía. En los países de Europa también prevalecen con mayor frecuencia los enfoques deontológicos, basados en principios, pero, en cambio, la posición europea es diferente, donde es importante y se resalta el principio de justicia sobre el resto de los principios, es más solidaria y

colectiva. Esta jerarquía se acerca a las realidades de las sociedades latinoamericanas, a las características de sus culturas, al jerarquizar el principio de justicia que es el individualista norteamericano.

La práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico aborda un modelo dialógico participativo, donde se logra integrar lo valorativo y lo cognoscitivo no solo en el marco teórico de la cognición, sino también en lo práctico de sus efectos. Las relaciones entre los distintos sujetos involucrados, que por distintas razones se pueden tornar complejas y conflictivas, encuentran en las formas participativas, que promueve la adecuación del esfuerzo terapéutico, una vía adecuada para la solución de los conflictos generados en la actividad práctica. Se trata de una práctica médica abierta al contexto social, donde médicos, enfermeros, pacientes, familiares o representantes legales participan todos activamente, aportando cada uno sus valores, como actores sociales involucrados en el proceso de toma de decisiones, para llegar a plantear soluciones viables y consensuadas.

La teoría utilitarista

El hecho de tener presente los aspectos económicos en la práctica médica no quiere decir para nada que la adecuación del esfuerzo terapéutico esté relacionada con las teorías utilitarias, propias de los sistemas capitalistas. Los teóricos del utilitarismo clásico fueron filósofos ingleses, como Jeremy Bentham o John Stuart Mill. (14)

La bioética como disciplina científica, como ética aplicada, nace formalmente en los Estados Unidos de América, en el país más industrializado, más desarrollado, donde predomina el utilitarismo a partir de una concepción pragmática de la realidad, profundamente arraigada en la vida sociopolítica norteamericana y que ha mantenido su vigencia, como reflejo del sistema socioeconómico imperante.

El utilitarismo no puede ni siquiera definirse como deontológico, porque el, como teoría, no se sustenta en principios. Para los utilitaristas las acciones correctas y justas no son las que se amoldan, o se adaptan a los principios, sino las que tienen consecuencias deseables y útiles. Las personas no se valoran por lo que son, sino por lo que sirven. Para ellos justicia es utilidad, por tanto, justifican lo moral de acuerdo con la utilidad de las acciones, entendida esta como el mayor bienestar para el mayor número de personas. Por tanto, lo justo se identifica como lo económicamente óptimo. (14)

En cambio, la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico en la sociedad cubana actual se fundamenta en los principios éticos, valores y derechos humanos, como instrumentos eficientes que dirigen desde un punto de vista metodológico la discusión ética para la toma de decisiones, ante los diferentes dilemas médicos en el debate individual de cada caso concreto, donde se imponen la observancia de buenas prácticas clínicas, donde el conocimiento y la aplicación de la ética son imprescindibles; tema este ya ampliamente abordado con anterioridad en otros artículos. (15) La

salud pública en el socialismo se apoya en la teoría marxista-leninista, que considera al hombre como la más valiosa fuerza productiva; emplea las últimas innovaciones de la ciencia y la técnica en provecho de la salud del hombre.

Las teorías utilitaristas se sustentan en criterios fundamentalmente económicos, su centro de partida se encuentra en las exigencias financieras y los grupos de presión política. Se sigue un análisis fundamental de cuantificar los beneficios, cargas y costos, maximizando los beneficios y minimizando las cargas y costos. Es evidente que estos elementos son esenciales en las teorías utilitarias para la toma de decisiones, en conformidad con las leyes que rigen la racionalidad económica, donde se impone el rendimiento y la utilidad. Ellas se caracterizan por sobreestimar y sobrevalorar la objetividad de sus análisis en relación a los gastos, los costos y las cargas; los jerarquizan, los colocan en un primer plano. Los utilitaristas abordan estas cuestiones morales del mismo modo que los problemas económicos, de manera que no hay ninguna acción intrínsecamente buena o mala, todo vale si es útil. Lo bueno o malo no depende de los motivos de la acción, sino de sus consecuencias; no logran fundamentarse deberes morales propiamente dichos. (16)

La adecuación del esfuerzo terapéutico no se sustenta en criterios económicos, a ningún paciente se le deja de aplicar un tratamiento o medida de soporte vital, por muy costosa que esta sea, con el único fin de ahorrar recursos. Es innegable que la adecuación del esfuerzo terapéutico permite lograr el uso racional y la más adecuada utilización de los recursos materiales disponibles, pero la escasez de recursos económicos en el país no basta por sí solo para fundamentar las decisiones de la adecuación del esfuerzo terapéutico. (17)

No se puede negar que la medicina y la economía no se excluyen mutuamente, la práctica médica no puede obviar, por tanto, los aspectos económicos. No caben dudas de que el uso eficiente de los recursos disponibles es también parte competente de los profesionales de la salud, pero la decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico no se fundamenta, ni tiene que ver con la disminución de los costos y cargas en el sistema nacional de salud, sino con los principios y valores éticos que rigen la práctica médica de los profesionales y técnicos de la salud en Cuba, por sus demostradas convicciones profundamente humanísticas, plasmadas en el Código Internacional de Ética Médica (18) y el Código de Ética de la Medicina Cubana, (19) en demostración del respeto a la dignidad, decoro e integridad de todos los pacientes y sus familiares.

Las teorías utilitarias, al fundamentarse en criterios económicos y de utilidad para la toma de decisiones, llegan a justificar también prácticas consideradas como no éticas, dentro de las que se encuentran el suicidio asistido y la eutanasia; prácticas que no están para nada relacionadas con la adecuación del esfuerzo terapéutico en los pacientes terminales. La adecuación del esfuerzo terapéutico, como buena

práctica clínica, no entra a discriminar entre aquellos enfermos en que vale la pena gastar recursos y en los que no vale la pena gastar, pues tal discriminación preludia la eutanasia.

El carácter mercantilista y tecnocrático, que gobierna a menudo la administración de la salud en algunos países, pone de manifiesto la ausencia de una ética que garantice una muerte digna a los enfermos terminales que irremediablemente han de fallecer.

Una muerte digna significa considerar a los pacientes terminales o moribundos como personas responsables, con sentimientos y percepciones precisas, a quienes deben proporcionárseles los medios materiales necesarios, humanos y espirituales según sus creencias, para que el tránsito hasta la muerte se realice sin sufrimiento, con el apoyo necesario y acompañado de sus familiares, sin acelerar ni retrasar la muerte. Morir con dignidad constituye un derecho esencial del ser humano, el cual debería entenderse como el derecho del enfermo a recibir cuidados paliativos de calidad, con medidas adecuadas y proporcionadas. (20, 21)

La respuesta profesional y científica a las necesidades del paciente en situación terminal se encuentra en los cuidados paliativos. Los cuidados paliativos pretenden ocuparse activamente de los pacientes cuyas enfermedades no respondan a tratamientos curativos. Resulta en estos casos fundamental el control del dolor, de otros síntomas y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar mejor calidad de vida para el enfermo y para su familia, para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos días o meses y tengan una muerte digna. (22, 23)

El Sistema de Salud en Cuba dispone de considerables recursos, aunque indudablemente estos no son ilimitados. Ciertamente que los recursos económicos constituyen un bien escaso y, precisamente por eso, hay que administrarlos justamente. Por esta razón los profesionales de la salud se deberán esforzar en usarlos conscientemente. La salud pública en Cuba constituye un verdadero sistema único, basado en el humanismo socialista, a diferencia de la medicina burguesa, que está penetrada por el espíritu de la empresa privada, el comercialismo, el negocio y la búsqueda de ganancia, todo lo cual repercute desfavorablemente, tanto en la prestación de la asistencia médica, como en los principios morales de los médicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Zeppelin M. ¿Limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico? Revista Altus [revista en internet]. 2015, Jun [citado 7 de noviembre 2017]; 2015(10). Disponible en: <http://bioetica.uft.cl/index.php/revista-altus/item/limitacion-o-adequacion-del-esfuerzo-terapeutico>.
2. Solís García Del Pozo J, Gómez Pérez I. El límite del esfuerzo terapéutico en las publicaciones médicas españolas. Cuad Bioét [revista en internet]. 2012, Sep-dic [citado 7 de noviembre 2017]; 23(3): 641-656. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/875/87525473005.pdf>.

De todo lo expresado aquí, se desprende lo inadecuado de copiar modelos bioéticos de otros países. Tal situación planteada hace necesario que los principios y valores de la bioética deban ser debidamente redimensionados, contextualizados, de manera que respondan a los sistemas socioeconómicos y sociopolíticos de cada país; el análisis bioético debe estar en correspondencia con las realidades, para que pueda servir como instrumento metodológico en la toma de decisiones, acorde a la ideología, cultura, tradiciones e idiosincrasia.

A partir de las reflexiones realizadas se puede, entonces, afirmar que la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico como una buena práctica clínica, de calidad, tanto desde el punto de vista técnico, como ético, jurídico (24) y plenamente acreditada, (25) en el contexto social cubano no está para nada influenciada por las teorías principalistas o utilitaristas propias de los sistemas capitalistas, concepciones ético filosóficas de carácter burgués, ambas propulsoras del principio de autonomía, como se ha descrito. La conducta ético-moral tiene un componente esencialmente valorativo, con una marcada influencia en la conducta individual y estos valores se forman bajo la influencia de un orden social determinado.

La sociedad socialista elabora sin interrupción una medicina científica, en continuo intercambio en el campo de los conocimientos con la medicina científica de las sociedades capitalistas, pero distinta en lo referente a su actuación práctica, a los criterios, principios y modalidades operativos. En el socialismo la medicina y su práctica social se constituyen en una ciencia al servicio del hombre. La salud es reconocida más que como un derecho, como una necesidad primordial, lo que la convierte en un inestimable bien social.

CONCLUSIONES

Está claro que no se deben importar modelos de pensamiento bioético procedente de otros países. La práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico en el contexto sociocultural cubano no está para nada influenciada por las teorías principalista y utilitaria, propias de los sistemas capitalistas. Ella como buena práctica médica se fundamenta en los principios éticos, valores y derechos humanos que imperan en la sociedad cubana actual, ajustada a la Constitución y el ordenamiento jurídico de nuestro país socialista.

3. Restrepo BD, Cossio C, Ochoa FL, Jaramillo JC, Bedoya J, Duque D, Ospina S. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en personal de salud de un hospital universitario. *Pers. Bioét* [revista en internet]. 2013. [citado 7 de noviembre 2017]; 17(2): 216-226. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/revista_revista_abril_2014.pdf.
4. Ara Callizo JR. Adecuación del esfuerzo terapéutico en los pacientes con alteraciones crónicas de la conciencia. *EIDON* [revista en internet]. Dic, 2013 [citado 7 de noviembre 2017]; (40): 25-38. Disponible en: <http://revistaeidon.es/index.php/ficha/18/Adecuacin-del-esfuerzo-terapeutico-en-los-pacientes-con-alteraciones-cronicas-de-la-conciencia>.
5. Betancourt Reyes GL; Betancourt Betancourt GJ. Los dilemas éticos y los conflictos psicológicos en la adecuación del esfuerzo terapéutico. *Rev Cub Med Int Emerg* [revista en internet]. 2016 [citado 7 de noviembre 2017]; 15(4): 21-29. Disponible en: http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/179/pdf_19.
6. Ceballos Alonso MJ, Betancourt Betancourt GJ, Suárez González KM. Limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos y de emergencias. Algunos aspectos bioéticos en los adultos mayores. *Revista de Gerontología y Geriátria. GERINFO* [revista en internet]. 2012 [citado 7 de noviembre 2017]; 17(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000500001&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
7. Tubau Mir J. El principalismo de Tom I. Beauchamp y James F. Childress. Barcelona: Universidad de Vic; 2007. Disponible en: http://rlillo.educsalud.cl/Capac_Etica_BecadosAPS/El_principalismo.pdf.
8. Asamblea Nacional del Poder Popular. Ley de la salud pública. Ley No. 41. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Edición Ordinaria. 15 ago. 1983; LXXXI (61): 1-10.
9. UNESCO. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos [en línea]. Ginebra: UNESCO; 2005 [citado 7 de noviembre 2017]. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
10. Betancourt Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia. *Revista Humanidades Médicas* [revista en internet]. 2011 [citado 8 de noviembre 2017]; 11(2). Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/33/56>.
11. Declaración de la AMM sobre el suicidio con ayuda médica [en línea]. Francia: Asociación médica mundial; © 2015 [actualizado 12 de abril 2015; citado 14 de noviembre 2017]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policias/p13/index.html>.
12. Creagh Peña M. Dilema ético de la eutanasia. *Rev. Cub. Salud Pública* [revista en internet]. 2012. [citado 8 de noviembre 2017]; 38(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662012000100014&script=sci_arttext&tlng=pt.
13. Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana. Discurso de recepción del académico electo Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Manuel Caturla Such. Limitación del tratamiento de soporte vital [en línea]. Valencia: RAMCV; c2014 [actualizado 15 de noviembre 2012; citado 22 de enero 2017]. Disponible en: <http://www.ramcv.com/Discursos/Dr.%20Caturla.pdf>.
14. Sedal MT. Teorías éticas; el utilitarismo [revistas en internet]. España: EL; c2016 [actualizado 28 abril 2014; citado 13 de febrero 2017]. Disponible en: <https://franciscomartintorres.wordpress.com/2014/04/28/teorias-eticas-el-utilitarismo-2/>.
15. Betancourt Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones. *Revista Humanidades Médicas* [revista en internet]. 2014 [citado 8 de febrero 2017]; 14(2): 407-422. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
16. litteranova.com. La ética utilitarista de John Stuart Mill [en línea]. República Dominicana: Generatio Nova; c2016 [actualizado 1 de mayo 2016; citado 13 de febrero 2017]. Disponible en: <http://litteranova.com/wp-content/uploads/2016/11/John-Stuart-Mill-El-Utilitarismo.pdf>.
17. Betancourt Reyes GL, Betancourt Betancourt GJ. Adecuación del esfuerzo terapéutico: aspectos éticos y legales relacionados con su práctica. *Rev Cub Med Int Emerg* [revista en internet]. 2017 [citado 16 de noviembre 2017]; 16(1): 12-24. Disponible en: http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/189/pdf_23.
18. Asociación Médica Mundial. Código Internacional de Ética Médica [en línea]. España: Universidad de Navarra; 2002 [citado 26 de enero 2017]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/ammlondres1.html>.
19. MINSAP. Principios de la ética médica. La Habana: MINSAP; 1985.
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* [revista en internet]. 2012, Ene.-feb [citado 16 de noviembre 2017]; 14(1). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000100010&nrm=iso.

21. Torres-Mesa LM, Schmidt-Riovalle J, García-García I. Conocimiento de la ley y preparación del personal sanitario sobre el proceso asistencial de la muerte. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [revista en internet]. 2013, Abril [citado 16 de noviembre 2017]; 47(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200027&nrm=iso.
22. Hodelín Tablada R. El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. *MEDISAN* [revista en internet]. 2012, Jun [citado 16 de noviembre 2017]; 16(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600015&nrm=iso.
23. Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. *New England Journal of Medicine* [revista en internet]. 2015 [citado 16 de noviembre 2017]; 373(8): 747-755. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1404684>.
24. Betancourt Reyes GL. Un dilema ético actual: ¿Ensañamiento terapéutico o adecuación del esfuerzo terapéutico? *Rev.Med.Electrón* [revista en internet]. 2017, Ago [citado 16 de noviembre 2017] ; 39(4): 975-986. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400012&lng=es.
25. Bueno Muñoz MJ. Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. *Enfermería Intensiva* [revista en internet]. 2013, oct. [citado 16 de noviembre 2017]; 24(4): 167-174. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023991300045X>.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento - No Comercial - Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.