

## La adecuación del esfuerzo terapéutico: ciencia, tecnología y sociedad

### The adaptation of the therapeutic effort: science, technology and society

Gilberto de Jesús Betancourt-Betancourt<sup>1,2</sup>, Gilberto Lázaro Betancourt-Reyes<sup>1,2</sup>, Nguyen Castro-Gutiérrez<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Docente "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey. <sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba. **Correspondencia** a: Gilberto Lázaro Betancourt-Reyes, correo electrónico: bbgilbert.cmw@infomed.sld.cu.

Recibido: 22 de enero de 2018

Aprobado: 2 de marzo de 2018

#### RESUMEN

El desarrollo científico-tecnológico repercute en todos los aspectos de la sociedad. La adecuación del esfuerzo terapéutico es ejemplo de ello. El abuso tecnológico, como resultado del uso indiscriminado y excesivo de las medidas de soporte vital, consecuencia de esa creciente potencia que otorgan la ciencia y la tecnología a los profesionales de la medicina, además de la necesidad de exponer fundamentos que permitan desarrollar en estos profesionales las capacidades para la aceptación de valores, que regulen y limiten el uso de estas tecnologías modernas, animó a los autores a realizar una revisión actualizada de la literatura. El artículo tiene como objetivo fundamental lograr un acercamiento teórico a partir de una reflexión ética acerca de esta problemática actual, donde es necesario que la ciencia y lo humano, los conocimientos científicos y los principios morales y éticos, que rigen la práctica médica, se integren en un mismo proceso.

**Palabras clave:** ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO; DISTANASIA; MUERTE DIGNA.

**Descriptor:** DERECHO A MORIR; ENFERMO TERMINAL; CUIDADOS PARA PROLONGACIÓN DE LA VIDA.

#### ABSTRACT

The scientific and technological development has an impact in all the spheres of society. The adaptation of the therapeutic effort is example of this. The author's motive to carry out this bibliographic review article laid on the technological abuse as a result of the indiscriminate and excessive use of the vital support measures, on the growing potentials offered by science and technology to medical professionals, and on the need to present the foundations which help these professionals develop the abilities to accept the values that regulate and limit the use of these modern technologies. The main aim of the article is to get a theoretical approach taking into consideration the ethical thought about this present-day problem. It is necessary that science and humanness, as well as the scientific knowledge and the moral and ethical values governing the medical practice, get together in only one process.

**Key words:** THERAPEUTIC EFFORT ADAPTATION; DYSTHANASIA; DECENT DEATH.

**Descriptors:** RIGHT TO DIE; TERMINALLY ILL; LIFE SUPPORT CARE.

#### INTRODUCCIÓN

La preocupación por el hombre y sus conflictos es eterna en filosofía. Se puede afirmar con toda seguridad que nunca ha existido sistema filosófico alguno que haya ignorado al hombre y sus problemas. Sería muy difícil sobrestimar el papel que desempeñan los mismos en las investigaciones científicas contemporáneas. Los problemas surgen de las necesidades de la actividad práctica del

hombre, como cierta aspiración a adquirir nuevos conocimientos.

El marcado interés hacia los problemas humanos no ha nacido por casualidad. Teniendo en cuenta la concepción dialéctico-materialista de la ciencia, no se puede olvidar del medio sociocultural en que se desarrolla y al cual se adaptan los miembros de la comunidad científica; ni tampoco de los valores, principios y normas en que se interioriza, en los

Citar como: Betancourt-Betancourt Gd, Betancourt-Reyes GL, Castro-Gutiérrez N. La adecuación del esfuerzo terapéutico: ciencia, tecnología y sociedad. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2018; 43(4). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1273>.



marcos de un determinado período que caracterizan toda una época en el desarrollo científico. La constitución de un determinado estilo de pensamiento está relacionada con las transformaciones de determinada teoría, que posibilita, en una cierta etapa del conocimiento, su mayor desarrollo, convirtiéndose en patrón como nuevo paradigma científico. Desde luego, no se puede elaborar una teoría sin tener en cuenta los conocimientos acumulados por las ciencias.

El desarrollo de la ciencia y los nuevos avances científico-tecnológicos logrados en el campo de la medicina han sido vertiginosos, sofisticados y ascendentes. El acto médico se tecnifica de manera que 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, no es menos cierto que a veces se transforman en un cruel procedimiento de retrasar la muerte, de convertir el acto de morir en un proceso lento y crónico. (1)

Esta situación ha recibido el expresivo nombre de distanasa, ensañamiento o empecinamiento terapéutico, el cual es sinónimo de indignidad humana. La distanasa del griego “dis”, que significa mal o algo mal hecho y “thanatos”, que significa muerte, es etimológicamente lo contrario de la eutanasa; es decir, retrasar el advenimiento de la muerte todo lo posible, mediante medios desproporcionados, aunque no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que ya padece. (2)

La práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico obliga a distinguir necesariamente y con gran precisión entre medidas proporcionales y no proporcionales, entre aquellas medidas ordinarias y extraordinarias de soporte vital susceptibles de poder ser limitadas, saber a diferenciar bien cuales tratamientos serían adecuados o inadecuados a la situación del enfermo. Los miembros del equipo de salud que intervienen en la relación terapéutica, que se establece con el paciente, pueden actuar bien o mal, de modo ético o no ético, haciendo uso adecuado o inadecuado de las medidas de soporte vital disponibles.

No es sorprendente que, dada la gran atención hacia el hombre observada en la actualidad, la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico sea un tema de extraordinaria relevancia social, que atrae la mayor atención no solo de los profesionales de la salud, sino también de los filósofos, sociólogos, psicólogos, antropólogos, científicos y de toda la sociedad. Así entre los numerosos problemas del mundo actual, la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico constituye un tema de marcado interés social, al colocar al hombre en el centro de su discurso, cuyo carácter evidentemente ético no puede ponerse en duda. Constituye una demanda no

solo de la comunidad científica, sino de toda la sociedad.

Actualmente la popularidad y el ruidoso éxito de la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico se puede explicar en parte a que se ganó la fama, por así decirlo, en la problemática humana de evitar el ensañamiento terapéutico o distanasa, como forma de iatrogenia, en aquellos pacientes en los que la muerte es inminente, permitiendo lograr una muerte digna y tranquila en los enfermos terminales; en el carácter humanista de los aspectos que aborda en la toma de decisiones moralmente válidas y justificables.

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. (3, 4)

El interés hacia la problemática del abuso tecnológico, como resultado del uso indiscriminado y excesivo de las medidas de soporte vital, ante la creciente potencia que otorgan la ciencia y la tecnología a los profesionales de la medicina y la necesaria capacidad de estos para fundamentar, enseñar y conseguir la aceptación de valores que regulen y limiten el uso de estas tecnologías modernas, animó a los autores a redactar este artículo que tiene como objetivo fundamental lograr una proximidad teórica a partir de una reflexión ética acerca de esta problemática actual.

## DESARROLLO

El marco teórico-conceptual referencial contemporáneo para el análisis de los problemas, relacionados con la adecuación del esfuerzo terapéutico, sirve para la solución práctica de los nuevos dilemas éticos que surgen al final de la vida. La definición de la esencia humana es precisamente el criterio, el eje de la filosofía del hombre y el fundamento de su característica general.

Respecto a esto, lo demuestra ya el propio hecho de la aguda crítica de los procesos de deshumanización, presentes en la práctica médica, la lucha por reconocer el derecho del hombre a una muerte digna, una vez que la enfermedad ha llegado a la etapa terminal, pone indudablemente de manifiesto el aumento de la autoconciencia de los profesionales de la salud y de su responsabilidad.

La comprensión correcta de la unidad dialéctica de lo biológico y lo social, de lo científico y lo humano, es actual también en relación con la práctica médica de la adecuación del esfuerzo terapéutico, en la lucha contra los intentos de utilizar los logros de la ciencia

y la tecnología moderna de una manera excesiva e indiscriminada, sin tener en cuenta las implicaciones éticas que de estas acciones se derivan. El espectacular poder de algunas de las aplicaciones de la ciencia y la tecnología moderna ha planteado un amplio problema de valores que afecta y preocupa a toda la comunidad científica.

La medicina intensiva es una especialidad dedicada al cuidado de los pacientes en situación crítica, con disfunciones orgánicas graves o potencialmente graves, con riesgo real o posible de muerte, pero latentemente reversibles y recuperables. (5) Un enfermo está grave cuando existe una amenaza importante que compromete su vida, con peligro de morir a corto plazo o alto riesgo de que ocurra la muerte. (6)

Un enfermo está crítico, cuando durante el estado de gravedad comienzan a manifestarse las fallas orgánicas múltiples o secuenciales de funciones vitales, con inminente peligro de muerte, que requiere asistencia especializada y continuada en un área hospitalaria tecnificada, donde sea posible la aplicación de los medios de soporte vital. El paciente crítico es aquel individuo, cuya salud se haya tan comprometida, que hace temer con fundamento un cercano desenlace, pero no todos están condenados a morir irremediamente como consecuencia de su afección, pues algunos son recuperables en potencia. (7)

El desarrollo tecnológico dentro de la medicina intensiva ha llevado a que en ocasiones se les apliquen a los enfermos procedimientos excesivos para el mantenimiento de las funciones vitales, los cuales solo logran en muchos de los casos prolongar la agonía del paciente y el sufrimiento de sus familiares. Es ahí donde radica la fuente de todas las discusiones y divergencias. La instauración y el mantenimiento de medidas de soporte vital en sujetos con enfermedades crónicas terminales, o en situaciones sin esperanza de vida, es una realidad cada vez más cotidiana en las unidades de cuidados intensivos, cuando ya ningún tratamiento podrá restaurar la salud ni la vida, sino solo prolongarla horas o días y a un alto precio. (8, 9)

La adecuación del esfuerzo terapéutico se manifiesta decididamente en contra de semejantes concepciones, puesto que parte de la prioridad de reconocer el derecho, que tienen los enfermos a una muerte digna, hace énfasis en el análisis de la situación de terminalidad y considera que la prolongación de la vida con medios artificiales puede llegar a ser, en ocasiones, una acción degradante, que viola los más elementales principios éticos y, por tanto, es incompatible con el respeto a la dignidad humana. En la esfera de la conciencia moral se perciben como inhumanas.

La realidad de la sociedad contemporánea, altamente desarrollada en el sentido científico-técnico, ofrece en muchas ocasiones causas suficientes para la intranquilidad y para el aumento de la sensación de alarma entre los profesionales. Por ende, el problema que nos ocupa no solo es científico, sino también agudamente ético.

Los optimistas generalmente cierran los ojos ante las consecuencias negativas de la aplicación excesiva de los logros de la ciencia y técnica, y los pesimistas ven en la propia técnica un peligro para la humanidad. Sin embargo, el desarrollo científico-técnico no es culpable ni, mucho menos, la cuestión aquí está en la propia ciencia, sino en aquellas condiciones sociales en que se desarrolla. Los profesionales de la salud saben reconocer los grandes beneficios que la ciencia y los avances tecnológicos le han brindado a toda la humanidad, los cuales indiscutiblemente favorecen la asistencia médica, siempre que se empleen de manera racional y apropiada; estamos conscientes que el desarrollo científico-técnico alcanzado en la medicina no es el responsable de la distansia o ensañamiento terapéutico. Lo son únicamente aquellos profesionales que aplican mal sus conquistas y logros, como consecuencia de la terquedad terapéutica. (10)

Para evitar la confusión y una interpretación distorsionada, es necesario lograr precisión en el empleo de los términos, al hablar sobre la adecuación del esfuerzo terapéutico en el contexto sociocultural cubano, precisar de forma bien clara qué contenidos atribuir a cada uno de ellos.

De este modo, será necesario definir lo que es adecuar el esfuerzo terapéutico en los enfermos. La adecuación del esfuerzo terapéutico, como buena práctica clínica, significa aplicar medidas terapéuticas adecuadas y proporcionales a la situación real del enfermo, al estadio evolutivo de su enfermedad, se evita tanto la obstinación terapéutica, como el abandono, por un lado, o el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida, por otro. (11, 12)

Por tanto, solo se limitan aquellas medidas de soporte vital consideradas como heroicas, extraordinarias, desproporcionadas o no adecuadas, capaces solo de prolongar el proceso de la muerte en aquellos enfermos que irremediamente han de morir; manteniéndose en cambio aquellas medidas terapéuticas y cuidados básicos necesarios, evaluados como ordinarios, proporcionados y adecuados a la situación del paciente. Se trata de adecuar el esfuerzo terapéutico a las condiciones actuales del enfermo. (13)

Los términos, como limitación del esfuerzo terapéutico (LET), limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) o adecuación del esfuerzo terapéutico, se utilizan por diferentes autores en la literatura revisada con el mismo significado, para referirse a la decisión de reajustar los procedimientos médicos, diagnósticos y terapéuticos a la situación clínica real del paciente, a la etapa evolutiva de su enfermedad, en el sentido de evitar actuaciones fútiles que se considera que no van a mejorarle.

Se define como futilidad aquel acto médico inapropiado e inútil, al no ser capaz de lograr el objetivo deseado. Por tanto, su aplicación a un enfermo está desaconsejada, al ser clínicamente ineficaz, no lograr mejorar los síntomas, el

pronóstico, ni las enfermedades intercurrentes, o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, muy superiores a los beneficios esperados. (14, 15)

Es notorio que el peligro de la deshumanización presente en la medicina contemporánea, como resultado del arrollador avance de la revolución científico-técnica y la subvaloración de la relación médico-paciente-familiar, constituye una amenaza latente, al prevalecer hechos y logros científicos sobre valores humanos. (16, 17, 18) Existe en muchas ocasiones un empleo inadecuado de los novísimos logros de la ciencia y la técnica contra el propio hombre. (19)

Muchas veces entre los profesionales de la salud y, muy específicamente, en los especialistas de medicina intensiva existe la tendencia abusiva, a veces, hasta compulsiva, de aplicar toda la capacidad técnica disponible en las unidades de atención al paciente grave, a hacer efectivo todo el poderío técnico moderno y sofisticado con el que están habilitadas estas unidades, sin ninguna consideración de las serias implicaciones éticas que pudieran estar involucradas en el hacer médico, puesto que se relacionan con los límites entre la vida y la muerte, con la condición básica de ser un ser humano y con los derechos que otorga esta condición.

En efecto, la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico consagra enorme atención y exige abordar con prudencia y precaución máximas la solución del problema en el proceso de la toma de decisiones, con relación al empleo o no de determinadas medidas de soporte vital, tomando en cuenta las peculiaridades individuales de cada enfermo, en favor del carácter rigurosamente científico y ético que deben prevalecer, como procesos internamente ligados; esta cohesión se convierte en una necesidad objetiva para la correcta toma de decisiones médicas. Una clara comprensión de las relaciones entre valores y ciencia permite mejorar lo que se profesa, de igual modo, ayuda a ver más rigurosamente otros valores.

Por consiguiente, si no se le da una solución científica-humanística a los problemas relacionados con el final de la vida, no resulta factible en el presente librar una lucha exitosa contra la distanacia, el ensañamiento terapéutico u obstinación terapéutica en todas sus formas y manifestaciones, desde las francamente burdas, como el mantener entubado y acoplado a un paciente a un equipo de ventilación mecánica artificial por tiempo indefinido, sin que exista la menor esperanza de recuperación, hasta las más sutiles, como lo es ingresar a un enfermo en estadio terminal de una enfermedad crónica en una unidad de cuidados intensivos; todas estas actuaciones encubiertas con disquisiciones pseudocientíficas.

Entonces, los problemas viejos y tradicionales de la práctica médica cotidiana adquieren nuevos aspectos, que presuponen la necesidad de un estudio especial ante el avance arrollador de la ciencia y la tecnología, especialmente en el campo

de la medicina. Problemas que habían sido resueltos, de acuerdo con el nivel de conocimientos y posibilidades técnicas existentes en el pasado, se plantean de nuevo y ahora más complejos, los cuales requieren una rápida solución, si se quiere humanizar el adelanto científico-tecnológico alcanzado. Problemas que requieren solución no solo en la teoría del conocimiento, sino también en el terreno de los fenómenos sociales.

Se sabe que el progreso social es, al mismo tiempo, la historia del desarrollo de los individuos. La incorporación de los logros del progreso de la ciencia y la técnica lleva al incremento del principio creador, al proceso que enriquece y desarrolla la personalidad humana. La elaboración de un nuevo lenguaje científico y la renuncia a la vieja terminología fueron condicionadas tanto por las necesidades inminentes, a causa del vertiginoso progreso de la ciencia y la tecnología, con motivo de la revolución científico-técnica, por la lógica del propio desarrollo alcanzado, de la propia teoría, así como por la gran necesidad de lograr un fundamento científico y ético en la toma de decisiones, refutando la errónea idea de que la ciencia, los valores morales y éticos se encuentran situados en reinos totalmente distintos e independientes.

Es necesario mencionar, de manera particular, que el surgimiento y desarrollo de la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos (UCI) fue el resultado de la confluencia de toda una serie de condicionantes sociales, que se fueron gestando desde el advenimiento del mundo moderno, a partir de la revolución científico-técnica, las cuales prepararían el camino para la aparición de esta buena práctica clínica, como movimiento de signo positivo y el marcado carácter científico, pero también humano, que debe prevalecer en la atención médica, en respuesta al amplio desarrollo científico-técnico introducido en la misma; de manera que en virtud de esto se logre conjugar lo científico, lo humano, lo moral, lo valorativo y lo ético, con la especificidad de las mismas. (20)

La amplia difusión de la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico, de su marcado carácter humanístico habla simplemente de la separación, que existía entre las enormes posibilidades que posee la actual comunidad científica médica, para intervenir en los procesos de la vida y la muerte de un enfermo y la inaptitud, para usar estas tecnologías modernas para el soporte vital de una manera adecuada, de modo que se resuelvan las contradicciones entre lo científico y lo humano. Establece una primera apuesta sobre esa imperiosa necesidad de la medicina intensiva de meditar, donde la elección terapéutica en la práctica médica no constituya solo una decisión técnica, sino también una decisión moral, en la que lo científico y lo humano se superpongan en un mismo plano.

La Asociación Médica Mundial reconoce el derecho del paciente a la autodeterminación, para aceptar o rechazar un tratamiento, después de haber recibido la información correspondiente, tal como lo expresa

la declaración sobre los derechos del paciente, adoptada en la XXXIV Asamblea Médica Mundial, celebrada en Lisboa, Portugal. (21) Pero no existe obligación de respetar la petición de un tratamiento, si el médico lo considera contraindicado o no beneficioso.

A tono con las exigencias del socialismo, en nuestro país la Ley de la Salud Pública, o Ley No. 41, aprobada el 13 de julio de 1983, en su artículo 4 dispone que la organización de la salud pública y la prestación de servicios, que a ella corresponde en la sociedad, se basan, entre otros, en "la aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y de la técnica médicas mundiales". (22)

El médico debe usar su conocimiento, experiencia y entrenamiento para determinar el diagnóstico y pronóstico del enfermo, así como las posibles alternativas de tratamiento, al considerar los riesgos y beneficios de cada uno, pero nunca debe emplear cualquier medio que no reporte beneficio para el paciente. Por tanto, el médico se abstendrá de indicar aquellos tratamientos desproporcionados, extraordinarios y fútiles que resulten infructuosos, tal como se recoge en la declaración sobre enfermedad terminal, adoptada por la Asociación Médica Mundial en su XXXIV asamblea, celebrada en Venecia, Italia. (23) Los pacientes tienen derecho a una muerte digna, con tranquilidad y no a una muerte deshumanizada; así, además, lo establece la declaración sobre enfermedad terminal, adoptada por la Asociación Médica Mundial. (23)

La adecuación del esfuerzo terapéutico logra reorientar el actuar humano al servicio del hombre, como buena práctica clínica tributa a la solución de un problema real que está determinando consecuencias no deseadas, como lo es el ensañamiento terapéutico, de manera que ayuda a resolver un problema práctico en el Sistema Nacional de Salud Cubano, pues tiene implicaciones trascendentales para una amplia gama de problemas médicos, a los que se enfrentan los profesionales de la salud en su quehacer diario. La práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico no solo está llamada a entender un problema real que la misma ciencia y tecnología han creado con su impetuoso desarrollo, sino también a solucionarlo.

Por otra parte, al examinar la literatura actual sobre la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico, salta a la vista que prácticamente todas las obras, trátese de un artículo, de un grueso volumen o de una investigación teórica, enfocan el problema de la gran variabilidad que existe a nivel mundial en cuanto a criterios y opiniones con que se lleva a cabo. (12) Es alta la incertidumbre, no existe un consenso explícito en la toma de decisiones y en qué se basan estas decisiones. (24) Existe una enorme variabilidad en la práctica clínica por múltiples factores. (25, 26) Las diferencias entre países e, incluso, entre centros del mismo país son notables. (27, 28) Estos hechos determinan una situación de asistencia inadecuada.

Realmente, la adecuación del esfuerzo terapéutico por la bibliografía consultada no es una práctica

nueva entre los profesionales de la salud, que laboran en las unidades de atención al adulto grave, por el contrario, es muy frecuente desde hace ya algún tiempo, actuación que cada vez se realiza más a menudo en los pacientes ingresados; (29, 30) sin embargo, la misma no está exenta de presentar serios problemas actuales, los cuales han sido abordados ya previamente en otros artículos publicados y que requieren evidentemente de un análisis crítico para la elaboración de nuevos caminos, hacia la búsqueda de rápidas soluciones, todo lo cual obliga a una mayor reflexión sobre tan importante tema de sentido profundamente humanista.

Resulta, por tanto, coherente la introducción de argumentos éticos para encauzar a la comunidad médica científica a ocuparse de los problemas más vigentes, relacionados con la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico y los complejos dilemas éticos, que surgen durante el proceso de la toma de decisiones, con relación al empleo o no de las medidas de soporte vital en un enfermo.

Tal realidad ha corroborado de modo fehaciente la justeza de la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico; ella asume, como práctica médica, una compleja tarea, que requiere innegablemente una adecuada formación profesional y ética, para que los criterios que sustenten la toma de decisiones por los miembros del equipo de salud sean moralmente válidos y confiables.

Los conflictos éticos que se presentan en el campo de la medicina moderna, altamente tecnificada, comprometen actitudes y valores que trascienden con mucho lo meramente clínico, debiendo ser analizados y discutidos en un marco bioético amplio, que abarca los fenómenos fundamentales, relacionados con la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida. El surgimiento y auge académico de la bioética en las últimas décadas obliga a reflexionar sobre la importancia de considerar la ciencia y la práctica médica en su aspecto moral, valorativo. Las habilidades de comunicación efectiva son esenciales para llegar a un entendimiento mutuo y un acuerdo acerca de la conducta a seguir. Esto significa calidad de interacción entre el equipo de salud, los pacientes y sus familiares.

Es muy difícil, para no decir imposible, encontrar una sociedad en la cual exista una única opinión sobre temas que hoy apasionan a la bioética, como lo es la adecuación del esfuerzo terapéutico; no solo por lo polémico y controvertido que es el tema en sí, al abordar aspectos muy sensibles relacionados con la vida y la muerte, sino, también, porque la adecuación del esfuerzo terapéutico, que es uno de los temas que más dilemas éticos ofrece en los tiempos actuales.

A esto habría que añadirle que las sociedades modernas son por esencia abiertas, pluralistas, multiculturales y democráticas, por tanto, ellas abriga en su seno diversas corrientes religiosas, culturales, concepciones morales, políticas y sociales, que dan lugar a que existan posiciones

éticas muy variadas y dispares en relación al tema de la adecuación de las medidas de soporte vital al final de la vida.

Todo lo cual, por supuesto, dificulta llegar a un consenso fácil, amplio y florido con relación a la adecuación del esfuerzo terapéutico. No obstante, es posible lograr, al menos, a conclusiones generalizadoras, a coincidencias básicas, sobre todo en las grandes líneas de acción, relacionadas con esta práctica, lo cual solo es posible a través de un debate amplio y abierto en la sociedad, que garantice el derecho a la libre expresión de las distintas corrientes de pensamiento: socioculturales, religiosas y filosóficas.

Estamos convencidos que Cuba es un país que está en condiciones privilegiadas para llevar a cabo una reflexión bioética profunda, un amplio debate social, capaz de acoger todos los pensamientos serios, rigurosos, coherentemente argumentados y reflexivamente fundados, que permitan estudiar en profundidad el problema, para lograr llegar a acuerdos generalizados de los criterios y opiniones

de la sociedad cubana actual, acordes a su idiosincrasia, cultura, tradiciones y realidad social.

Todas estas condicionantes sociales favorecen, entonces, la reflexión bioética del tema, el debate social amplio, necesario para intentar armonizar las distintas posturas discordantes y poder ofrecer una ética coherente a la actual sociedad pluralista, si se quiere un progreso científico, médico y social a la altura de la dignidad del hombre, requerida por dilemas concretos, que demandan análisis y solución.

## CONCLUSIONES

La medicina moderna, altamente tecnificada, compromete actitudes y valores que trascienden con mucho lo meramente clínico; la adecuación del esfuerzo terapéutico, como buena práctica clínica, obliga a reflexionar sobre la importancia de considerar la ciencia y la práctica médica en su aspecto moral, valorativo. De manera, que surgen nuevos problemas que requieren solución, no solo en la teoría del conocimiento, sino también en el terreno de los fenómenos sociales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. 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 15 de enero 2017]; 15(4): 21-29. Disponible en: [http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/179/pdf\\_19](http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/179/pdf_19)
2. Herreros B, Moreno-Milán B, Pacho-Jiménez E, Real de Asua D, Roa-Castellanos RA, Valenti E. Terminología en bioética clínica. *Revista Médica del IMSS* [revista en internet]. 2015 [citado 15 de enero 2017]; 53(6): 750-761. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im156o.pdf>.
3. 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, Enero-feb. [citado 15 de enero 2017]; 14(1). Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/27772>.
4. 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, Abr [citado 15 de enero 2017]; 47(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3610/361033325027/>.
5. Castellanos-Ortega Á, Rothen HU, Franco N, Rayo LA, Martín-Loeches I, Ramírez P, et al. Formación en Medicina Intensiva. Un reto a nuestro alcance. *Medicina Intensiva* [revista en internet]. 2014, Mar [citado 15 de enero 2017]; 38(5): 305-310. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/formacion-medicina-intensiva-un-reto/articulo/S0210569114000175/>.
6. Espinosa Brito A. Particularidades del enfermo grave. En: Caballero López A. *Terapia Intensiva*. Tomo 1. La Habana: Ecimed; 2006. p. 11-18.
7. Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana [Internet]. Valencia: RAMCV; c2014 [actualizado 15 Nov. 2012; citado 15 Ene. 2017]. Discurso de recepción del académico electo Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Manuel Caturla Such. Limitación del tratamiento de soporte vital. Disponible en: <http://www.ramcv.com/Discursos/Dr.%20Caturla.pdf>.
8. Saravia Bartral MM. ¿Están siendo bien utilizadas las Unidades de Cuidados Intensivos? *Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma* [revista en internet]. 2013. [citado 8 de diciembre 2017]. 13(1): 46-47. Disponible en: <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/download/.../127>.
9. Mendoza López I, Pichardo García LMG. Calidad de vida y dignidad humana en el paciente terminal: opciones para una buena muerte. *An Med (Mex)* [revista en internet]. 2013, Abr.-jun [citado 15 de enero 2017]; 58(2): 112-115. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2013/bc132g.pdf>.

10. Lobo Marreiro C. Responsabilidade civil do médico na prática da distanásia. *Revista Bioética* [revista en internet]. 2013, May-Agos [citado 8 de diciembre 2017]; 21(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3615/361533262014/>.
11. Zeppelin M. ¿Limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico? *Revista Altus* [revista en internet]. 2015, Jun [citado 15 Ene. 2017]; (10). Disponible en: <http://bioetica.uft.cl/index.php/revista-altus/item/limitacion-o-adequacion-del-esfuerzo-terapeutico>.
12. 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 15 de enero 2017]; 23(3): 641-656. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/875/87525473005.pdf>.
13. Ara Callizo JR. Adecuación del esfuerzo terapéutico en los pacientes con alteraciones crónicas de la conciencia. *EIDON* [revista en internet]. 2013, Dic [citado 15 de enero 2017]; (40): 25-38. Disponible en: <http://revistaeidon.es/index.php/ficha/18/Adecuacion-del-esfuerzo-terapeutico-en-los-pacientes-con-alteraciones-cronicas-de-la-conciencia>.
14. Rubio O, Sánchez JM, Fernández R. Criterios para limitar los tratamientos de soporte vital al ingreso en unidad de cuidados intensivos: resultados de una encuesta multicéntrica nacional. *Med Intensiva* [revista en internet]. 2013, Sep [citado 15 de enero 2017]; 37(5): 333-338. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/criterios-limitar-los-tratamientos-soporte/articulo/S0210569112002288/>.
15. Bagheri A. Medical Futility: Is a Policy Needed? *Journal of Clinical Research & Bioethics* [revista en internet]. 2014, Oct [citado 15 de enero 2017]; 5(5). Disponible en: <http://omicsonline.org/open-access/medical-futility-is-a-policy-needed-2155-9627.1000e102.pdf>.
16. Peña Pentón D. El arte de la medicina: ética, vocación y poder. *Panorama Cuba y Salud* [revista en internet] 2014, Sep-Dic [citado 15 de enero 2017]; 9(3): 31-41. Disponible en: <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/viewFile/322/pdf>.
17. Espinosa Brito AD. La clínica y la medicina interna. Presente, pasado y futuro. La Habana: Ecimed; 2011. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/clinica\\_medicina\\_interna/cap11.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/clinica_medicina_interna/cap11.pdf).
18. Martí García C, Paz García Caro M, Schmidt Riovalle J, Fernández Alcántara M, Montoya Juárez R, Cruz Quintana F. Formación en cuidados paliativos y efecto en la evaluación emocional de imágenes de muerte. *Med Paliat* [revista en internet]. 2014 [citado 15 de enero 2017]; 30(20). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X14000251>.
19. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista clínica española* [revista en internet]. 2012, Agos [citado 15 de enero 2017]; 212(3): 134-140. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/limitacion-del-esfuerzo-terapeutico/articulo/S0014256511003122/>.
20. Betancourt Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de atención al paciente grave. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Sistema de Información Científica. Revista Archivos Médicos de Camagüey* [revista en internet]. 2011 [citado 15 de enero 2017]; 15(5): 776-780. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/download/266/205>.
21. Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente [en línea]. Francia: Asociación médica mundial; 2015 [citado 15 de enero 2017]. Disponible en: [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/14/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/14/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage]).
22. Asamblea Nacional del Poder Popular. Ley de la salud pública. Ley No. 41. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Edición Ordinaria. 15 Ago. 1983; Año LXXXI (61): 1-10.
23. Declaración sobre enfermedad terminal. Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983, y revisada por la Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006. *Cuad Bioét* [revista en internet]. 2010, May-Agos [citado 15 de enero 2017]; XXI (72). Disponible en: <http://aebioetica.org/archivos/07-BIOETICA-72.pdf>.
24. 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 15 de enero 2017]; 17(2): 216-226. Disponible en: [http://www.um.edu.uy/docs/revista\\_revista\\_abril\\_2014.pdf](http://www.um.edu.uy/docs/revista_revista_abril_2014.pdf).
25. Manalo MFC. End-of-Life Decisions about Withholding or Withdrawing Therapy: Medical, Ethical, and Religio-Cultural Considerations. *Palliative Care* [revista en internet]. 2013 [citado 15 de enero 2017]; 7: 1-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4147759/>.
26. Hernández-Tejedor A, Martín Delgado M, Cabré Pericas L, Algora Weber A. Limitación del tratamiento de soporte vital en pacientes con ingreso prolongado en UCI. Situación actual en España a la vista del Estudio EPIPUSE. *Medicina intensiva* [revista en internet]. 2014 [citado 15 de enero 2017]; 30(20). Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0210569114001521>.

27. Linhares DG, Siqueira JEd, Previdelli ITS. Limitação do suporte de vida em unidade de terapia intensiva pediátrica. Revista Bioética [revista en internet]. 2013, May-Agos [citado 15 de enero 2017]; 21(2). Disponible en: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/819](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/819).
28. Mark NM, Rayner SG, Lee NJ, Curtis JR. Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. Intensive Care Med [revista en internet]. 2015, Sep [citado 15 de enero 2017]; 41(9): 1572-1585. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-015-3810-5>.
29. Alonso Villán E y col. Mortalidad infantil en un hospital de nivel terciario. Limitación del esfuerzo terapéutico, correspondencia clínico-patológica y precisión diagnóstica. An Pediatr [revista en internet]. 2012 [citado 15 de enero 2017]; 76(6): 343-349. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403311005042>.
30. Gamarra MdP. La asistencia al final de la vida: la ortotanasia. Revista Horizonte Medico [revista en internet]. 2011, Ene.-Jun [citado 15 de enero 2017]; 11(1): 40-46. Disponible en: [http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011\\_I/Art6\\_Vol11\\_N1.pdf](http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011_I/Art6_Vol11_N1.pdf).

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.