

Limitación del esfuerzo terapéutico "al final de la vida": una mirada desde la medicina cubana contemporánea

Limitation of the Therapeutic Effort "At the End of Life": A View from Contemporary Cuban Medicine

Nestor Montero Quesada^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4762-2275>

Patricia I Busto Lugo² <https://orcid.org/0000-0001-8922-4753>

Cesar Hernández Bonilla¹ <https://orcid.org/0000-0003-3320-618X>

Jorge Barbarito Gutiérrez Aquino¹ <https://orcid.org/0000-0001-9275-5248>

María Obdulia Benítez Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0003-2340-0974>

¹Hospital Universitario Comandante Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Cuba.

²Hospital Pediátrico José Luis Miranda. Santa Clara, Cuba.

*Autor para la correspondencia: monteroqn2017@gmail.com

RESUMEN

Los dilemas éticos respecto al cuidado al final de la vida son los más delicados e importantes en la práctica médica contemporánea; rebasan el campo de la bioética por sus implicaciones legales, sociales, culturales y religiosas. Independientemente de la universalidad de los postulados bioéticos, estos deben ser contextualizados atendiendo las características propias de cada nación. El panorama demográfico y epidemiológico de Cuba hace que la problemática tenga un comportamiento similar al mundo desarrollado, lo cual nos motivó a realizar un acercamiento teórico a la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico. Para ello partimos de los principios éticos de la nacionalidad cubana, el escenario social-demográfico, el marco legal vigente y la política de salud en el contexto de las transformaciones económicas que vive el país. Esa estrategia terapéutica no guarda relación alguna con la eutanasia y permite retirar del escenario clínico la distanasia. A la vez, constituye un punto de partida hacia los cuidados paliativos con impacto en lo económico y en el ordenamiento eficiente de los servicios de salud potencialmente beneficioso.

Existe en la literatura nacional un movimiento favorable respecto a esa práctica médica; pero la principal debilidad en el país es la falta de un marco legal que condene la distanasia y reconozca la limitación del esfuerzo terapéutico como la medida que la evita.

Palabras clave: limitación del esfuerzo terapéutico; adecuación del esfuerzo terapéutico; principios éticos; muerte digna; distanasia.

ABSTRACT

Ethical dilemmas regarding end-of-life care are the most delicate and important in contemporary medical practice; this care goes beyond the field of bioethics due to legal, social, cultural and religious implications. Regardless of the universality of bioethical postulates, they must be contextualized taking into account the characteristics of each nation. The demographic and epidemiological panorama of Cuba makes the problem behave similarly to the developed world, which motivated us to make a theoretical approach to the practice of limiting the therapeutic effort. For this purpose, we start from the ethical principles of Cuban nationality, the social-demographic scenario, the current legal framework and the health policy in the context of the economic transformations that the country is experiencing. This therapeutic strategy is not related to euthanasia and it allows dysthanasia to be removed from the clinical setting. At the same time, it constitutes a starting point towards palliative care with an economic impact and in the efficient organization of potentially beneficial health services. There is a favorable movement in the national literature regarding this medical practice; but the main weakness in the country is the lack of a legal framework that condemns dysthanasia and it recognizes the limitation of therapeutic effort as the measure that avoids it.

Keywords: limitation of therapeutic effort; adequacy of the therapeutic effort; Ethical principles; dignified death; dysthanasia.

Recibido: 22/10/2018

Aceptado: 10/07/2019

Introducción

Los dilemas bioéticos relacionados con el cuidado al final de la vida son los más delicados e importantes en la práctica médica contemporánea. La mayoría de los autores se centran en la eutanasia, los cuidados paliativos y el derecho a morir dignamente, diluyéndose en categorizar términos para definir los enfoques del proceso en un marco teórico apegado a la concepción bioética del mundo capitalista occidental.^(1,2) La problemática se ha complejizado

atendiendo a los escenarios en que se desarrolla, la percepción psicológica, sociocultural, legal y religiosa que se tenga. El profesor *Gilberto Betancourt*⁽³⁾ propone que los principios y valores de la bioética deben ser debidamente redimensionados, contextualizados, de manera que respondan a los sistemas socioeconómicos y sociopolíticos de cada país. De modo que el análisis bioético esté 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.

En este artículo se propone un acercamiento teórico a la limitación del esfuerzo terapéutico partiendo de los principios éticos de la nacionalidad cubana, el escenario social-demográfico, el marco legal vigente y la política de salud en el contexto de transformaciones económicas que vive el sistema social en el país.

Contextualizando el dilema

Sin romper con los postulados de la bioética, en Cuba existen condiciones particulares en las que se puede afrontar la problemática. Los valores éticos del pueblo cubano se han desarrollado durante el proceso de formación de la nacionalidad teniendo como premisa la justicia e igualdad de derechos, y como máximos exponentes a Martí y a Fidel. El sistema de salud y el médico como factor capital deben ser portadores de esos principios.

Tomando como paradigma la máxima martiana “...la ley primera de la república debe ser el culto de los cubanos a la dignidad plena del hombre”,⁽⁴⁾ el Estado a través de leyes y normas protege los derechos individuales de los ciudadanos a la vida y a la salud, conforme a lo establecido en los artículo 49 y 50 de la Constitución de la República de Cuba.⁽⁵⁾ Desde esta perspectiva se debe contextualizar la valoración ética respecto al impacto que tienen las intervenciones médicas sobre los pacientes, fundamentalmente si estas tienen un efecto directo sobre la vida.

En los últimos 60 años la población cubana se ha duplicado; el incremento de la esperanza de vida, el decrecimiento de las tasas de fecundidad, natalidad y un saldo migratorio total negativo, han provocado una tendencia al envejecimiento poblacional.^(6,7) El panorama epidemiológico ha cambiado a favor de las enfermedades crónicas no transmisibles, así también, al incremento de los pacientes portadores de enfermedades oncológicas e insuficiencias orgánicas crónicas.^(8,9) En ese contexto social-demográfico y epidemiológico constituye un reto para el sistema de salud el aumento progresivo de pacientes con enfermedades irreversibles en estadios avanzados, los cuales requieren de cuidados particulares, con metas terapéuticas en

función del alivio sintomático, evitando medidas de soporte vital que sobrepasen sus posibilidades objetivas.

La disyuntiva entre no poner o retirar medidas desproporcionadas en esos casos es la esencia del dilema ético sobre la limitación del esfuerzo terapéutico como alternativa a la aplicación de medidas terapéuticas fútiles que solo consiguen posponer el momento y la forma de morir. Esa práctica médica está encaminada a retirar la distansia del escenario clínico. No debe ser valorada como sinónimo de abandono, sino como un procedimiento médico que persigue un fin similar al de los cuidados paliativos frente la eutanasia, donde lo segundo se ve incrementado ante la no solución del primero y ambos tienen una respuesta común en adecuar las medidas médicas a pacientes irrecuperables en función de objetivos paliativos, siendo éticamente aceptada.⁽¹⁾

Otra perspectiva ofrece la World Federation of right to die Society al señalar como eutanasia “la decisión de abstenerse de medios extraordinarios, considerados desproporcionados en la fase terminal y vistos como encarnizamiento terapéutico”.⁽¹⁰⁾ Esa definición deja dudas valorativas sobre la limitación terapéutica y la categoriza erróneamente como una forma de eutanasia. A pesar de que la Organización Mundial de la Salud asume otra postura, existen tendencias divergentes.^(11,12)

José Martí contempló la necesidad de respetar y asumir la muerte humana con dignidad, sin abandonar a quien sufre y padece, cuando expresó: “Respeto la Extrema-unción, porque en la esfera humana de la caridad, es la compasión hacia el enfermo, y el respeto a la muerte, que tantas cosas bellas encierra para mí.”⁽¹³⁾ Pudiera ser esa la premisa que sirva de fundamento en nuestra sociedad para enfrentar la problemática.

La unidad de cuidados intensivos como escenario de conflicto

Existe una tendencia creciente a emplear las unidades de atención al grave como el escenario donde en muchas ocasiones se pretende sean asistidos los pacientes irrecuperables que viven el preámbulo de su muerte, aunque se conoce que el médico intensivista dista mucho de ser el más indicado para paliar síntomas y acompañar el desenlace de un enfermo terminal. La decisión de no ingresar en la unidad de cuidados intensivos debe ser el primer escalón de la limitación del esfuerzo terapéutico.⁽¹⁴⁾ Cuando lo anterior entra en contradicción con intereses administrativos y estadísticos sobrepasa los límites del dilema bioético para transformarse en un conflicto ético, dejando expuesto al paciente a una muerte éticamente cuestionable, al equipo médico en un escenario de conflicto inevitable y al sistema débil ante la disponibilidad de recursos para ofrecerlos a otros que sean sus tributarios. De esta manera expone al personal sanitario y a la administración ante un dilema de justicia.

Estado ético, legal y proyección institucional

En Cuba el interés respecto a la problemática descrita en el presente artículo, ha visto una desproporción entre el enfoque teórico-filosófico y las medidas prácticas. La falta de un pronunciamiento legal que condene la distanasia como delito y la limitación de las medidas terapéuticas como alternativa, constituye la mayor dificultad; quedando esta última sujeta a la interpretación que se haga de ella.^(14,15,16)

Algunos autores asumen que la Ley No. 41, del año 1983 conocida como “Ley de la Salud Pública” refleja en su artículo cuatro la voluntad expresa en el terreno político y jurídico de abordar las cuestiones relacionadas con la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico en el país.^(3,14,17) Otros estudiosos del tema afirman que el código de ética de la medicina cubana, los principales documentos y consensos que regulan la ética médica mundial, incluido el juramento hipocrático, no se oponen a la limitación terapéutica.^(12,14,18) Al respecto consideramos que en el momento en que se aprobó la “Ley de Salud Pública” el escenario clínico-epidemiológico, social y económico en la isla era otro y no evoca de forma explícita respaldo alguno a esa práctica médica. Los documentos rectores de la ética médica, al igual que el pronunciamiento de la 35.^a Asamblea Médica Mundial contra la aplicación de medidas médicas desproporcionadas,⁽¹¹⁾ tampoco constituyen fundamento legal para respaldar la limitación del esfuerzo terapéutico en el país, aunque pudieran ser referentes para legislaciones futuras.

En el orden práctico el aporte más notable de los investigadores cubanos lo constituye el “Consenso sobre Limitación del Esfuerzo Terapéutico”, desarrollado por el Dr. *Gilberto Betancourt* y 30 expertos de todas las provincias del país,⁽¹⁹⁾ quienes, atendiendo a su rigor científico y excelente metodología, enfocado en las particularidades éticas, sociales y económicas de la nación, ofrece las herramientas necesarias para homogenizar la actuación médica respecto a la limitación terapéutica en las unidades de cuidados intensivos de adultos. Sin embargo, su implementación no ha sido extensiva en la red hospitalaria.

En el curso previo al VII Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva URGRAV, “Dilemas bioéticos en UCI. Reflexiones para una buena práctica clínica”, realizado en Villa Clara en abril 2017, donde participaron juristas, médicos y profesores de bioética de varias provincias; el panel de juristas argumentó que salvo lo concerniente al diagnóstico de la muerte encefálica regulado en la Resolución No. 90 de Salud Pública, divulgada en la Gaceta Oficial de la República de Cuba en su edición ordinaria del 21 de septiembre de 2001,⁽²⁰⁾ no existe otra ley que justifique no iniciar o retirar medidas terapéuticas. Plantearon además que desde la perspectiva judicial la limitación del esfuerzo terapéutico puede ser sancionada como un delito, al ser

interpretada como un acto que acelera o provoca el fin de la vida; criterio que el personal médico no compartió. También reconocieron la ausencia de una figura legal que condene la acción terapéutica desmedida.

Sigue existiendo la necesidad de definir posturas concretas por parte de las autoridades sanitarias que regulen y funjan como fundamento en el desarrollo de protocolos de actuación con alcance nacional donde se vean implicados todos los niveles de atención, retirando en lo posible los errores que se derivan de la subjetividad del actuante. No se debe considerar la problemática agotada, ni siquiera suficientemente tratada por la existencia del consenso anteriormente citado, dado que este se limita a las unidades de cuidados intensivos de adultos.

La limitación terapéutica no es patrimonio exclusivo de la atención secundaria, ni del médico intensivista, por el contrario, en muchas ocasiones la falta de conocimientos al respecto, por parte de otros especialistas coloca al intensivista en el escenario de decidir sobre pacientes innecesariamente interconsultados. En otros países esa problemática ha tenido respuesta en el trabajo de las sociedades científicas implicadas, las cuales han emitido sus guías de prácticas clínicas, amparadas por las legislaciones pertinentes.^(10,15,21,22)

Es necesario insistir en que todo el esfuerzo realizado hasta hoy es huérfano de reconocimiento legal. Corresponde a las autoridades pronunciarse al respecto. El contexto constituyente que vive el país resulta ideal para sentar las bases legales que respalden la necesidad de médicos, pacientes y familiares de evitar el empleo desproporcionado de medidas terapéuticas fútiles en el momento final de la existencia humana.

Influencias del dilema en el ordenamiento eficiente de los servicios

Otra arista importante del problema es el impacto negativo de la actuación terapéutica desmedida sobre el ordenamiento eficiente de los servicios. En el contexto de las transformaciones económicas que vive la nación, las autoridades sanitarias reconocen que los grandes desafíos para la salud pública en este siglo no radican en mejorar el acceso, la cobertura o los indicadores sanitarios más importantes, sino en encontrar reservas de eficiencia.⁽²³⁾ Para que un sistema de salud alcance la eficiencia debe conjugar una mejoría continua en sus indicadores y un incremento del bienestar para su población sin riesgos financieros, consiguiendo que para unos recursos dados, se optimicen los resultados en términos de indicadores sanitarios, con un acceso equitativo

a los servicios.^(23,24) Se reconoce que hasta el 30 % del gasto sanitario mundial se pierde en medidas fútiles en los últimos seis meses de vida. Si en 2015 el 30 % de la asignación presupuestaria ejecutada en Cuba para salud pública y asistencia social se hubiera perdido por ineficiencia, ello habría representado 3200 millones de pesos cubanos.^(22,25)

De lo anterior se deduce que la limitación del esfuerzo terapéutico también tiene un gran impacto económico que repercute de manera favorable sobre el uso racional de los recursos y la disminución de gastos innecesarios en el sistema de salud, aunque no debe ser este el elemento que guíe o sustente su práctica. Como propone el *Dr. Betancourt*, la ausencia de la influencia de teorías principalistas y utilitarias propias de los sistemas capitalistas, en la práctica clínica de la limitación del esfuerzo terapéutico, inmersa en el contexto social cubano deben marcar el desarrollo del proceso.⁽³⁾

Su implementación debe formar parte de un enfoque social-sanitario de los cuidados al final de la vida, con escenarios para su desarrollo en todos los eslabones del sistema (desde la atención primaria de salud hasta las instancias terciarias). Solo así se podrá ofrecer una alternativa a los médicos y a la sociedad que permita evitar la instrumentalización desmedida durante el acto de morir y que disminuya la percepción social de la eutanasia como la mejor opción al dolor y el sufrimiento en el momento final de la vida.

Consideraciones finales

El panorama demográfico, clínico y epidemiológico en Cuba muestra un crecimiento acelerado del número de pacientes portadores de enfermedades crónicas que pueden evolucionar a estadios irreversibles, en un contexto donde el desarrollo tecnológico en el sector de la salud permite prorrogar el momento de la muerte cuando se aplican medidas de soporte orgánico fútiles. La adecuación de las medidas terapéuticas en esos pacientes se propone como la medida adecuada para retirar tanto la distanasia como la eutanasia de la práctica médica, y favorecer el desarrollo de los cuidados paliativos. Esto no lacera en ningún sentido los principios de la ética médica, ni los valores éticos de la nación cubana.

La aplicación adecuada de las medidas terapéuticas en general y en ese tipo de pacientes en particular, contribuye a evitar gastos innecesarios y mejorar la eficiencia en los servicios de salud. La falta de pronunciamiento legal e institucional en el país que condene el ensañamiento terapéutico y reconozca la adecuación de las medidas terapéuticas como alternativa, unido a la falta de guías clínicas al respecto, constituyen la mayor dificultad en el momento de tomar esa decisión.

Referencias bibliográficas

1. Casas Martínez ML. Limitación del esfuerzo terapéutico y cuidados paliativos. Bioethics Update. 2017 [acceso 20/04/2018];3(2). Disponible en: [http://www.sciencedirect.com/science/article/pii_S239.pdf](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S239.pdf)
2. Jiménez Pérez S. Decisiones clínicas en el final de la vida. Revisión narrativa. Rev enferm CyL. 2017 [acceso 20/04/2018];9(2):69-75. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/200>
3. 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 [acceso 20/04/2018];42(6). Disponible en: <http://revzoilomarinellosldcu.com/index.php/zmv/article/view/1204>
4. Asamblea Nacional del Poder Popular. Constitución de la República de Cuba: Preámbulo. La Habana; 1992. p. 6.
5. Asamblea Nacional del Poder Popular. Constitución de la República de Cuba: Ley No. 59. Código civil. La Habana: Ministerio de Justicia; 2004.
6. Centro de Estudio de Población y Desarrollo. Indicadores Demográficos de Cuba y sus territorios 2016. La Habana; 2017.
7. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Anuario Demográfico de Cuba. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo; 2016.
8. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016 (Edición Especial). Prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial y asma bronquial según provincia. La Habana: Dirección Nacional de Salud; 2016 abr [acceso 20/06/2018]. Disponible en: <http://bvscuba.sldcu.com/anuario-estadistico-de-cuba/>
9. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016 (Edición Especial). Principales causas de muerte en todas las edades. La Habana: Dirección Nacional de Salud; 2016 abr [acceso 10/08/2018] Disponible en: <http://bvscuba.sldcu.com/anuario-estadistico-de-cuba/>
10. Castillo Picón BN. Análisis jurídico y social del homicidio piadoso en el Perú y argumentos para su despenalización en nuestra legislación nacional [Tesis]. [Huaraz - Perú]: Universidad Nacional De Ancash “Santiago Antúnez de Mayolo”; 2018 [acceso 20/07/2018]. Disponible en: <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/2091>

11. 35.^a Asamblea Médica Mundial. Venecia, Italia. Octubre, 1983. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Enfermedades Terminales. En: Montenegro RM. (ed). Médicos, Pacientes, Sociedad. Derechos Humanos y Responsabilidad Profesional de los Médicos. Documentos de las Organizaciones Internacionales. Buenos Aires, Argentina: EDIGRAF; 1998. p. 27-28.
12. Declaración de Ginebra, Suiza. Juramento de Fidelidad Profesional. En: Montenegro RM. (ed). Médicos, Pacientes, Sociedad. Derechos Humanos y Responsabilidad Profesional de los Médicos. Documentos de las Organizaciones Internacionales. Buenos Aires, Argentina: EDIGRAF; 1998. p. 9.
13. Valdés Galarraga R. Diccionario del Pensamiento Martiano. Ciudad de la Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2012.
14. Betancourt Betancourt GJ, Quintana Carbonell E, Betancourt Reyes GL. El aspecto económico en el debate ético de la adecuación del esfuerzo terapéutico. Rev Cub Med Int Emerg. 2017 [acceso 20/04/2018];16(2). Disponible en:
http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/209/html_98
15. Betancourt Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. Rev Hum Med. 2011 [acceso 20/04/2018];11(2):259-73. Disponible en:
<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/rt/printerFriendly/1043/1449>
16. Betancourt Reyes GL, Betancourt Betancourt GJ. Adecuación del esfuerzo terapéutico: aspectos éticos y legales relacionados con su práctica. Rev Cub Med Int Emerg. 2017 [acceso 20/04/2018];16(1). Disponible en:
http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/189/html_76
17. Asamblea Nacional del Poder Popular. Ley No. 41. Reglamento de la Ley de la Salud Pública. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Edición Ordinaria. No. 61. La Habana; 15 ag. 1983.
18. Reyes Guerrero JA; Cantú G. ¿Los médicos cuentan con herramientas suficientes para dar la orden de “no reanimar”? Aspectos bioéticos en la atención del paciente terminal. Rev Esp Méd Quir. 2013 [acceso 21/07/2018];18(4). Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2013/rmq132g.pdf>
19. Betancourt Betancourt G de J, Pardillo Palomino JF, Mosquera Betancourt G, Casas Rodríguez L. Adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de atención al adulto grave. La Habana: Editorial Universitaria; 2015.
20. Ministerio de Salud Pública. Resolución No. 90/2001 de Salud Pública. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Edición Ordinaria. 21 sep. 2001. La Habana: Ministerio de Justicia; 2001.

21. Simón Lorda P, Esteban López MS, Cruz Piqueras M. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: recomendaciones para la elaboración de protocolos. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.
22. Martos Linares MC. Percepción de enfermería sobre distanasia. Revisión narrativa. [Tesis]. [Jaén, Andalucía]: Universidad de Jaén; 2017. Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/6580>
23. Gálvez González AM, González López R, Álvarez Muñoz M, Vidal Ledo MJ, Suarez Lugo NC, Vázquez Santiesteban M. Consideraciones económicas sobre la salud pública cubana y su relación con la salud universal. Pan American Journal of Public Health. 2018 [acceso 20/08/2018];42(1). Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e28/es>
24. Morales Ojeda R, Arocha Mariño C, Menéndez Bravo JA, Mas Bermejo P, Valdivia Onega Nelly C, Castell-Florit Serrate P, *et al.* Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. Pan American Journal of Public Health. 2018 [acceso 20/08/2018];42(e25). Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e25/es>
25. Sanz Ortiz J. Final de la vida: ¿puede ser confortable? Med Clin. 2001 [acceso 20/07/2017];116. Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/6580>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Nestor Montero Quesada: conceptualización; redacción - borrador original; redacción - revisión y edición.

Patricia I Busto Lugo: conceptualización; redacción - borrador original; redacción - revisión y edición.

Cesar Hernández Bonilla: conceptualización; redacción - borrador original; redacción - revisión y edición.

Jorge Barbarito Gutiérrez Aquino: conceptualización; redacción - borrador original; redacción - revisión y edición.

María Obdulia Benítez Pérez: conceptualización; redacción - borrador original; redacción - revisión y edición.