

EL DEBATE ENTRE LA FUTILIDAD MÉDICA Y LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO. DESDE UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA Y LEGAL

THE DEBATE BETWEEN THE MEDICAL FUTILITY AND LIMITATION OF TREATMENT. PERSPECTIVE BIOETHICA AND LEGAL

Araujo-Cuauro, Juan Carlos¹

Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela

Resumen

Parece lógico que, de forma paralela al incremento progresivo de la capacidad científico, tecnológica y farmacológica de la medicina moderna, con el fin de modificar el curso y la llegada de la muerte, se haya desarrollado el debate acerca de los límites razonables para que el uso de dicha tecnología, siga sirviendo a los intereses de los individuos enfermos. En la actualidad ya nadie desconoce el término futilidad, pero en el ámbito médico y en el paciente crítico irrecuperable o en fase terminal, los objetivos terapéuticos que definen el mismo se ven muchas veces confundidos. Entonces cuándo, cómo y bajo qué restricciones debe evitarse la instauración o el mantenimiento de determinadas medidas de soporte o de tratamiento que puedan resultar inútiles o fútiles que no vienen a prolongar la vida, sino la agonía, el dolor o el sufrimiento, son las cuestiones en torno a las que se anuda lo que, con diferentes denominaciones, se identifica hoy como Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), que consiste en no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida. Que puede ser de dos tipos: no iniciar determinadas medidas o retirarlas cuando están instauradas. Por tanto, la práctica de la LET parece estar presente en la medicina de los últimos cincuenta años, aunque muchas veces no haya sido reconocida abiertamente, quizás por la falta de claridad conceptual, ética y jurídica que ha arrastrado hasta hace bien poco.

Palabras clave: Futilidad médica, limitación, encarnizamiento, esfuerzo, terapéutico.

Abstract

It seems logical that, in parallel with the gradual increase in the scientific, technological and pharmacological ability of modern medicine, in order to change the course and the arrival of death, has developed the debate about reasonable limits for the using this technology, continue to serve the interests of sick individuals. At present no one know the term futility, but in the medical field and in patient critical unrecoverable or terminally ill, treatment goals that define it are often confused. So when, how and under what restrictions the establishment or maintenance of certain supportive measures or treatment that may be useless or futile not come to prolong life, but the agony, the pain or suffering must be avoided are the issues around which it is tied so under different names, it was identified today as limitation of treatment (LET), which is not to apply extraordinary measures or disproportionate to the therapeutic purpose that arises in a patient with poor prognosis and / or poor quality of life. Which can be of two types: not initiate certain measures or withdraw when instauradas. Por therefore LET practice seems to be present in the medicine of the past fifty years, but often have not been openly acknowledged, perhaps due to lack conceptually, ethical and legal clarity that has dragged until recently.

Keywords: Medical futility, limitation, bitterness, stress, therapeutic.

Recibido: 26/02/2016 - **Aprobado:** 30/11/2016

¹Médico especialista en Cirugía General y de Tórax, Doctor en Ciencia Medicas y Abogado Universidad del Zulia. Especialista en derecho laboral y seguridad social Universidad Rafael Urdaneta Publicaciones arbitradas en Revista Vitae, Botica Revista latinoamericana de Bioética. 26 publicaciones entre medicina y derecho. 23 tesis asesorada de especialidad y de doctorado Líneas de investigación en medicina línea de enfermedades pulmonares y en Derecho medicina legal y Bioética. E-mail. jcaraujoc_65@hotmail.com / jcaraujoc95@gmail.com.

Introducción

Desde los tiempos antiguos con el comienzo del arte de las ciencias médicas, las actitudes éticas han jugado un papel fundamental en el ejercicio de la medicina. Si nos remontamos a la medicina de la Grecia Clásica, los deberes del médico griego se dividían en tres grupos: los deberes para con sus pacientes, para con la polis y para con sus compañeros de profesión, (Kite, 2002, p.638.). Además del conocimiento de las ciencias, la profesión médica se basaba fundamentalmente en principios de humanidad, siempre dispuesto a ayudar a los individuos en sus padecimientos corporales. Asimismo el médico tiene entre los principios que guían la obligación imperativa moral, de asegurar los mejores cuidados y el mayor confort a los pacientes y de abstenerse de actuar cuando la muerte o la incurabilidad del enfermo parecían ser fatalidades invencibles.

El desarrollo de la biotecnología ha contribuido a dar pasos prodigiosos en el conocimiento de las ciencias médicas este proceso evolutivo de la pericia médica iniciado lentamente en el siglo XVII acelerado a partir del siglo XIX, emprendió en los últimos cincuenta años una marcha vertiginosa. Esta tecnificación, en los procedimientos médico de diagnóstico y/o tratamiento, ha originado el surgimiento de una serie de conflictos inéditos, de difícil resolución, y desde entonces el médico práctico, debe enfrentar situaciones dilemáticas para las cuales no siempre se encuentran las respuestas adecuadas por lo que urge hallarle racionalidad al acto médico, (Kite, 2002, p.640). En la lucha contra la enfermedad y la prosecución de la vida, aparece a menudo un término de uso reciente en medicina, lo que se ha dado en llamar futilidad terapéutica. Fútil viene del latín, "*futilis*", que significa de escasa

importancia, quiere decir frívolo, trivial, sin significado, sin consecuencias (Nelson, 2003, p. 103). La futilidad apareció en el léxico médico, aunque infrecuentemente, en esta década, la cual se plantea en este tiempo por la incorporación masiva de innumerables recursos tecnológicos diagnósticos-terapéuticos y por el reconocimiento pleno del principio de autonomía que le confiere al paciente la decisión sobre su aplicabilidad en cada caso determinado.

“Una acción fútil, es aquella que no puede alcanzar la meta de la acción, sin importar cuántas veces sea repetida” (Kite, 2002, p.642). Entonces un tratamiento fútil es aquel que no va a alcanzar su finalidad terapéutica, ya que el resultado terapéutico en ese individuo enfermo no podrá percibir ningún beneficio. La futilidad médica trata de llenar la grieta que existe entre el paternalismo médico y la autonomía de los pacientes.

La presencia de acciones médicas supuestamente fútiles, constituye una realidad reconocida históricamente en el ejercicio médico, pero es recientemente en los últimos años, donde se hace necesario e imprescindible realizar un análisis de los problemas ético-morales originados por ésta situación. Es en efecto, que este concepto que se remonta desde la medicina de los antiguos griegos y que hoy en día, es fundamento de la medicina moderna que practicamos. Por lo tanto, constituye un imperativo moral que el médico evite la futilidad terapéutica y privilegie la dignidad de su paciente. Por otro lado el llamado “encarnizamiento terapéutico” (Ara, 2005, p. 32-39.), es un fenómeno cultural multifactorial expresado que traduce de manera parcial aunque expresiva, el término más académico de “Distanasia”, palabra de origen griego que significa “muerte difícil o angustiosa”. Consiste en la aplicación excesiva de

procedimientos o medios tecnológicos en lo posible, sean proporcionados o no, para retrasar el advenimiento de la muerte, a pesar de que no haya esperanza alguna de curación, es la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas, con el objetivo de alargar innecesariamente la vida en la situación claramente definida de agonía. Es decir la expectativa de curación inculcada por la sociedad.

Es en efecto, que estos conceptos que se remonta desde la antigua medicina Greca, y que en nuestros días tiene una sinonimia, ya que tiende a ser el fundamento de la medicina moderna que practicamos. Por lo tanto, constituye un imperativo moral que el médico evite la futilidad, el encarnizamiento o la llamada Obstinación terapéutica y privilegie la dignidad de su paciente.

Futilidad y la limitación del esfuerzo terapéutico en nuestros días

En los comienzos del siglo XXI, el ser humano se ha encontrado en una encrucijada, nunca antes vista, esto es debido la rapidez con que ha avanzado el desarrollo de la ciencia, la tecnología y el avance de las fuerzas productivas las cuales habían alcanzado una magnitud como en el siglo XX, lo que produjo un salto específico que fue denominado como la revolución tecnocientífica de la cual no escapa la medicina. Los grandes avances de la medicina, tanto técnicos como farmacológicos ocurridos en las últimas décadas, que a veces incluso permiten posponer el momento de la muerte, actitud que nunca se debe adoptar ante la situación de enfermedad terminal, producen otro hecho que se da con más frecuencia de la deseada, que consiste en la práctica, también llamada ensañamiento o encarnizamiento terapéutico, en un intento irracional de luchar contra una muerte que está próxima y que es inevitable. (Herreros, 2012, p. 119-164). Es

por esto que en los modernos y altamente tecnificados hospitales del mundo, sobre todo a nivel de las Unidades de Terapia Intensivas, donde en muchas ocasiones se le aplica a los pacientes internados medidas que prolonguen su vida a pesar de que se encuentran en estado terminal, totalmente irreversible e irrecuperable de su enfermedad, procedimientos excesivos e innecesarios para el mantenimiento de las funciones vitales, los cuales solo vienen en muchos de los casos a prolongar el proceso natural del fenómeno de la muerte o solo consigue prolongar que el paciente sobreviva con una grave afectación orgánica u otro tipo de secuelas y con ello, la agonía y el sufrimiento del enfermo y de su entorno familiar, lo que ha determinado el surgimiento de un tipo nuevo de paciente: el “paciente en situación clínica límite”. (Paredes, 2012, p. 163).

La decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas, cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos con objeto de no caer en la obstinación terapéutica, es lo que se denomina Limitación del esfuerzo terapéutico. Cada vez están más implementadas las medidas de limitación del esfuerzo terapéutico, cuando se valora que el paciente después de un intento terapéutico no tiene posibilidades razonables de recuperación.

Es por ello que surge el término “inutilidad terapéutica”, que se refiere a aquel tratamiento correctamente aplicado y con indicación precisa, pero que no obtiene el resultado esperado; por el contrario, la “futilidad terapéutica” será aquel tratamiento que desde el principio no proporciona un beneficio y que seguramente fracasará en su intento de alcanzar el objetivo que se plantea con el enfermo; “una acción fútil es aquella que no puede alcanzar la meta de la acción, sin importar cuántas veces se repita”.

La Medicina moderna en sus últimas décadas, está pugnando por erigir una serie de principios de corte racional y universal de validez que dirijan al médico a entender que tiene a su disposición una serie de determinados medios tecnológicos o farmacológicos, que debe de usar en todos los casos, al margen de la expectativa de supervivencia y calidad de vida de su paciente. Cuando una persona se enferma, comienza un complicado proceso de consultas médicas, utilización de sofisticados medios auxiliares de diagnóstico, e instauración de tratamientos cada vez más complejos y costosos, esta actitud se conoce como “imperativo tecnológico” (Paredes, 2012, p.171), y ha caído en descrédito al amparo de la actual concepción que reconoce entre los derechos de las personas enfermas, el de no aceptar una actuación médica cualesquiera que sean sus consecuencias.

Desde esta circunstancia, la limitación del esfuerzo terapéutico hace alusión a la decisión médica de no instaurar o de retirar las medidas de soporte vital, cuando estas en vez de curar, por el contrario la enfermedad progresa, el enfermo se ve agobiado por el empleo de nuevas exploraciones altamente tecnificadas que persiguen alcanzar un diagnóstico más preciso de la enfermedad o se implantan medidas terapéuticas más agresivas, cuando se debe marcar la diferencia entre dichas medidas y los fines a conseguir.

Desafortunadamente en muchos de los casos la enfermedad sigue su curso y llega un momento en el que tanto el paciente como el médico se preguntan hasta qué punto es conveniente seguir adelante, debido a que si la finalidad de las medidas terapéuticas son facilitar o no la evolución de la enfermedad hacia la muerte, sin someterse a prolongar la fase agónica y evitando la futilidad terapéutica. Los profesionales al servicio

de sector salud (médicos), enfermeras, los enfermos y la sociedad entera, siguen ensayando e intentando conceptualizar unos principios que señalen el límite entre lo útil y lo fútil. Es decir, el esfuerzo terapéutico debe ser directamente proporcional a los años de vida tras el tratamiento para evitar el denominado riesgo de futilidad “fisiológica”, cuando la intervención *no puede lograr el objetivo* y a la calidad razonable de estos, (Hernando y col, 2007, p.129-135). Más aun evitar el otro riesgo denominado la futilidad “cuantitativa”, en la cual se considera *altamente improbable* que la intervención propuesta logre el objetivo terapéutico y finalmente la que apunta como cualitativa, según la cual la intervención si fuera exitosa llevaría a tan desagradable desenlace que se considera mejor no intentarla.

Acá entran en juego las cuatro variables como lo es por un lado; el médico con su propia forma de ser y de pensar, el paciente con su personalidad y su situación clínica de enfermo, la familia y su actitud en ese entorno familiar, y por último la sociedad cargada con su marco deontológico, jurídico-legal de las decisiones médicas.

Los profesionales de la salud, siempre intentan decidir, a priori, si una medida terapéutica tiene probabilidades razonables de beneficiar a un paciente, a través de un balance favorable al ponderar los riesgos versus los beneficios. Si esta expectativa de beneficio es mínima o nula, y si requiere especialmente enfrentar sufrimientos o riesgos fuera de proporción con el resultado esperable, rechazamos tal opción terapéutica, declarándola *fútil*, en estos casos, la conducta éticamente correcta es asegurar la aplicación de todas las medidas terapéuticas útiles disponibles, sin prolongar situaciones de sufrimiento para el paciente y su familia, teniendo en cuenta que la demanda de la sociedad ha cambiado, pasando de pedir

la máxima eficacia, a pedir la máxima ayuda en base al respeto de su voluntad y el conocimiento de su necesidad.

Según Hipócrates, el objetivo de la medicina “es disminuir la violencia de las enfermedades y evitar el sufrimiento de los enfermos, absteniéndose de tocar a aquellos en quienes el mal es más fuerte y están situados más allá de los recursos del arte”.

El acto médico fútil

Los conceptos en torno a la relación apropiada entre beneficios terapéuticos y efectos negativos, han ido cambiando con el tiempo, pero están remotamente de lograr un consentimiento. Desde el papado de Pío XII, se habla de tratamientos ordinarios y extraordinarios, nomenclatura que a poco andar se considera inapropiada por cuanto el alcance de lo extraordinario depende de las circunstancias y varía en el tiempo. Se prefiere entonces hablar de tratamientos proporcionados y no proporcionados, pero de allí nació una polémica que resultó insalvable, (Nelson, 2003, p. 113). La proporcionalidad puede ser entendida como una relación, conveniente a los intereses del paciente, entre los beneficios que otorgarán el tratamiento y los efectos negativos que deberá aceptar. Se terminó por rechazar también estos términos por considerar que eran excesivamente consecuencialistas y desestimaban, que ciertos actos eran intrínsecamente malos “*semper et pro semper*”, es decir, incondicionalmente.

El acto médico de por sí, es la relación interpersonal entre enfermo y médico, es un momento especial en la vida de ambos, con características específicas, tiene aún en estos tiempos de medicina en equipo y trabajo coordinado que tantos frutos ha dado, la recomendación de que exista siempre un médico responsable, que hará las veces de “puente” entre el enfermo, sus familiares o

representantes legales y el equipo médico, pues hay muchos avatares que intervienen en la medicina actual.

Mientras que un acto médico logra beneficiar al enfermo y éste ha consentido para validar la intervención médica y/o el plan terapéutico a sabiendas que los efectos negativos pueden ser muy graves, estarán cumplidos los requerimientos de la bioética. No obstante, situaciones clínicas críticas en que la relación entre lo positivo y lo negativo se vuelve opaca, y donde las decisiones de los diferentes interlocutores pueden llevar a discrepancias y conflictos. A fin de manejar estos problemas, apareció por primera vez en la literatura la bioética el término de “futilidad terapéutica”, que se está utilizando con más entusiasmo que con propiedad, ya que tampoco aquí se encuentran consensos semánticos o conceptuales.

Partiendo del término de futilidad terapéutica: para la bioética un “acto médico fútil”, es aquel acto médico cuya aplicación está desaconsejada en un caso concreto, ya que es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas, ni las enfermedades intercurrentes del paciente, o bien porque de manera previsible producirá perjuicios personales, familiares, económicos o sociales desproporcionados al beneficio que se espera y reservar su dignidad hasta el final. Se ha invocado en caso de resucitación cardiopulmonar, mantenimiento artificial de funciones vitales, pérdida irreversible de las funciones cerebrales, tratamientos agresivos de enfermos terminales o tratamientos que ofrecen una calidad de vida muy baja.

En su nivel más básico, la determinación de futilidad terapéutica implica que, en el empleo de las pruebas disponibles, no se produce el esperado efecto beneficioso a consecuencia del tratamiento. Sin embargo la polémica sobre el concepto gira en torno

al problema de cómo hacer ese juicio sobre la futilidad de una intervención, un juicio que además puede modificarse a lo largo del tiempo, porque lo que ahora no es fútil puede serlo dentro de unas horas y viceversa.

Las enfermedades avanzadas en pacientes geriátricos, la cronificación de las enfermedades neoplásicas, los procesos neurodegenerativos evolucionados y entre otras situaciones, generan unas series de problemas a la hora de tener que tomar decisiones seriamente responsable en la práctica médica diaria, es por ello que se hace necesario que para darle una solución oportuna a cerca de la polémica desatada sobre la futilidad terapéutica, es necesario desarrollar consensos en toda la comunidad médica y aplicarlo en la práctica del ejercicio profesional. La Organización Médica Colegial en la Declaración de Pamplona de 1998, (Iceta, 1995), indica: “La Medicina y el final de la Vida:

1. Todo enfermo desahuciado tiene derecho a un exquisito cuidado de su calidad de muerte. El médico con ciencia, experiencia y conciencia debe sentir el deber y poner los medios para procurar a cada moribundo su mejor muerte. El enfermo desahuciado es aquél para el que ya no existe esperanza alguna de curación.

2. El médico debe evitar toda acción terapéutica fútil en el enfermo desahuciado. Es fútil todo acto médico inútil, sin valor real para el enfermo.

3. Todo enfermo desahuciado debe recibir los “cuidados paliativos”, adecuados para obtener la mejor calidad posible de cuidados terminales.

4. La vida es el bien más importante que tenemos, pero no es un valor absoluto que deba mantenerse a costa de todo, porque la muerte es un hecho natural, que acaba

igualando a todos; a los enfermos y a sus médicos y cuidadores.

5. Una medida terapéutica está indicada cuando viene avalada por el conocimiento científico o la experiencia previa, y el beneficio que se espera obtener de ella supera sus riesgos potenciales.

Dicho estos, desde la mitad del pasado siglo XX, hasta nuestros días, la medicina tiene más capacidad de prolongar o retrasar el final de la vida, a través de numerosos medios de soporte que le permiten en ciertos casos ganar tiempo para que actúe una determinada medida terapéutica, o que el individuo recupere la salud. Las técnicas de soporte vital provocaron un cambio en el proceso del morir. Los profesionales de la medicina tenían un dominio sobre la vida desconocido hasta entonces. Podían determinar el momento de la muerte y la forma en que esta acontecía. Sin embargo no han podido evitar que la muerte no se produzca, porque la tecnología no es inocua, y produce daños que a veces superan el beneficio, mantener la vida buscando un hipotético beneficio para los pacientes les llevaba, con frecuencia, a no estimar el perjuicio que se les provocaba a los enfermos en fase terminal o mal pronóstico o que su supervivencia se acompañe de secuelas que afecten a su calidad de vida, con un alto costo de sufrimiento, a veces también de dinero y del denominado encarnizamiento u obstinación terapéutica, concepto que está íntimamente relacionado con “futilidad médica” (Fernández, 2005, p. 338-41).

Esto condujo a la apertura de un gran debate sobre la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), que si lo conceptualizamos o definimos “no es más que la terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida” (Ameneiros y col, 2006, p. 174-178). Sin

embargo, el término LET, no es del todo apropiado, porque la limitación también incluye, con frecuencia, a procedimientos diagnósticos, y no sólo a los terapéuticos. No se trata de un debate técnico, la gran duda razonable, es si debemos o podemos aplicar una medida diagnóstica o terapéutica a un paciente en concreto cuando existen valores ético, religioso y/o jurídico en conflicto. Prolongar el final de la vida, que es un valor en sí mismo, puede colisionar con otros valores, como el respeto a las decisiones del paciente, el cuidado de la calidad de vida, o con la atención a otras personas cuando los recursos son limitados. La LET, se establece en pacientes cuya situación clínica es grave, irreversible o terminal, es decir es la figura opuesta a la Obstinación profesional (diagnóstica o terapéutica), ensañamiento o encarnizamiento terapéutico, que también ha sido llamada Distanasia (Gherardi, 1998, p. 755).

El concepto de encarnizamiento terapéutico cuyo sinónimo son; ensañamiento, empecinamiento u obstinación terapéutica. Se considera una práctica médica basada en la aplicación de métodos extraordinarios y desproporcionados de soporte vital en enfermos terminales de las que, por el grado de deterioro del órgano comprometido, no suministran beneficio alguno a los pacientes y simplemente prolongan innecesariamente su agonía ya que lleva implícito un componente de ensañamiento o crueldad, ocurre cuando el avance científico y tecnológico supera su regulación legal y ética (Calipari, 2007).

En el encarnizamiento terapéutico, se insiste en la aplicación de medidas desproporcionadas, cuyo beneficio real es poco probable en pacientes graves, los que de acuerdo con la experiencia previa e índices pronósticos, son considerados terminales o no recuperables, se continúan aplicando estas medidas fútiles a pesar de las molestias,

dolor, sufrimiento, riesgo, costo económico y moral, conducta que no tiene justificación técnica ni ética, es decir es lo opuesto a la LET (Betancourt, 2011,p.259).

Por tanto dan lugar al deterioro desde el punto de vista físico, psicológico y social, motivo por el cual no son aceptables desde el punto de vista ético. De ahí el término de “Medicina Fútil”, entendida como la intervención sin un propósito útil para el enfermo o totalmente inefectiva. Por ello es difícil definir con precisión la futilidad, es también difícil definir con cuánta frecuencia se brinda asistencia que se considera fútil, y qué no es asistencia fútil. En estos casos debemos preguntarnos: ¿es el fin planteado?; si es factible cómo se establecen los límites, ¿Hasta dónde hay que llegar cuando la recuperación se presenta como improbable o imposible de acuerdo a los criterios de la medicina actual?, Es decir, ¿dónde empieza la prolongación estéril de la vida? ¿A qué costo en el paciente? y por último, ¿cuál es la utilidad o beneficio esperado? Es decir ¿quién adopta la decisión de limitar el tratamiento? En otras palabras, ¿cómo se define el nivel de calidad para que la vida merezca la pena de ser vivida?

Sin duda alguna no se debe confundir futilidad con racionamiento; La futilidad está basada en un juicio clínico, la intervención médica es fútil a pesar de los excesos o escasos recursos. Mientras que el racionamiento es la intervención negada a alguien que puede beneficiarse de ella.

Hoy en día, está cada vez más aceptado que la preservación de la vida mediante medidas agresivas, a un costo personal intolerable para el enfermo en fase terminal, no es la vía más adecuada y cuando no allá la probabilidad lógica de recuperación, debe limitarse o suspenderse las medidas terapéuticas, porque vulneran los principios

bioéticos fundamentales (No Maleficencia y Beneficencia), ya que mantenerlo conduce a retrasar la muerte en vez de prolongar la vida, (Royes, 2005, p. 391-5). El respeto a la dignidad del enfermo con la aplicación de medidas sencillas con el menor riesgo, costo y molestias posibles, evita el encarnizamiento terapéutico, lo que se denomina adistanasia u ortotanasia, que permite una muerte con dignidad, debido a que el objetivo de la medicina no es sólo combatir la muerte, sino luchar contra la muerte prematura y la muerte inoportuna y, cuando ello no es posible, evitar el dolor y el sufrimiento para permitir un final tranquilo.

Futilidad médica y la Limitación del Esfuerzo Terapéutico desde la perspectiva bioética

Desde el comienzo de la Medicina, las actitudes éticas han desempeñado un papel fundamental en la práctica médica. En la Grecia clásica, uno de los principios que guiaba la obligación moral del médico respecto a sus pacientes era, el imperativo de abstenerse de actuar cuando la muerte o la incurabilidad del enfermo parecían ser fatalidades invencibles. Esta decisión quedaba a merced del saber y de la prudencia del médico griego, que, ante todo, procuraba respetar el curso de la naturaleza, sin intentar dominarla ni someterla.

El término futilidad ha sido y es uno de los puntos más controvertidos del debate acerca de los aspectos bioéticos de la atención médica al final de la vida. Un primer problema por considerar que tiene el médico de hoy en día al enfrentarse a estos problemas, son los cuatro principios de la bioética moderna, postulados que reflejan las buenas intenciones, las posiciones morales, éticas, filosóficas y por tanto clasistas, que esencialmente provienen de los tiempos de Hipócrates, con ligeras modificaciones que sustenta

en nuestra época los juicios a la futilidad y la limitación del esfuerzo terapéutico; es el principio de no-maleficencia. Este principio obliga al profesional médico a proteger del daño a sus pacientes realizando sólo aquellas intervenciones que están adecuadamente indicadas, se sustenten en evidencias suficientes y sean seguras. Cuando una intervención médica no constituye una buena práctica clínica sino que se transforman en medidas extraordinarias o fútiles, entonces los médicos no solo no deben instaurarla, sino que tampoco están obligados a iniciarla, incluso aunque el enfermo la solicite desde el principio de autonomía. Es más, los profesionales deberán retirarla en caso de haberse iniciado previamente por algún motivo.

No obstante, el quebrantamiento de las obligaciones derivadas del principio de no maleficencia respecto a la no instauración o retirada de intervenciones ineficaces o inseguras tiene un segundo efecto ético derivado: el quebrantamiento del Principio de Justicia. Instaurar lo inútil, lo fútil, o no retirarlo a tiempo, implica hacer un uso ineficiente de los recursos sanitarios que tiene repercusiones claras en la equidad del sistema de salud. Es muy frecuente que en estos casos, estos principios entren en conflicto, y el médico debe analizar cuidadosamente todas las variables para tomar la mejor decisión.

Es importante aclarar que estos principios, como principios al fin, obligan siempre, pero a la vez tienen jerarquías. La no maleficencia y la justicia son principios de primer nivel y están por encima de la beneficencia y la autonomía que son principios de segundo nivel (Tapiero, 2001, p. 650-654). En decir en pocas palabras, desde el punto de vista bioético, no hacer daño a un individuo siempre será más importante que hacerle bien.

El médico siempre identificado con la beneficencia buscará hacer el bien, aliviar el dolor y el sufrimiento y de ser posible curar la enfermedad. A tal fin, hoy cuenta con complejas técnicas diagnósticas y terapéuticas que le permiten resolver situaciones que hace pocos años, no pudiera haber imaginado. El problema se presenta cuando se acerca a los límites de la maleficencia; ir más allá de lo que puede hacer. Pasar este límite significa caer en la futilidad terapéutica o encarnizamiento terapéutico (Barbero, 2002, p. 151-170.).

La orientación paternalista, que aún priva hoy en día en muchos médicos, suele originar confusión de que existe la obligación de seguir en forma indefinida tratamientos que no aportarían ningún beneficio razonable al paciente. En estos casos, el obstinamiento o ensañamiento terapéutico, pudiera considerarse una forma de hacerle daño al paciente y violaría el principio de no maleficencia, que en orden jerárquico está por encima del principio de la beneficencia.

El principio de justicia exige una adecuada utilización de los recursos diagnósticos y terapéuticos en los pacientes en fase terminal o críticos, se requiere y es indispensable que los miembros del equipo de salud conozcan los aspectos éticos y legales implicados en el tratamiento de este tipo de pacientes. Entonces en el análisis ético surgen varios problemas a considerar: (a) Tiene graves consecuencias éticas no tratar a un paciente potencialmente curable, pero también es éticamente inadmisibles que un paciente incurable reciba tratamientos que no están indicados para él de acuerdo con su situación biológica, (b) El daño puede producirse tanto por omisión como por acción, (c) Sólo se deben implementar las medidas terapéuticas que guarden la debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible.

El segundo problema por considerar es la autonomía del paciente. Entre el paternalismo más tradicional, el autonomismo más extremo y la burocratización más rígida se encuentra un amplio abanico de posibilidades en las que se desarrolla de hecho la práctica médica (Tapiero, 2001, p. 650-654). Un problema muy serio frente a la autonomía es la conspiración de silencio, es decir, los familiares se oponen a que el enfermo tenga información, “el paciente está pero no cuenta”, claramente, su autonomía se ve usurpada con las decisiones de la familia que no siempre transmiten la escala de valores del paciente sino la suya propia. Sin duda, la autonomía y el respeto a las decisiones humanas son conquistas de relevancia indiscutible, irrenunciable y se deben contemplar en el final de la vida.

Es menester aceptar el hecho de que una enfermedad, no puede controlarse a pesar de haber hecho un esfuerzo para ello y suspender un tratamiento, es moralmente tan aceptable como decidir previamente que la enfermedad no puede ser controlada eficazmente y no iniciar medidas de soporte vital.

El surgimiento y desarrollo de la bioética y sus principios, pretende argumentar, sostener y definir la conducta médica, en la aplicación de nuevas tecnologías cada vez más poderosas en el ámbito de la existencia de la vida en particular la humana, ha predisuesto por un lado un esfuerzo en la ponderación sobre los límites y orientación sobre la utilización de la tecnología, pues no se pone en duda lo positivo que representa la aplicación de los modernos recursos terapéuticos, pero por otro lado a veces estos se transforman en un cruel y agónico procedimiento de retrasar la muerte. Esta situación ha recibido el expresivo nombre de distanasia, ensañamiento o encarnizamiento terapéutico, el cual es sinónimo de indignidad

humana al atentar contra los principios bioéticos. (Tapiero, 2001, p. 650-654).

Desde la Deontología Médica se nos orienta a que nuestra actuación con el enfermo en fase terminal sea adecuada desde el punto de vista ético. Así, el actual Código de Deontología Médica (CDOM), aprobado durante la CXL reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, 24-26 de Octubre de 2004, hace referencia, aunque de un modo indirecto, a la limitación del esfuerzo terapéutico en los: **artículo 82**, reza lo siguiente: “El enfermo terminal no debe ser sometido a la aplicación de medidas de soporte vital derivadas de la tecnología, las cuales sólo servirán para prolongar la agonía y no para preservar la vida”.

Artículo 83. “Cuando un enfermo terminal padezca de dolor, el médico debe auspiciar el empleo de analgésicos en dosis suficientes con el fin de aliviar el sufrimiento. De ser posible se deben llevar a cabo medidas terapéuticas especializadas para calmar el dolor”.

Artículo 84. Es obligación fundamental del médico el alivio del sufrimiento humano (...).”.

Debe encontrarse entonces un equilibrio, evitando los dos extremos, inaceptables desde el punto de vista ético: la Eutanasia por un lado, y el Encarnizamiento por el otro. Ni la obstinación que llevaría al encarnizamiento terapéutico, ni el abandono son respuestas éticas ante un enfermo al final de la vida. Los principios bioéticos tienen una presencia muy importante en la práctica médica, se plantean a diario una serie de problemas, muy particulares en la comprensión; ante un paciente en situación terminal lo que se hace o se deja de hacer con la intención de prestarle el mejor cuidado, permitiendo la llegada de la muerte, no

solamente es moralmente aceptable sino que muchas veces llega a ser obligatorio desde la ética de las profesiones médicas.

Futilidad médica y la Limitación del Esfuerzo Terapéutico desde la perspectiva jurídico-legal

Además de los aspectos antes mencionados, es importante conocer el marco legal existente en el mundo de cual nuestro país no escapa. Uno de los problemas centrales desde la perspectiva jurídica, esta relacionado con el final de la vida, es la limitación del esfuerzo terapéutico, ya que su correcta práctica se traduce en limitar esfuerzos cuando las circunstancias del paciente dan la certeza de que no existen posibilidades de recuperación. La limitación de esfuerzo terapéutico es la decisión meditada sobre la no implementación o la retirada de las terapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán a ningún beneficio en el paciente.

Con frecuencia los médicos alegan que no limitan la aplicación de tratamientos en pacientes en etapa terminal de una enfermedad por el temor a verse involucrados en problemas legales. En los últimos años los temas relacionados a la denominada futilidad médica, encarnizamiento terapéutico, ensañamiento terapéutico o distanasia y el derecho a morir, han cobrado fuerza dentro del ordenamiento jurídico de algunos países.

Sin embargo para mucho estos conceptos, son sinónimo de indignidad humana y por lo cual su causa es multifactorial, pues intervienen factores derivados del propio avance científico-tecnológico y de su aplicación desproporcionada y excesiva en medicina, factores socioculturales dados por las desmedidas expectativas de curación del individuo que a veces existe en la sociedad, del requerimiento de preservar siempre la

vida biológica como valor sagrado y de la ausencia de una decisión unívoca que asume la existencia de límites en las acciones médicas.

La muerte es un hecho real que afecta al ser humano y que provoca diferentes debates dependiendo de la concepción filosófica que se tenga del mundo, así como de los principios y valores que imperen en cada sociedad.

En las últimas décadas se ha iniciado el debate donde ese expone el interés por el conocimiento, valoración y adecuado tratamiento de los enfermos en situación terminal; son extensas y múltiples las publicaciones literarias que abordan este tema. Se trata de la medicina de cuidados paliativos, que se ocupa de la atención integral y soporte de los pacientes durante la fase final de su enfermedad, así como el apoyo a su entorno familiar con las medidas adecuadas y proporcionales a la situación médica real del enfermo, sin tener que acortar ni tampoco prolongar el proceso de la muerte.

La limitación del esfuerzo terapéutico, en cambio no provoca la muerte, como práctica clínica significa aplicar medidas terapéuticas adecuadas y proporcionales a la situación clínica real del enfermo, de esta manera se evita tanto la obstinación terapéutica como el abandono, por un lado, o el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida, por el otro, (Betancourt, 2011, p.273).

Para el Derecho, y en particular para el Derecho Penal, un aspecto de máxima relevancia es que el individuo afectado mantenga o no una capacidad intelectual suficiente para comprender la situación en la que se encuentra, su evolución previsible y las consecuencias que de ésta pueden derivarse para él. No existe una Ley específica

reguladora, con carácter general, de la actividad médica asistencial, por lo cual, las conductas de los profesionales de la salud se regirán por las disposiciones legales generales previstas para el comportamiento de cualquier ciudadano.

En Estados Unidos de Norteamérica, la decisión de continuar o interrumpir un tratamiento corresponde solamente al enfermo. En Europa, esta situación se considera habitual, aunque tampoco puede negarse la existencia de algún tipo de futilidad médica o enseñanza terapéutico, motivado por evitar una demanda de responsabilidad civil o penal por no haber tomado una medida necesaria para la supervivencia del enfermo.

En el marco deontológico, no es solo en el derecho español que la doctrina o la sociedad quienes aceptan el no al encarnizamiento terapéutico o medidas fútiles, sino que también son los médicos quienes no la aceptan. Según el Código de Deontología Médica Española en su **artículo 27, numeral 2** que expresa: “El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad”. Asimismo el **artículo 117** rechaza el ensañamiento terapéutico, al obstinarse inútilmente en dar la vuelta a una situación irreversible; el mismo establece:

En caso de enfermedad terminal, el médico debe evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza cuando haya la evidencia de que estas medidas no pueden modificar la irreversibilidad del proceso que conduce a la muerte. Debe evitarse toda obstinación terapéutica inútil. El Médico favorecerá y velará por el derecho a una muerte acorde con el respeto a los valores de la condición humana.

Mientras que en el marco jurídico venezolano, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), consagra los derechos humanos en su **artículo 19**. “El Estado garantizará a toda persona, conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos (.....)”, en ese mismo sentido consagrado el derecho a la vida en el **artículo 43**, reza que: “El derecho a la vida es inviolable. Ninguna ley podrá establecer la pena de muerte, ni autoridad alguna aplicarla (...).”.

Por otra parte es necesario precisar el derecho a la salud que junto al derecho a la vida es procedente destacar, este derecho se encuentra garantizado en el **artículo 83** “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida (...).”.

En tal sentido es importante conocer que, de acuerdo con en el marco Deontológico venezolano, si bien está prohibida la eutanasia activa, según el **artículo 84** del Código de Deontología Médica (CDOM), aprobado durante la CXL reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, 24-26 de Octubre de 2004, expresa:

Es obligación fundamental del médico el alivio del sufrimiento humano. No puede, en ninguna circunstancia, provocar deliberadamente la muerte del enfermo aun cuando éste o sus familiares lo soliciten, como tampoco deberá colaborar o asistir al suicidio del paciente instruyéndolo y/o procurándole un medicamento en una dosis letal”.

El médico no está obligado a la utilización de tratamientos fútiles en pacientes que se encuentran en la etapa terminal de una enfermedad, así lo expresa el **artículo 28** de la ley de Ejercicio de la Medicina, que rezan: “El médico o médica que atienda a enfermos

o enfermas irrecuperables no está obligado al empleo de medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida.

Asimismo el **Artículo 82** del CDOM. “El enfermo terminal no debe ser sometido a la aplicación de medidas de soporte vital derivadas de la tecnología, las cuales sólo servirán para prolongar la agonía y no para preservar la vida”.

Parágrafo Uno: Distanasia: es la utilización de medidas terapéuticas de soporte vital que conllevan a posponer la muerte, en forma artificial. Es equivalente a ensañamiento terapéutico, encarnizamiento terapéutico o hiperterapéutico.

Parágrafo Dos: en aquel paciente críticamente enfermo cuya evaluación por consenso de los médicos tratantes sea considerado como enfermo terminal, la conducta se regirá por lo contemplado en este artículo.

Finalmente en el marco jurídico la ley prohíbe el uso dispendioso e injustificado de la atención de cuidados intensivos en pacientes irrecuperables **artículo 29** de la Ley de Ejercicio de la Medicina, expone:

El ingreso y la permanencia de los enfermos o enfermas, en las unidades de cuidado intensivo deberán someterse a normas estrictas de evaluación, destinadas a evitar el uso injustificado, inútil y dispendioso de estos servicios en afecciones que no las necesiten y en la asistencia de enfermos o enfermas irrecuperables en la etapa final de su padecimiento.

El motivo principal de la dificultad para decidir sobre la futilidad desde la perspectiva legal es que el término “futilidad” está cargado de valor y su empleo con frecuencia involucra confusión, contradicciones y controversia.

Sin embargo no existe ninguna Ley en nuestro marco jurídico, que regula este

tema, lo que lo hace desconocido por lo que se hace necesario a que se legisle y se creen procedimientos legales para este tipo de situaciones medico legales, en los pacientes que se encuentre en fase terminal de su enfermedad y con ellos el final de su vida, puedan tener algún tipo de protección en contra de las medidas terapéuticas que se consideren fútiles que puedan acarrear o terminal en un encarnizamiento terapéutico o distanasia. La medicina moderna junto con el bioderecho debe procurar en la no aplicación de medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida lo que se conoce como la limitación del esfuerzo terapéutico (LET).

Conclusiones

Las decisiones con respecto al final de la vida deben ajustarse al conocimiento actual de la medicina y decidir conductas diagnosticas o terapéuticas que son éticamente correctas. No cabe en duda que el advenimiento de las nuevas tecnologías, cada vez más compleja, ha despejado inmensos y muy beneficiosos caminos de curación, lo que muchas veces origina que estemos sometido, bajo la omnipotencia de dichos avances tecnológicos. Sin embargo, estos caminos a veces no han ido de la mano de la dignidad de las personas, o no siempre han sabido articularse con cada persona en particular, con su realidad, sus necesidades, las necesidades de su familia o con otros en situación similar.

Ante la duda razonable, lo ético y lo correcto es proceder en favor de la vida, cuando aplicamos alguna medida diagnostico-terapéutica que puedan resultar fútiles, que prolongue la vida a costa de inútiles y desproporcionados tratamientos, debemos analizar si tal medida es razonable, ya que

si no podemos caer en el encarnizamiento terapéutico, y lo ideal es que en cuyo caso se debería plantear la limitación del esfuerzo terapéutico. Plantear la LET a un paciente enfermo o su familia no es situación fácil para los profesionales de la salud. La mejor actuación debe ser consensuada por todo el equipo asistencial y de ser necesario, la consulta al comité de ética. La limitación del esfuerzo terapéutico es un tema de gran interés entre los problemas éticos en el final de la vida.

Referencias bibliográficas

- Ameneiros Lago E, Carballada Rico C, Garrido Sanjuan JA. 2006. Limitación del esfuerzo terapéutico en la situación de enfermedad terminal: ¿nos puede ayudar la bioética a la toma de decisiones? *Revista Medicina Paliativa*.13 (4):174-178.
- Ara JR. 2005. El problema de los tratamientos inútiles. Consideraciones teórico-prácticas en el paciente con demencia. *Neurol Suppl*. 1(4):32-39.
- Asamblea Nacional 2000. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. *Gaceta Oficial* 5.453 (Extraordinario), Caracas, Venezuela.
- Asamblea de la Federación Médica Venezolana 2004. Código de Deontología Médica.
- Asamblea Nacional 2011. Ley del Ejercicio de la Medicina. *Gaceta Oficial* No. 39.823. Caracas, Venezuela.
- Barbero Gutiérrez Javier. 2002. Sufrimiento y responsabilidad moral. Dolor y sufrimiento en la práctica clínica. Ed. Fundación Humanidades Médicas, p. 151-170. Consultado en noviembre de 2015 Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono2/Articulos/articulo12.pdf>.
- Betancourt Betancourt Gilberto de Jesús. (2011). Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. *Rev. Hum*

- Med 11(2), 259-273. Disponible. Consultado 19/11/15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid.
- Calipari M. 2007. "Curarse y Hacerse Curar: entre el Abandono del paciente y el Encarnizamiento Terapéutico". Ética del uso de los medios terapéuticos y de soporte vital. Buenos Aires. Editorial Educa.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos 2011. Código de deontología médica español. Consultado 2/12/15. Disponible en www.cgcom.es.
- Fernández R Baigorri F, Artigas A. 2005. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? *Revista de Medicina Intensiva*.29 (1): 338-41.
- Gherardi Carlos. 1998. Encarnizamiento terapéutico y muerte digna. Mitos y realidades. *Medicina* (Buenos Aires) 1998; 58:755-762
- Hernando P., Diestre G., Baigorri F. 2007. Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?. *Anales Sis San Navarra*. 30(3): 129-135. Consultado 29/10/15. Disponible en: http://portal.revistas.bvs.br/scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid.
- Herreros B. Palacios, G. Pacho, E. 2012. Limitación del esfuerzo terapéutico. Consultado 29/10/15. Documento en línea Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script>.
- Iceta M. 1995. El concepto médico de futilidad y su aplicación clínica. Doctorado en Bioética. Universidad de Navarra.
- Kite S, Wilkinson S. 2002. Beyond futility: to what extent is the concept of futility useful in clinical decision-making about CPR? *Lancet Oncol*.3 (10):638-42.
- Ley del Ejercicio de la Medicina Gaceta Oficial No. 39823 (19/12/2011).
- Nelson SN. 2003. "Do everything!" Encountering "futility" in medical practice. *Ethics Med*. Summer.19 (2):103-13.
- Paredes Escobar, María Cristina. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. *Acta bioethica*, 18(2), 163-171. Consultado 10/09/15. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script>.
- Royes A. (2005). Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación de esfuerzo terapéutico. *Rev Calidad Asistencial*. 20:391-5).
- Tapiero A, Azulay. 2001. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? *An. Med. Interna (Madrid)*, 18(12): 650-654. Consultado 19/11/15. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script>