

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

PERSPECTIVAS

José Juan García¹
UCCuyo

Martín Godoy²
Fundación CenCor - San Juan

María del Carmen Nievas³
Fundación CenCor - San Juan

Resumen

La primera tarea del hombre maduro ante la propia muerte es considerarla como hecho real, inevitable, susceptible de interpretación y de integración a la vida. Esto postula la necesidad de desvelar el sentido último del impulso humano por pervivir, por escapar al impacto mortal.

Pero no podemos. Morir no es una posibilidad más, un optional, sino que es el fin ineludible de nuestra biología y biografía personal. Pero dentro de sí hay una semilla de eternidad que, por ser irreducible a la sola materia, se levanta contra la muerte, y nos alza la frente hacia un horizonte inacabable, junto al Dios de la Vida. El espíritu humano pervive más allá de la muerte, justamente porque no es materia.

Palabras clave: muerte; vida; biología; Dios.

¹ Doctor en Teología (Roma 1994), Doctor en Filosofía (Mendoza 2000) y Doctor en Historia (Mendoza 2013). Vicerrector de Formación de la UCCuyo. Entre sus libros publicados se encuentran: Discípulos de Jesús. Teología moral fundamental; Encuentro con filósofos. Diálogo crítico; Filosofía y vida; Bioética y familia; Bioética para una cultura de la vida; Bioética, Persona y Utopía; El Cristianismo en la Historia, Pasión por el Hombre; Vida Moral de los Padres de la Iglesia: su presencia hoy; co autor de Vida y pensamiento. Diálogos en el camino.

² Lic. en Biología Molecular (UNSL, 2005); y Doctor en Ciencias Biológicas (UNCuyo, 2013). Autor de varios arts. en Reev. Internacionales.

³ Médica, UNCórdoba, 2003, y Especialista Cardiocirujana en el INCOR, San Pablo, 2017.

LIMITATION OF THERAPEUTIC EFFORT PERSPECTIVES

José Juan García
UCCuyo

Martín Godoy
Fundación CenCor - San Juan

María del Carmen Nieves
Fundación CenCor - San Juan

Abstract

The first task of the mature man in the face of his own death is to consider it as a real, inevitable fact, susceptible to interpretation and integration into life. This postulates the need to reveal the ultimate meaning of the human drive to survive, to escape the deadly impact.

But we can not. Dying is not just another possibility, an optional, but it is the inescapable end of our biology and personal biography. But within itself there is a seed of eternity that, being irreducible to matter alone, rises up against death, and raises our foreheads towards an endless horizon, next to the God of Life. The human spirit survives beyond death, precisely because it is not matter.

Keywords: death; life; biology; God

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

PERSPECTIVAS

José Juan García

UCCuyo

Martín Godoy

Fundación CenCor - San Juan

María del Carmen Nievas

Fundación CenCor - San Juan

Introducción

La primera tarea del hombre maduro ante la propia muerte es considerarla como hecho real, inevitable, susceptible de interpretación y de integración a la vida. Esto postula la necesidad de desvelar el sentido último del impulso humano por pervivir, por escapar al impacto mortal.

Pero no podemos. Morir no es una posibilidad más, un *optional*, sino que es el fin ineludible de nuestra biología y biografía personal. Pero dentro de sí hay una semilla de eternidad que, por ser irreducible a la sola materia, se levanta contra la muerte, y nos alza la frente hacia un horizonte inacabable, junto al Dios de la Vida. El espíritu humano pervive más allá de la muerte, justamente porque no es materia.

Quien ama, sabe que la muerte del amado vendrá alguna vez, aunque la embriaguez del amor no le invite a pensar en ello; el que ama acepta el alba y el crepúsculo a la vez y es consciente de que toda alba, lleva en su primera aurora el crepúsculo final.

El filósofo francés Emanuel Lévinas anota: “Un amor más fuerte que la muerte: fórmula privilegiada”. Lo que llamamos amor, es fundamentalmente el hecho de que la muerte del otro me afecta como la mía. El amor al otro es “la emoción por la muerte del otro. Es mi forma de acoger al prójimo”. Por ello un ideal es morir naturalmente rodeado de los brazos del amor. Sí morir en la ternura, como reflejo de haber vivido en esa ternura. Y además, sabiendo que la ternura del Padre Eterno nos espera...

Ayudar al paciente depresivo, por ejemplo, es intentar descubrir persuasivamente un sentido de la vida. Y hasta un sentido al dolor, como por ejemplo, el sentido redentor. Ni venimos de la Nada ni somos nada ni vamos hacia ella. Venimos del Amor y hacia allí vamos.

Hay que considerar al agua, alimentación por cualquier vía y el alivio de los analgésicos como medios proporcionados y ordinarios de toda terapia para un paciente terminal. Son medios normales y como tales, obligatorios para todo paciente. Hay que distinguirlos prudentemente de los medios desproporcionados o extraordinarios, que no gozan de una esperanza cierta de éxito o de beneficio para el paciente y como tales puede ser utilizados en lo posible o bien pueden en algún momento, faltar. Aceptar la muerte es aceptar una ley de la vida.

Es muy justo que nadie quiera ver el sufrimiento del ser querido. Por ello la necesidad de los diversos tratamientos que hoy la Medicina facilita para aliviar el dolor.

Principio de proporcionalidad terapéutica

Proponer que la conducta médica adecuada en la atención de pacientes al final de la vida es aquella que respeta - por un lado - el deber moral de preservar la salud y la vida, y - por otro - el deber moral de aceptar la muerte, supone afirmar que existe un criterio ético que permite delimitar las intervenciones médicas consideradas como moralmente obligatorias, de las que no lo son⁴. En otras palabras, supone aceptar que es posible distinguir cuando la omisión de terapias es moralmente lícita, dado que permite al paciente morir en paz, y cuando la omisión representa un acto de eutanasia (pues es – en definitiva – la verdadera causa de la muerte). Este criterio ético, que permite distinguir entre lo moralmente obligatorio, lo optativo y lo ilegítimo, es el llamado principio de proporcionalidad terapéutica.

En un intento por ofrecer una guía que ayude a distinguir las intervenciones médicas que son éticamente obligatorias de las que no lo son, la tradición ética propuso – ya en el siglo XVII - la clásica distinción entre medidas ordinarias y extraordinarias, que hoy se conoce como principio de proporcionalidad terapéutica. Este principio sostiene que

⁴ “Todas las personas tienen la obligación moral de usar medios ordinarios o proporcionados para preservar su vida. Y por medios proporcionados se entiende aquellos que, a juicio del paciente, ofrecen una esperanza razonable de beneficiarle y que no supongan una carga excesiva para el enfermo o que impongan un gasto excesivo para la familia o para la comunidad”. CONFERENCIA EPISCOPAL DE EE. UU., Ethical and Religions Directives, n 56. Aquí el acento, como se ve, se pone más en el juicio propio del paciente que en el del profesional médico. También se puede decir que no será posible lograr un juicio recto del paciente acerca de lo razonable de beneficio a obtener de una intervención médica sin el juicio del médico. Se requiere de los dos, paciente y médico. No olvidemos que la Beneficencia posee primado sobre la Autonomía.

existe una obligación moral de implementar todas aquellas intervenciones médicas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado esperable. Aquellas medidas en las que esta relación de debida proporción no se cumpla se consideran desproporcionadas y no son moralmente obligatorias. La relevancia moral de realizar este juicio de proporcionalidad terapéutica estriba, entonces, en la posibilidad de distinguir entre una limitación de esfuerzos terapéuticos (LET) que sea éticamente justificada (legítima) y una omisión que podría – en la práctica – representar un acto de eutanasia por omisión.

Por tanto, para determinar si existe la obligatoriedad moral de implementar una determinada intervención médica se debe realizar un juicio de proporcionalidad terapéutica.

Este juicio moral resulta de una cuidadosa ponderación del tipo de terapia a realizar, confrontando los esfuerzos necesarios para implementarla, con los resultados esperables y teniendo siempre en cuenta tanto las condiciones personales del paciente, (físicas, psicológicas, espirituales, familiares, sociales, económicas, etc.), como su voluntad y la jerarquía de valores que el paciente haya manifestado. Es importante recalcar que este juicio moral de proporcionalidad terapéutica es mucho más que un mero cálculo costo/beneficio.

Algunos de los elementos que siempre se deberían tomar en cuenta a la hora de juzgar la proporcionalidad de una intervención médica son: La certeza plena del diagnóstico; La utilidad o inutilidad de la medida (Medicina basada en evidencias); Los potenciales riesgos y/o efectos adversos que la intervención puede llevar aparejados; Las alternativas de acción, con sus respectivos beneficios y riesgos; El pronóstico del paciente con y sin la implementación de la medida; Los costos, entendidos en el sentido amplio del término, es decir, las cargas físicas, psicológicas, morales, familiares, sociales, económicas, etc.; Las circunstancias concretas del enfermo; La voluntad, la jerarquía de valores y/o las preferencias del paciente.

No está de más recordar aquí que, para emitir un juicio moral acerca de la proporcionalidad (o adecuación) de una terapia en un paciente determinado, es necesario haber alcanzado un grado razonable de certeza en el diagnóstico clínico. Por tanto, se suele afirmar que el recurso a las medidas diagnósticas, que posibiliten

establecer un diagnóstico clínico bien fundado, tiene justificación ética, pues es una condición previa necesaria - aunque no suficiente - para emitir un juicio acerca de la proporcionalidad de las terapias. En otras palabras, se asume que las intervenciones diagnósticas suelen ser proporcionadas, pues el proceso diagnóstico es un proceso en beneficio de la salud del paciente.

Elemento clave del juicio de proporcionalidad es la determinación de la utilidad de la medida. Sin embargo, establecer la utilidad de una determinada medida no siempre resulta fácil. En los últimos años se ha escrito mucho sobre la noción de utilidad/inutilidad médica. La abundancia de la literatura refleja la dificultad que comporta precisar esta noción.

Schneiderman (1998) propone una noción de inutilidad centrada en el beneficio del paciente, que incluye tanto aspectos cuantitativos como cualitativos. El componente cuantitativo de su definición propone considerar como inútiles aquellas medidas terapéuticas para las cuales los datos empíricos disponibles arrojan una probabilidad menor o igual al 1% de beneficiar al paciente. Sin embargo, este aspecto cuantitativo no es independiente del componente cualitativo, pues la definición de utilidad/inutilidad propuesta por este autor se basa en una distinción entre efectos y beneficios. De acuerdo a Schneiderman (1990), los efectos se limitan a una parte del organismo, mientras que los beneficios involucran a la persona considerada como un todo. Según este autor, un tratamiento que sólo tuviera efectos y que no ofreciera beneficios al paciente debería considerarse inútil. Sin embargo, esta concepción de la utilidad terapéutica enfatiza excesivamente la experiencia consciente del beneficio, incurriendo en los riesgos del subjetivismo. De hecho, la experiencia subjetiva de los beneficios aportados por una determinada medida terapéutica no es un parámetro fidedigno para evaluar su eficacia, como puede apreciarse en situaciones como la terapia antihipertensiva o la terapia hipoglicemiante en los pacientes diabéticos.

Salvando esta dificultad, Christensen (1992) propone una distinción entre inutilidad o no efectividad absoluta, fisiológica y desproporcionada. El concepto de inutilidad absoluta se aplica a aquellas intervenciones que son completamente inefectivas en términos fisiológicos. Es evidente que nadie está obligado a hacer cosas inútiles en este sentido. El concepto de inutilidad estadística expresa una baja probabilidad de alcanzar

un determinado resultado. Esta información estadística, no implica, en cuanto tal, una valoración moral, pero constituye un dato éticamente relevante que ha de ponderarse en el juicio de proporcionalidad. Más relevante es, por tanto, el concepto de inutilidad desproporcionada, que designa un juicio moral que, sobre una baja probabilidad estadística, concluye que la implementación de una determinada intervención no se justifica por relación a los sufrimientos que puede ocasionar, a sus riesgos o costos, etc. Este concepto incluye, por tanto, un dato estadístico y un juicio valórico. El dato estadístico no se refiere sólo a los efectos fisiológicos que ella sea capaz de inducir, sino que hace referencia al beneficio global que pueda reportar al paciente en términos de preservar o recuperar la salud. Así, por ejemplo, no basta que un determinado tratamiento sea útil en términos de reducir o aumentar la presión arterial o el potasio en la sangre, si estos efectos no significan un beneficio real para la evolución global del paciente.

En términos reales podríamos decir que la valoración del componente estadístico de la utilidad compete sobre todo al médico, en virtud de sus conocimientos técnicos, y que la valoración del componente cualitativo corresponde primariamente al paciente y su familia, pues representa un juicio valórico. Con esto no pretendo insinuar que la labor del médico se limite a la evaluación de los datos estadísticos. El juicio médico incluye siempre necesariamente elementos valóricos. Lo que intento decir es que no corresponde al médico emitir en forma unilateral un juicio de proporcionalidad, pues correría el riesgo de proyectar sus propios valores al paciente. Ello podría conducir – por ejemplo – a la segregación a determinados pacientes o grupos de pacientes, negándoles sistemáticamente el acceso a determinadas terapias. En este sentido resulta especialmente delicado incluir juicios acerca de la calidad de vida y del peso que se le deba atribuir a este componente en un juicio de proporcionalidad a la hora de decidir limitar terapias. Surgen aquí complejos problemas relacionados con la objetividad de este tipo de juicios, que sobrepasan los límites de este trabajo.

Toda intervención médica lleva aparejada ciertos riesgos. Intuitivamente podríamos suponer que la objetivación del pronóstico de un paciente debería facilitar la toma de decisiones en medicina. Sin embargo, esta intuición no ha sido demostrada empíricamente aún. Desde comienzos de la década de los '80 se están utilizando en las

unidades de cuidados intensivos escalas destinadas a estimar la severidad de la condición clínica de un paciente. Tenemos, por ejemplo, los sistemas APACHE, SAPS, MPM y otros, basados en algunos parámetros tanto clínicos como fisiológicos, que han demostrado guardar una estrecha relación con el pronóstico de sobrevida de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Aunque estos sistemas de evaluación de riesgo han sido útiles en investigación clínica, no se ha podido demostrar aún su eficacia en disminuir la incertidumbre a la hora de tomar decisiones frente a un paciente individual. Se han emprendido estudios destinados a evaluar si la entrega activa de información estadística es capaz de facilitar la toma de decisiones médicas. Tenemos así, por ejemplo, los estudios HELP y SUPPORT. A diferencia de los sistemas previos, que fueron diseñados para pacientes de la UCI, estos modelos pronósticos buscan predecir la probabilidad de muerte de paciente hospitalizados en otros servicios hospitalarios o incluso de adultos mayores que se encuentran en sus casas. A pesar del enorme esfuerzo informativo realizado, SUPPORT no logró demostrar que el disponer de datos empíricos efectivamente facilitara la toma de decisiones por parte de médicos y pacientes. Dado que la intuición indica que mejorando la certeza del pronóstico y la comunicación entre médico y paciente debería facilitar las decisiones clínicas, especialmente aquellas decisiones de limitar terapias, surge la pregunta por las razones del aparente fracaso de SUPPORT. Una posible explicación de este hallazgo está dada por la dificultad que existe siempre al intentar aplicar las estadísticas generales a los casos particulares. Siempre es necesario complementar el componente cuantitativo del pronóstico con un juicio prudencial respecto de la situación particular y ello es fuente de importantes dilemas morales en la toma de decisiones médicas. Además, es importante tener presente que la mortalidad representa sólo uno de los pronósticos en clínica. En la actualidad no contamos con buenos modelos predictivos para establecer otro tipo de pronósticos, hecho que representa una nueva fuente de incertidumbres y dilemas morales en las decisiones de limitar terapias.

La evaluación de la posibilidad real de implementar una determinada terapia es también una parte constitutiva del juicio de proporcionalidad. Una terapia dada podría definirse como beneficiosa, pero ser juzgada desproporcionada en una situación dada, si es, por ejemplo, demasiado costosa de implementar, demasiado difícil de obtener o

sencillamente inasequible. Por lo tanto, en casos calificados, la obligación moral de implementar aquellas terapias juzgadas como beneficiosas podría ser suspendida en razón del contexto global de paciente. Una situación así podría ocurrir en países en vías de desarrollo o en lugares muy apartados, donde los recursos médicos no siempre están ampliamente disponibles. Ello plantea dilemas morales muy complejos relacionados con la justicia social en la distribución de recursos en salud, cuyo análisis sobrepasa los objetivos de este estudio.

Reflexiones Finales

La Bioética Personalista es la que mejor brinda el cuadro filosófico para ocuparnos de estos delicados temas del final de la vida. Importa siempre respetar la persona, su dignidad, su ser mismo, que no tiene precio.

Para que un juicio de proporcionalidad sea legítimo, requiere estar fundado en datos objetivos. Es posible, por tanto, referirse a elementos objetivos que siempre deberán ser tomados en cuenta a la hora de emitir un juicio de proporcionalidad terapéutica.

Emitir un juicio de proporcionalidad terapéutica requiere prudencia y un profundo respeto por la vida y la dignidad de la persona enferma, como actitudes fundamentales que guíen el actuar médico. Ya lo decíamos. Pero en no pocos casos la filosofía contemporánea ha identificado la prudencia con la noción de defensa de intereses personales. Sin embargo, esto no corresponde al concepto clásico, en que la prudencia es concebida como una virtud cardinal, que confiere una sabiduría moral práctica. Es decir, la prudencia se refiere a la habilidad de tomar decisiones acerca de lo que debe hacerse o evitarse en una situación particular, a la luz de conocimientos morales generales. El hombre prudente, es el que posee el sentido común o la sabiduría práctica a la hora de actuar. Por tanto, un juicio de proporcionalidad terapéutica no podría ser reducido a un mero balance entre consecuencias positivas y negativas. Existen actos, que – por su misma naturaleza – son siempre ilícitos y que no podrían justificarse simplemente en atención a sus consecuencias supuestamente positivas en un determinado caso. Un ejemplo adecuado aquí sería el acto eutanásico.

La proporcionalidad terapéutica toma distancia del encarnizamiento terapéutico, que en sí no es un bien. Hay que asumir que el morir humano es algo natural, universal, e integrable a nuestra propia vida.

Bibliografía

- Calipari M, Curarse y hacerse curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico. Buenos Aires: Educa, 2007.
- Calipari M, The principle of proportionality in therapy: foundations and applications criteria. *NeuroRehabilitation* 2004, 19 (4): 391 – 7.
- Cronin D, Conserving human life, in SMITH R. (Ed.), *Conserving human life*, Massachusetts: Pope John XXIII Medical-Moral Research and Educational Center, 1989: 1 - 145.
- Christensen, K. Applying the Concept of Futility at the Bedside. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 1992; 1: 239-248.
- García J. J., *Compendio de Bioética*. Editorial Córdoba, Bs. As., 2006.
- Honnefelder L, Quality of Life and Human Dignity: Meaning and Limits of Prolongation of Life. En: Engelhardt HT, Cherry M. (Eds.), *Allocating Scarce Medical Resources: Roman Catholic Perspectives*, Washington, D.C., Georgetown University Press, 2002: 140 – 153.
- Juan Pablo II, *Evangelium Vitae*, Ciudad del Vaticano, 1995 (n. 34)
- Kilner JF, *Who lives? Who dies?* New Heaven & London, Yale University Press, 1990.
- Markwell H, End-of-life: A Catholic View. *The Lancet*. 2005, 366: 1132 – 35
- OMS: Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un Comité de expertos. Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos 804: Ginebra, 1990.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: Deciding to forgo life-sustaining treatment. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1983.
- Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe: Declaración lura et Bona (Sobre la Eutanasia), Ciudad del Vaticano, 5 Mayo 1980.

- Sgreccia E, Manual de Bioética. Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 2009.
- Smith G & Nielsen M: ABC of Intensive Care. Criteria for Admission. British Medical Journal 1999; 318: 1544 –1547 (5 June).
- Schneiderman L, Commentary: Bringing Clarity to the Futility Debate: Are the Cases Wrong? Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 1998; 7: 269-278
- Schneiderman L, Jecker N, Jonsen A, Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications. Ann Intern Med. 1990; 112: 949-954
- Schneiderman L., Faber-Langendoen K., Jecker N., Beyond Futility to an Ethical Care. Am J Med. 1994; 96: 110-114.
- Schneiderman L, Jecker N. et al., Medical Futility: Response to Critiques. Ann Intern Med. 1996; 125: 669-674;
- Sulmasy D, Double-Effect Reasoning and Care at the End of Life: Some Clarifications and Distinctions. En: Monsour H.D., Sullivan W.F., Heng J. (Eds.), Dignity in Illness, Disability, and Dying. Toronto: International Association of Catholic Bioethicists, 2007: 49 – 109.
- Taboada P, Principles of Bioethics in Palliative Care. En: Bruera E., Higginson I., Ripamonti C., Von Gurten C., Textbook of Palliative Medicine. London: Hodder Arnold, 2006: 85-91.
- Taboada P, Ethical Issues in Palliative Care. En: Bruera E, De Lima L, Wenk R, Farr W., Palliative Care in the Developing World. Principles and Practice. Houston: IAHP Press, 2004: 39 – 51
- Taboada P, What is Appropriate Intensive Care? A Roman Catholic Perspective. In: Engelhardt, H.T. & Cherry, M. (Eds.): Allocating Scarce Medical Resources: Roman Catholic Perspectives, Georgetown University Press, Washington, D.C., USA, 2002.
- Taboada P, El derecho a morir con dignidad. Acta Bioethica, 2000 (Año VI), 1: 91-101.

Wildes K, Conserving Life and Conserving Means: Lead us not into Temptation. In: Philosophy and Medicine 51, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995.

Wildes K, Ordinary and extraordinary means and the quality of life. Theological Studies 1996, 57 (3): 500 – 512.