

ARTÍCULO DE OPINIÓN



El aspecto económico en el debate ético de la adecuación del esfuerzo terapéutico

The economic aspect in the ethical debate of the therapeutic effort adequateness

Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt¹, Eldis Quintana Carbonell², Gilberto Lázaro Betancourt Reyes³

RESUMEN

Vivimos una época compleja, en la que la dinámica acelerada de la producción del saber, el desarrollo incesante de la ciencia y la tecnología se perciben con mayor nitidez. Hoy la humanidad ha adquirido nuevos conocimientos, valores éticos y suficientes recursos científicos y tecnológicos que usados adecuadamente, permiten marchar hacia una nueva etapa histórica de justicia y humanismo, donde las decisiones médicas a tomar tengan en cuenta no solo los conocimientos científicos, si no también lo humano y lo económico. No caben dudas de que el uso eficiente de los recursos disponibles es también parte de la práctica competente de los profesionales de la medicina. El artículo tiene como objetivo fundamental resaltar la importancia de incluir el aspecto económico en el debate ético de la práctica médica.

Palabras clave: Adecuación del esfuerzo terapéutico; Aspecto económico; Debate ético

ABSTRACT

We live in a complex time, where the accelerated dynamic of the production of the knowledge, the incessant development of the science and the technology are perceived with more clarity. Nowadays humanity has acquired new knowledge, values ethical and enough technological and scientific resources that used appropriately, they allow to go toward a new historical stage of justice and humanism, where the medical decisions keep in non-alone mind the scientific knowledge, even also both the human and the economic thing. We are not doubtful the efficient use of the available resources is also part of the professional competent practice in medicine. This article has as main objective to stand out the importance of including the economic aspect in the ethical debate of the medical practice.

Key words: Adaptation of the therapeutic effort, Economic aspect, Ethical arguing

INTRODUCCIÓN

El artículo tiene su punto de partida en la constatación de la inexistencia de un debate ético real sobre las cuestiones económicas en la práctica médica, relacionada específicamente con la adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. En opinión de los autores, la medicina y la economía no son antagónicas, ellas no se excluyen mutuamente.

Esta innegable realidad actual, ha motivado a escribir unas breves reflexiones sobre el tema, el cual por su absoluta complejidad ha significado siempre un reto para los autores, quienes deciden adentrarse en él. Si los criterios, juicios y opiniones que se emiten con relación al tema, es capaz de llevar a los profesionales de la salud a la reflexión por solo un instante, acerca de la importancia de incluir el aspecto económico en el debate ético dentro de la práctica médica, entonces se ha logrado el objetivo.

El surgimiento y desarrollo de la limitación del esfuerzo terapéutico en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), como inicialmente se le conoce en la literatura internacional, fue el resultado de la confluencia de toda una serie de condicionantes que se fueron gestando desde el advenimiento del mundo moderno, las cuales prepararían el camino para la aparición de esta buena práctica clínica, de calidad tanto desde el punto de vista técnico, como ético y jurídico.¹

Plenamente acreditada como movimiento de signo positivo y el marcado carácter humano que debe prevalecer en la atención médica, en respuesta al amplio desarrollo científico-técnico introducido en la misma.²

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET), es definida como "[...] la decisión mediata sobre la no implementación o la retirada de terapéuticas médicas al

anticipar que no conllevarán un beneficio al paciente".³

Actualmente no se discute, ni siquiera se pone en dudas la necesidad de adecuar el esfuerzo terapéutico, y que se realice con criterios bien claros. Cabe entonces preguntarse ¿Puede considerarse antiético la intrusión de los aspectos económicos en la práctica médica?

Desde el análisis ético existe consenso en afirmar que no todo lo técnicamente posible es éticamente admisible necesariamente, y de ahí se colige que existen razones para adecuar el esfuerzo terapéutico, razones que obviamente, han de estar debidamente justificadas. A lo anterior es necesario agregar las contradicciones de la sociedad mercantil, dado que la medicina es cada vez más una actividad profesional que se ve afectada por costos progresivamente mayores.

La limitación del inicio de determinadas medidas de soporte vital, se refiere a la toma de decisiones de no emplear ciertos procedimientos o terapéuticas específicas en un paciente. Por supuesto, que no se trata de la omisión deliberada de un cuidado debido y necesario para la curación o supervivencia del enfermo, sino de no comenzar un tratamiento cuando carezca de sentido según los criterios médicos actualizados. En ocasiones se limita la incorporación de nuevas medidas de soporte vital, pero se mantienen las ya instauradas.

Las unidades de cuidados intensivos no son el lugar donde los pacientes necesariamente tengan que ir a morir, más aún, las condiciones de aislamiento e invasividad usuales en estos ámbitos pueden influir negativamente en necesidades que son prioritarias para estos pacientes: la compañía y apoyo de fa-

miliares, intimidad, y un ámbito tranquilo.

Existe un grupo de pacientes que no se benefician por su admisión en las unidades de cuidados intensivos, creadas para brindar una atención médica especializada al paciente grave y en situación crítica: aquellos cuya evolución y pronóstico no pueden modificarse positivamente a pesar de los recursos disponibles en estas unidades.

La decisión de no ingresar a un paciente en la unidad de cuidados intensivos es una de las formas de adecuar el esfuerzo terapéutico en los enfermos, reconocido en la literatura como el primer escalón de la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico.⁴

A pesar de que la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico, no es una actitud nueva entre los profesionales de la salud que laboran en las unidades de atención al adulto grave, donde los médicos especialistas se ven obligados en su quehacer diario a tomar decisiones clínicas, sobre la no instauración o la retirada de determinados procedimientos terapéuticos de soporte vital, no existe un consenso explícito y uniforme en la manera en que esta se lleva a la práctica.

Las importantes variaciones en el patrón de su práctica actual sobre lo adecuado o no de determinados tratamientos de soporte para la vida y las grandes diferencias en el modo de aplicar la limitación del soporte vital, ponen evidentemente de manifiesto la necesidad de un debate reflexivo sobre el tema, en busca de un consenso uniforme sobre las decisiones a tomar y las actuaciones del facultativo ante el final de la vida.

Se entiende por tratamiento de soporte vital (TSV): toda intervención médica,

técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal.⁵

Cuba es un pequeño país del Tercer Mundo sometido a enormes presiones, limitaciones y dificultades económicas, científico-tecnológicas y políticas, bloqueado y amenazado por el país más poderoso del mundo actual. Es un país subdesarrollado, con las implicaciones de esta condición sometido a las normas de la economía internacional y a las condiciones del intercambio desigual norte - sur.

La profunda crisis económica que azotó a la economía cubana durante la década de los noventa del pasado siglo, motivada por la pérdida abrupta de los mercados internacionales, con la desintegración de la URSS y del campo socialista, ha tenido un impacto indiscutible sobre la vida de nuestra sociedad. Los aproximadamente diez años del conocido como Período Especial en el país, han dejado en los trabajadores de la salud cubanos y en toda la sociedad en conjunto, una importante experiencia en la conciencia del ahorro, en el uso adecuado de los recursos materiales.

Consideramos entonces que el enfoque actual de la práctica médica no puede obviar los aspectos económicos. El uso eficiente de los recursos disponibles es parte de la práctica competente de los profesionales de la medicina. El objetivo indispensable a lograr con este artículo, es resaltar la importancia de tener siempre presente el aspecto económico en el debate ético dentro de la práctica médica.

DESARROLLO

Es innegable que el progreso conocido hoy en día por la humanidad es resultado de la aplicación de las tecnologías más avanzadas, de base científica que han venido transformando de manera incesante los modos de producir bienes y servicios, en particular desde los tiempos de la Revolución Industrial.

La asignación de recursos tecnológicos, bien sean de diagnóstico o terapéuticos en clínica, en ocasiones crea una nueva y difícil situación, sobre todo cuando estos recursos son escasos y sus beneficios requieren ser prodigados a quienes los necesitan realmente. A esto se le llama justicia en los conceptos bioéticos.⁶ Este principio es tributario de la sociedad y sirve de guía para evaluar la atención de salud a la población en cuanto a equidad, pertinencia, calidad científico-técnica y humana.

En Cuba, los recursos son distribuidos de acuerdo a una planificación que favorece a todos por igual y con iguales derechos. Administrar recursos ilimitados o incontrolados a pacientes irrecurables, en los que se prevé la irreversibilidad de su situación patológica, sin tener en cuenta el principio de justicia, el cual exige que la distribución de los recursos sanitarios sea equitativa; puede excluir, y sin duda lo hace, a otros más necesitados, con lo que se viola dicho principio.

No es posible pretender negar que el alto costo de estas tecnologías encarezca la atención médica sostenidamente en los últimos años y establece el dilema de quienes deben beneficiarse principalmente de ellos, para su uso más eficaz. Cabe en él consideraciones sobre proporcionalidad de los tratamientos y relación costo-riesgo-beneficio.

Administrar recursos ilimitados o incontrolados a pacientes irrecurables, en los cuales se prevé la irreversibilidad de su situación patológica y cuya muerte es evidente, no solo viola el principio de justicia, al excluir a otros más necesitados sino que con ellos se malgasta los recursos económicos destinados al Sistema de Salud Pública del país.

Dado que los bienes materiales son recursos escasos y finitos, deben ser adecuadamente empleados. En este sentido, es de enorme interés para los autores la actual discusión sobre la consideración de los aspectos económicos en el debate ético de la práctica médica.

Entonces, no resulta nada raro el hecho de que hoy, ante la posibilidad de mantener artificialmente la vida se pregunte: ¿Hasta cuándo está moralmente permitido?, ¿Puede considerarse un éxito terapéutico el prolongar durante semanas, meses o años la vida de un paciente conectado a un ventilador mecánico artificial, sin posibilidades de recuperación?, ¿Es justo que se utilicen los recursos materiales más caros, los recursos humanos más calificados, en la atención de pacientes con estados comatosos irreversibles, en situación terminal de una enfermedad crónica avanzada, sin posibilidad de recuperación, mientras otros pacientes, totalmente recuperables, mueren por la falta de trasplante de un órgano vital?

Estas son preguntas a las que trataremos de responder y argumentar en las siguientes páginas. Es una realidad innegable que la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico en aquellos pacientes que irremediablemente han de fallecer, por encontrarse en situación terminal de una enferme-

dad crónica avanzada, sin posibilidad de curación, permitirá desde el punto de vista estrictamente económico incrementar la disponibilidad de recursos físicos y evitar el gasto innecesario de recursos materiales.

Pero, si bien es cierto que la adecuación del esfuerzo terapéutico en el contexto cubano, permite, en las unidades de cuidados intensivos y de emergencia, lograr el uso racional y la más adecuada utilización de los recursos materiales disponibles, así como de los medios destinados a la atención de los pacientes, se hace necesario esclarecer que la escasez de recursos económicos en el país, no debe bastar por sí solo para fundamentar las decisiones de la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Sin considerar para nada antiético la intrusión de los aspectos económicos en el campo de la medicina, debemos hacer énfasis en que la decisión de limitar el uso de determinadas medidas de soporte vital, como decisión individual no se fundamenta ni tiene que ver con la disminución de los costos y gastos en el sistema nacional de salud, sino con los principios y valores éticos que rigen la práctica médica de los profesionales de la salud en Cuba, por sus demostradas convicciones profundamente humanísticas, plasmadas en el Código Internacional de Ética Médica⁷ y de la medicina cubana, en demostración del respeto a la dignidad, decoro e integridad de todos los pacientes y sus familiares.^{8,9}

Lo expresado con anterioridad no quiere decir que los profesionales de la salud deban de despreciar los aspectos económicos en la práctica médica. Las condicionantes socio-económicas existen, están presentes, no se pueden negar, debemos tener siempre presen-

te que la ciencia y la tecnología son elementos del todo sociales, ellas no existen fuera de la sociedad.

El análisis deberá centrarse en la comprensión y toma de conciencia de los trabajadores de la salud y de toda la sociedad, acerca de la necesidad de tener en cuenta los aspectos económicos dentro de la práctica médica. En los colectivos se gana la batalla de la economía, por tanto deben de quedar claro los gastos. El juicio ético y una praxis muy cuidadosa y sensible del médico, tienen que ayudarle a prescindir de medios desproporcionados en la prolongación de la muerte inevitable.

La medicina actual, con su incesante desarrollo, exige una actualización continua no solo de los conocimientos científicos, sino tecnológicos y el equipo de salud se ve en la necesidad de adquirir, utilizar, así como administrar recursos y medios materiales muy costosos de una manera adecuada y racional en el orden económico, de manera que estos resulten aprovechados hasta el máximo.

Los autores estiman que durante mucho tiempo los aspectos económicos no han sido sujeto de suficiente estimación en el campo de la medicina. Muchos de los profesionales de la salud, orgullosos de su profesión humanística, llegan incluso a despreciarlos. Ello adquiere aún más relevancia, si se tiene en cuenta que también, sin dudas, hasta se malgastan y dilapidan los recursos materiales.

La Medicina Intensiva es una especialidad dedicada al cuidado de los pacientes en situación crítica, con disfunciones orgánicas graves o potencialmente graves, con riesgo real o posible de muerte, pero potencialmente reversibles y recuperables.¹⁰ Otra cosa, no es Medicina Intensiva.

El desarrollo tecnológico dentro de la Medicina Intensiva ha llevado a que en ocasiones, se le apliquen a los enfermos procedimientos costosos de una manera excesiva e innecesaria para el mantenimiento de las funciones vitales, los cuales solo logran en muchos de los casos prolongar la agonía del paciente y el sufrimiento de sus familiares, en detrimento de recursos cuantiosos para el Sistema de Salud.

La Ley de Salud Pública o Ley No. 41, aprobada el 13 de julio de 1983, en su artículo 4 dispone que la organización de la salud pública y la prestación de servicios que a ella corresponde en la sociedad, se basan entre otros, en: "la aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y de la técnica médicas mundiales".¹¹

Son importantes en el análisis ético, mencionar el Juramento de Fidelidad Profesional adoptado por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial establecido en Ginebra (1948) y enmendado por la XXII Asamblea Médica Mundial en Sydney (1968), así como el Código de Ética Médica adoptado por la III Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Londres (1949) y enmendado por la XXII Asamblea Médica Mundial de Sydney (1968) y la XXXV Asamblea Médica Mundial de Venecia (1983). En todos estos documentos se expresan los deberes de consagración médica, las características que deben primar en el ejercicio de la profesión, así como las conductas censurables por ser antiéticas.¹²

La 35ª Asamblea Médica Mundial establece que el médico se abstendrá de emplear cualquier medio extraordinario de sostén de la vida que no reportara beneficio alguno al paciente, que sean infructuosos o solamente prolonguen la agonía.¹³ Desde el punto de vista ético

y humano, las medidas de soporte vital cuando son consideradas como extraordinarias o desproporcionadas solo alargan el proceso de la muerte, el sufrimiento o la agonía del enfermo en situación terminal y desde el punto de vista económico significa gastos innecesarios.

A pesar de ello, la instauración y el mantenimiento de medidas de soporte vital en sujetos con enfermedades crónicas terminales o en situaciones sin esperanza de vida, es una realidad cada vez más cotidiana en las unidades de cuidados intensivos, cuando ya ningún tratamiento podrá restaurar la salud ni la vida, sino solo prolongarla horas o días y a un alto precio, situación ésta que es reportada también por varios autores en sus trabajos.¹⁴⁻¹⁶

La preservación de la vida constituye el objetivo fundamental para el equipo de salud, pero no debe ser un valor absoluto que deba ser mantenido a ultranza en todas las situaciones. Desde un punto de vista estrictamente ético, la aceptación de la veracidad en tal afirmación, entonces nos llevará a la siguiente pregunta ¿es ético emplear todos los recursos a cualquier costo?

La prolongación de la vida con medios artificiales, puede llegar a ser en ocasiones una acción degradante que viole los más elementales principios éticos y por tanto sea incompatible con el respeto a la dignidad humana. Esta situación ha recibido el expresivo nombre de distanasia, ensañamiento o encarnizamiento terapéutico, el cual es sinónimo de indignidad humana.

Distanasia: del griego dis, mal, algo mal hecho, y thanatos, muerte. Etimológicamente lo contrario de la eutanasia; es decir, retrasar el advenimiento de la muerte todo lo posible, por todos los medios, proporcionados o no, aunque

no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que ya padece.¹⁷

Se define tratamiento o medios desproporcionados como: aquellas medidas que ya no son adecuadas a la situación clínica real del enfermo, por no ser proporcional a los resultados que se podrían esperar.

Es aquel que no mantiene un balance adecuado de costes-cargas / beneficios en función de los objetivos perseguidos; no ofrecería un beneficio relevante al paciente y produciría un gran daño o carga al paciente, su familia o a la sociedad. Lo contrario es un tratamiento proporcionado.¹⁸

El equipo de trabajo para evaluar el carácter proporcionado o desproporcionado de una medida terapéutica deberá tener en cuenta el tipo de tratamiento, el grado de dificultad y riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, al tener en cuenta la situación clínica real del enfermo.

La limitación o restricción en el uso de ciertos procedimientos o métodos extraordinarios y desproporcionados de tratamiento, se refiere a determinar cuándo es legítimo y bueno para el paciente abstenerse de algunas acciones terapéuticas consideradas no adecuadas.

El debate se centra a menudo en el concepto de futilidad. "Se dice que algo está contraindicado cuando el riesgo o perjuicio que se sigue de su aplicación es claramente superior al beneficio esperado. Pero también puede suceder que el procedimiento no pueda considerarse perjudicial para el paciente, o que sus perjuicios sean muy reducidos, pero que no vaya a conseguirse el efec-

to terapéutico deseado, o que sea capaz de revertir una función fisiológica alterada pero sin que ello suponga un beneficio claro para el estado general del paciente. Es entonces cuando se califica tal procedimiento de fútil o inútil".¹⁹

En la mayor parte de la literatura acerca de la posición a adoptar por el médico, en relación con la futilidad terapéutica, se defiende la postura de retirar tratamientos inútiles, que tal vez en su momento no lo fueron, con el consenso correspondiente de los profesionales del servicio de medicina intensiva, así como con los familiares o allegados.^{20,21}

Los profesionales de la salud deben estar cada vez más conscientes de la necesidad en adquirir los conocimientos científicos actualizados y el manejo de la técnica moderna, sino también del cumplimiento de sus funciones y estas, por sus características, no solo están cargadas de eticidad, moralidad, juridicidad, sino también de aspectos en el orden económico.

Quizás en un país desarrollado del primer mundo, donde cada cual puede comprar la atención médica que quiere y puede, donde el status económico del paciente pudiera ser determinante a la hora de seleccionar su lugar de ingreso, el deseo del paciente de ingresar en una unidad de cuidados intensivos, pudiera ser definitorio, no así en una sociedad socialista, donde el derecho al acceso de todo tipo de servicio médico es igual para todos, sin distinción económica, social, étnica o de otro tipo, basado en el principio de justicia social. Por lo que en aras del uso racional de los recursos que brinda la medicina intensiva y de emergencias solo deben ingresar aquellos pacientes que realmente pudieran beneficiarse de la mis-

ma. Sería bueno preguntarse, si están siendo correctamente utilizadas las unidades de cuidados intensivos con su complejo y costoso aparataje con las que están dotadas.

La atención especializada en las unidades de cuidados intensivos se caracteriza no solamente por ser muy compleja, sino también la más costosa, de forma tal que puede llegar a absorber la mayor parte de las asignaciones presupuestarias de los hospitales en la Salud Pública, si se tiene en cuenta la organización, estructura y el equipamiento sofisticado, de tecnología moderna y muy costosa de estas unidades.²²

Cada vez toma mayor importancia el definir claramente los criterios de ingreso en las unidades de cuidados intensivos. Las sociedades científicas emiten guías de recomendaciones sobre los criterios de admisión en dichas unidades, que se basan en la reversibilidad del proceso y recuperabilidad del enfermo, en la necesidad de monitorización continua de los parámetros vitales y en la imposibilidad de que el tratamiento por su complejidad se realice fuera de esta.

La ocupación de una cama de alto coste en la unidad de cuidados intensivos por una persona que, con cuidados básicos, podría obtener el mismo o incluso mayor beneficio; o por un paciente en situación terminal tributario de cuidados paliativos; así como también retardar el traslado de los pacientes una vez que estos se han recuperado, no solo es injusto y maleficiente, son situaciones donde realmente se plantean cuestiones dilemáticas, éticas y también económicas.

La práctica de la medicina siempre ha tenido en cuenta la consideración de los aspectos éticos que implica su

ejercicio, reflejados en los códigos deontológicos y declaraciones internacionales sobre ética médica.^{23,24}

Sin embargo, dado que los medios económicos para la atención de la salud son más bien escasos, resulta un tanto extraño y preocupante para los autores del presente artículo, que en ocasiones se desentienda por los profesionales de la salud el aspecto económico tan relevante y necesitado; donde realmente también se plantean cuestiones dilemáticas y éticas de gran trascendencia en el Sistema de Salud.

Los recursos son finitos y por tanto su uso y racionamiento deben hacerse bajo el principio de justicia. Los autores consideran necesario recordar que, aunque las actividades de salud individualmente se reciben sin costo alguno, su producción social si cuesta, y se hace necesario racionalizar sus costos, evitando el despilfarro innecesario de los recursos.

Ciertamente que los recursos económicos, constituyen un bien escaso y por eso, hay que administrarlos justamente y de una manera adecuada. El médico usará su conocimiento, experiencia y entrenamiento para determinar el diagnóstico y pronóstico del enfermo, así como las posibles alternativas de tratamiento al considerar los riesgos y beneficios de cada uno, a la vez que incluye la alternativa de la limitación de determinado tratamiento o proceder.¹³

Desde el punto de vista social, la adecuación del esfuerzo terapéuticos tiene una repercusión altamente positiva, ya que contribuye de una manera fehaciente al esfuerzo del Ministerio de Salud Pública por brindar una mayor calidad de los servicios médicos especializados, sus resultados trascienden en beneficios de toda la sociedad evitándose la práctica de tratamientos

fútiles, así como del encarnizamiento o ensañamiento terapéutico, en aquellos pacientes en los que la muerte es inminente, permitiéndoles tener una muerte digna.

Nos hemos referido a la necesidad del racionamiento de los recursos basados en su finitud y a la situación específica de nuestro país. Es indiscutible que la adecuación del esfuerzo terapéutico también tiene un gran impacto económico, esta repercute de manera favorable al favorecer el uso racional de los recursos y la disminución de los gastos en el Sistema Nacional de Salud.

Sin cambiar la mentalidad, como modo de pensar que adoptan los miembros de una determinada comunidad científica, no seremos capaces de acometer los cambios necesarios para humanizar el adelanto tecnológico alcanzado y lograr el uso adecuado de los recursos.

No se aboga por la ciega aceptación de todo lo novedoso, sino por el análisis desapasionado de descubrimientos, inventos y de nuevas prácticas médicas, que si prueban sus bondades, deben ser, sin dilaciones, introducidas en la medicina, en beneficio del pueblo y para ahorro de los recursos del país.

Pensamos que a partir de la importancia que le concedemos a las reflexiones y valoraciones realizadas en este artículo, se hace imprescindible educar a los profesionales de la salud en la disciplina financiera de la economía y acabar con la superficialidad, la indiferencia e insensibilidad en relación a la intrusión de los aspectos económicos de la práctica médica.

La obra de la Revolución Cubana en el campo de la salud, en particular en materia de justicia distributiva, le ha dado solución, en un nivel social general, al dilema bioético más serio que enfrenta el mundo de hoy, el acceso de toda la población a los servicios de salud. El Sistema de Salud en Cuba dispone de considerables recursos, aunque indudablemente estos no son ilimitados. Por esta razón los profesionales de la salud se esforzarán en usarlos conscientemente.

En nuestro caso, no solo se ha brindado acceso universal y gratuito a los mismos, sino que se ha elevado su nivel científico-técnico de forma acelerada, se ha extendido hasta las zonas más intrincadas del país y se ha acercado a los lugares de residencia, trabajo y estudio de la población, con lo cual se ha desarrollado una labor tanto curativa y de rehabilitación, como preventiva y de promoción de salud.

La salud pública en Cuba constituye un verdadero sistema único basado en el humanismo socialista, a diferencia de la medicina burguesa que está penetrada por el espíritu de la empresa privada, el comercialismo, el negocio y la búsqueda de ganancia, todo lo cual repercute desfavorablemente, tanto en la prestación de la asistencia médica, como en los principios morales de los médicos. Sin embargo, el incremento sostenido de los gastos en salud y la consecuente necesidad de utilizar racionalmente los recursos disponibles en el país son una realidad.

CONCLUSIONES

Es imposible en un breve artículo intentar siquiera exponer en trazos gruesos la importancia de tener en cuenta la intrusión de los aspectos económicos en

la práctica médica, sin embargo los autores han considerados algunos elementos sociales que inciden en la complejidad de la medicina actual, y

más concretamente la economía y la tecnología, e intentan mostrar, el importante papel que le corresponde a la profesión médica en reordenar el actuar humano al servicio del hombre.

En el ámbito del saber y el hacer se hace necesario integrar como un todo a la ciencia, la tecnología, la ética y también lo económico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; c2014 [actualizado 12 Marz 2014; citado 22 Dic 2014]. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. Recomendación para la elaboración de protocolos. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es>
2. Bueno Muñoz MJ. Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. Enfermería Intensiva [Internet]. 2013 [citado 25 marz 2014]; 24(4):. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023991300045X>.
3. Paredes Escobar MC. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. Acta bioethica [Internet]. 2012 [citado 11 nov 2013]; 18(2):. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2012000200004&nrm=iso.
4. Ceballos Alonso MJ, Betancourt Betancourt GdJ, Suárez González KM. Limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos y de emergencia. Algunos aspectos bioéticos en los adultos mayores. GERONFO [Internet]. 2012 [citado 26 may 2014]; 7(3). Disponible en: <http://files.sld.cu/gericuba/files/2013/07/limitacion-ef-cuidados-intensivos-edicion-3-2012.pdf#page=1&zoom=auto,0,848>
5. Gamboa Antiñolo F. Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? Medicina Clínica [Internet]. 2010 [citado 25 marz 2014]; 135(9). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775309006198>.
6. Uriarte Méndez AE, Vila Díaz J, Pomares Pérez Y, Prieto Apesteguía A, Capote Padrón J. La familia y la limitación del esfuerzo terapéutico en los cuidados intensivos pediátricos. Aspectos éticos. Revista Medisur. [Internet]. 2014 [citado 22 dic 2014]; 12 (1). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2457>
7. Martínez Gómez JA. La bioética y los enfoques del final de la vida. Rev cub Salud Pública. [Internet]. 2010 [citado 28 may 2014]; 36 (4). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_36_04_10/spu10410.htm
8. 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 [Internet]. 2013 [citado 28 may 2014]; 18(2):114-122. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2013/rmq132g.pdf>.

9. Merchán-Espitia ME. Problemas bioéticos de las familias que tienen paciente con enfermedad terminal. *Persona y Bioética*. [Internet]. 2012 [citado 26 may 2014]; 16 (1): 43-57. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83224038005>
10. Castellanos-Ortega A, Rothenb H U, Francoc N, Rayo L A, Martín-Loechese I, Ramírez P, et al. Formación en Medicina Intensiva. Un reto a nuestro alcance. *Medicina Intensiva* [Internet]. 2014 [citado 26 may 2014]; 38(5): 305 - 310. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/formacion-medicina-intensiva-un-reto/articulo/S0210569114000175/>.
11. 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 de Agosto de 1983.
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. 35ª 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.
14. Mendoza López I, Pichardo García LMG. Calidad de vida y dignidad humana en el paciente terminal: opciones para una buena muerte *An Med (Mex)* [Internet]. 2013 [citado 8 abr 2014]; 58(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2013/bc132g.pdf>.
15. Vieira Galán O. Reflexión ética sobre la limitación del esfuerzo terapéutico [Internet]. España: Universidad Pública de Navarra; 2014 [citado 22 nov 2014]; Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/handle/2454/11321>
16. Junges JR, Cremonese C, Oliveira EAd, Souza LLd, Backes V. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. *Revista Bioética* [Internet]. 2010 [citado 8 abr 2014]; 18(2). Disponible en: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/564/572
17. María del Pilar G. La asistencia al final de la vida: la ortotanásia. *Revista Horizonte Médico* [Internet]. 2011 [citado 25 marz 2014]; 11(1). Disponible en: http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011_I/Art6_Vol11_N1.pdf.
18. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista Clínica Española* [Internet]. 2012 [citado 24 marz 2014]; 212(3). Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90104690&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=65&ty=2&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=65v212n03a90104690pdf001.pdf
19. Solsona F. A vueltas con la futilidad. *EIDON*. [Internet]. 2013 dic. [citado

- 25 marz 2014]; 40: 60-66 Disponible en:
http://www.revistaeidon.es/index.php/...pdf/A_vueltas_con_la_futilidad.pdf
20. Forte DN. Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida em UTI. Tesis Doctor en ciencia. São Paulo: Universidade de São Paulo. [Internet]. 2011. [citado 8 abr 2014]; Disponible en: http://www.teses.usp.br/teses/dispo_niveis/5/5169/tde-07122011-124313/pt-br.php
21. Peiró Peiró AM, Ausina Gómez A, Tasso Cereceda M. Limitación bioética del esfuerzo terapéutico en pediatría. Rev Clin Esp. [Internet]. 2012. [citado 8 abr 2014]; 212 (6): 305 - 307. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403302787080>
22. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones [Internet]. España: MSPS; 2010 [citado 21 may 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
23. Torres León JM. La transformación de la ética médica. Sanidad Militar. [Internet]. 2011 [citado 22 abr 2014]; 67(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712011000200013&nrm=iso.
24. 46a Asamblea General de la Asociación Médica Mundial Estocolmo, Suecia, Septiembre 1994. Resolución sobre la Consagración a los Principios de las Normas Éticas de la Asociación Médica Mundial; Buenos Aires, Argentina. 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. 99.

¹Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y de Segundo Grado en Medicina Interna y en Medicina Intensiva y Emergencias, Máster en Urgencias Médicas y en Longevidad Satisfactoria, Profesor Auxiliar. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Unidad de Cuidados Intermedios. Carretera Central Oeste Km 4½, Ciudad de Camagüey, Cuba, Código postal 70 700. bbgilbert@finlay.cmw.sld.cu

²Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina Intensiva y Emergencias, Máster en Urgencias Médicas. Profesor Instructor. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Unidad de Cuidados Intermedios. Carretera Central Oeste Km 4½, Ciudad de Camagüey, Cuba.

³Doctor en Medicina. Residente de Segundo Año en la especialidad de Medicina Intensiva y Emergencias. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Unidad de Cuidados Intermedios. Carretera Central Oeste Km 4½, Ciudad de Camagüey, Cuba.

Recibido: 14 de diciembre de 2016

Aprobado: 23 de febrero de 2017

Los autores declaran no conflicto de interés. Todos participaron equitativamente en la realización del manuscrito.

Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Unidad de Cuidados Intermedios. Carretera Central Oeste Km 4½, Ciudad de Camagüey, Cuba, Código postal 70 700. bbgilbert@finlay.cmw.sld.cu
