



TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Dificultades Médicas y Legales en la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico



Alumno: Páez, Paula Betsabé

Email:paezpaulab@gmail.com

Docente: Remesar, Sergio

Director: Dr. Roberto Foyo

22 DE MARZO 2024
INSTITUTO UNIVERSITARIO CIENCIAS DE LA SALUD
“FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ”
Carrera de Postgrado de Especialización en Medicina Legal

Índice

Resumen	2
Introducción	3
Desarrollo	4
Marco Teórico	4
Marco legal en Argentina:	4
Código de Ética Médica Argentina	9
Adecuación del Esfuerzo Terapéutico	10
Relación Médico-Paciente	15
Dificultades Médicas a la hora de implementar AET	17
Conclusión	21
Bibliografía	23

Resumen

En situaciones numerosas y debido a diversas circunstancias, los pacientes experimentan un desenlace fatal después de atravesar una fase caracterizada por un sufrimiento intenso y una significativa demanda de atención. Con el propósito de prevenir tales situaciones, se recurre a la práctica de la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET), la cual constituye un acto médico que abarca la evaluación y la toma de decisiones complejas. Estas decisiones, a su vez, se ven afectadas por diversas problemáticas, tales como la falta de capacitación del personal de salud para abordarlo de manera adecuada desde una perspectiva médica, legal y bioética. Estas problemáticas pueden dividirse en tres ejes principales: aspectos relacionados con la educación social y médica, la comunicación efectiva entre el médico, el paciente y la familia, y el marco legal nacional en relación con los aspectos que inciden en la AET, los cuales son interpretados por los jueces.

Palabras claves: PALIATIVOS-FUTILIDAD-MEDICINA DEFENSIVA-RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE –LEX ARTIS AD HOC-BIOÉTICA

Abstract

In numerous situations and due to various circumstances, patients experience a fatal outcome after going through a phase characterized by intense suffering and a significant demand for care, with specific requirements adapted to each individual. In order to prevent such situations, the practice of Adequacy of Therapeutic Effort (AET) is used, which constitutes a medical act that encompasses evaluation and complex decision-making. These decisions, in turn, are affected by various problems, such as the lack of medical training in this area to adequately address it from a medical, legal and bioethical perspective. These problems can be divided into three main axes: aspects related to social and medical education, effective communication between the doctor, the patient and the family, and the national legal framework in relation to the aspects that affect AET, which are interpreted by the judges.

Keywords: PALLIATIVES-FUTILITY-DEFENSIVE MEDICINE- DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP –LEX ARTIS AD HOC-BIOETHICS

Introducción

Alrededor del 75% de las personas en los países en desarrollo o desarrollados morirá a causa de una o varias enfermedades crónicas progresivas; En muchos casos y por diferentes razones, los enfermos acceden tardíamente al diagnóstico, o no responden a los tratamientos y fallecen tras pasar por una etapa caracterizada por un intenso sufrimiento y una gran necesidad de asistencia, con necesidades específicas y conformes a cada persona. (Mariela Bertolino, 2014)

La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) es un acto médico que comprende la evaluación y toma de decisiones sobre continuar, limitar o retirar tratamientos médicos y/o diagnósticos en pacientes con enfermedades graves o terminales cuando los mismos son fútiles o inapropiados; para ello es necesario realizar la valoración y elección de las intervenciones médicas apropiadas para cada individuo, considerando no sólo la eficacia y la seguridad de los procedimientos, sino también los valores y deseos del paciente respetando su autonomía y, en caso de que no esté en condiciones de decidir por sí mismo, la de sus familiares, tutores o responsables legales a cargo. (Comité de trasplante y procuración de la SATI, 2019)

Esta cuestión se ha vuelto especialmente relevante en el contexto argentino, donde los Médicos Clínicos se enfrentan a una serie de dificultades multifactoriales al momento de iniciar medidas de AET: Por un lado, persisten ciertas barreras que dificultan el diálogo y el consenso entre los actores involucrados, así como el respeto por la voluntad del paciente. Además, se observa una escasa formación de los profesionales sanitarios sobre los principios y las prácticas de la AET, lo que repercute en una baja calidad de la atención al final de la vida que a su vez se ve intervenida por la falta de conocimiento de derechos y obligaciones de los pacientes y familiares. Esto puede predisponer al aumento de denuncias por mala praxis a nivel nacional suscitando una actitud médica defensiva por miedo a padecer repercusiones legales. Todos estos factores, entre otros, inciden y complican la ejecución apropiada del acto de los médicos, contribuyendo al encarnizamiento terapéutico y obstaculizando el respeto a la dignidad y la provisión de una muerte digna. (Cuneo, 2012)

Si bien disponemos de una normativa legal amplia y clara (leyes: 17.132, 26.529, 26.742, 27678), aunque en ciertos aspectos poco específica y muy sugestiva a la interpretación individual, muchas veces no se cumple debido a esta serie de obstáculos legales, médicos y socioculturales: que presentan como eje central la falta información y la comunicación adecuada entre personal sanitario y pacientes que afectan directamente a la práctica médica. Esto genera una brecha amplia entre el Acto médico bajo la Lex Artis de aplicar en un individuo la AET y el derecho del paciente de aceptar o rechazar un tratamiento médico.

Este trabajo tiene como objetivo esclarecer ciertos conceptos y analizar dichas dificultades que presentan los profesionales de la salud a la hora de evaluar eventuales conductas a tomar aplicando el mejor criterio ético y médico posible, respetando el marco legal correspondiente, comunicando de manera efectiva a los pacientes y a sus familias, creando una relación médico paciente basada en la autonomía para que finalmente las decisiones estén basadas en sus valores, preferencias y bajo su consentimiento debidamente informado.

Desarrollo

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa e integradora de la literatura, a través de: centro de información judicial, pubmed, scielo, google academy; se incluyeron publicaciones 22 publicaciones desde 2003 a la actualidad, en habla hispana para describir las complejidades que presentan los médicos a la hora de aplicar la AET.

Marco legal en Argentina:

Para abordar estas dificultades, es crucial establecer un marco teórico basado en la ley y los derechos del paciente.

Ley Nacional de Derechos del Paciente 26.529 modificada por la ley 26.742 del Código Civil y Comercial:

La expresión concreta del proceso del Consentimiento Informado se produce con la sanción de la ley 26.529 en el año 2009, conocida como “Ley de Derechos del Paciente” (Congreso de la Nación Argentina, 2009); a través de varios de sus artículos se destaca el derecho de cualquier persona a que se respete la

autonomía de la voluntad y el derecho a participar en las decisiones vinculadas al cuidado de su salud.

En su artículo 2, inc. e) se reconoció expresamente “el derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.”

En atención a las dificultades que se siguieron suscitando en el ámbito sanitario, y el reclamo de familiares de pacientes con trastornos graves e irreversibles de la conciencia, en el año 2012 se sancionó la ley 26.742, llamada también “Ley de Muerte Digna”, que modificó y actualizó la “Ley de Derechos del Paciente”, a la que se incorporaron algunos artículos a los fines de brindar mayores precisiones en cuanto a los tratamientos que se pueden rechazar. Asimismo, en su texto se evidencia con mayor claridad el fundamento para la práctica de la AET. Los profesionales de la salud están obligados a respetar estas voluntades expresadas por los pacientes en situaciones de enfermedad terminal o irreversible, siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones médicas, legales y éticas. La Ley de Muerte Digna refuerza la importancia de la autonomía del paciente y su derecho a tomar decisiones sobre su propio tratamiento, incluso en las etapas finales de la vida.

De tal manera que, el mismo artículo en su inciso g), estableció que “el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.”

A su vez, el artículo 5º, complementado por el decreto reglamentario 1089/12 de la ley, se refiere al Consentimiento Informado como un proceso por el cual el

paciente, su representante o allegado, o a quien haya designado, manifiesta su voluntad luego de ser informado de manera clara, precisa y adecuada con respecto a: a) su estado de salud; b) el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) los beneficios esperados del procedimiento; d) los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) la especificación de los tratamientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) las consecuencias previsibles de la no realización de los procedimientos propuestos o de los alternativos especificados; g) el derecho que le asiste de rechazar “procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría o produzcan un sufrimiento desmesurado”. No obstante la mención del soporte vital, que, en la actualidad involucra todos los tratamientos, entre ellos la alimentación e hidratación, el artículo lo indicó específicamente al establecer que “también podrá rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estado”; y por último el inciso h) que establece el derecho “a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento”. Dentro de los Cuidados Paliativos, se encuentra incluida la Sedación Paliativa, debiendo ser administrada en las situaciones que la ameriten, puesto que su intención es evitar el sufrimiento. (Congreso de la Nación Argentina, 2012)

Bajo la misma línea y reforzando los objetivos y estrategias para brindar adecuadamente los Cuidados de fin de vida a todos los individuos se sanciona en el año 2022 la Ley: 27678 de “Cuidados Paliativos” en la cual se refuerza la necesidad de un abordaje multidisciplinario asociado con su respectivas formaciones académicas basadas en evidencia científica y respetando la interculturalidad, dignidad y autonomía del paciente. (Honorable Congreso de la Nación Argentina, 2022)

Artículo 8 de la Ley 17.132 Ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares - Obligación del médico de obtener el consentimiento informado: Este artículo establece la obligación legal de los médicos de obtener el consentimiento informado de los pacientes antes de realizar cualquier procedimiento médico o quirúrgico. El consentimiento informado implica proporcionar al paciente

información detallada sobre el procedimiento, sus riesgos y beneficios, alternativas y posibles consecuencias. El paciente debe comprender completamente esta información antes de dar su consentimiento, y el médico debe documentar de manera adecuada el proceso de obtención del consentimiento informado. Este requisito es fundamental para respetar la autonomía de los pacientes y garantizar que tomen decisiones informadas sobre su atención médica (Congreso de la Nación Argentina, 1967)

Desde el aspecto del ejercicio legal de la medicina es importante definir el concepto de "Lex Artis ad hoc" la cual es una construcción jurisprudencial que se ha ido perfilando en varias sentencias a lo largo de los años, siendo quizás la más significativa de todas ellas la del Tribunal Supremo de fecha 11 de marzo de 1991, que la define como *"aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina - ciencia o arte médico que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados, y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado)"*.

En otros tratados suele definirse la "Lex Artis" o la "Lex Artis ad hoc" como el conjunto de prácticas médicas aceptadas como adecuadas para tratar al enfermo en el momento de que se trata.

En la práctica, la "Lex Artis" literalmente ley del arte (en este caso del arte médico) funciona como un concepto jurídico indeterminado, ya que, como estamos viendo, se exige una actitud concreta del profesional sanitario cuya corrección o no dependerá de haber actuado conforme a los protocolos y normas de actuación de cada especialidad, normas que son cambiantes conforme la Medicina y los descubrimientos científicos van avanzando. (López., 2010)

En resumen, la Lex Artis Médica proporciona el marco normativo que orienta y respalda la toma de decisiones relacionadas con la adecuación del esfuerzo

terapéutico, asegurando que estas decisiones estén alineadas con los principios éticos y las mejores prácticas médicas reconocidas.

Desde el aspecto de la Jurisprudencia es importante destacar que más allá de que el marco legal puede ser estudiado y analizado desde el aspecto médico, social, bioético al fin y al cabo quien interpreta las leyes son los Jueces, y son éstos quienes dictaminarán la sentencia ante un problema legal asociado a esta problemática, puesto que los jueces integran el ordenamiento jurídico y sus fallos tienen carácter obligatorio para las partes y con ellos instauran jurisprudencia como por ejemplo en el Caso del Fallo “Diez” de la CSJN: como consecuencia de un accidente automovilístico, el paciente se encuentra postrado desde el año 1995, con una grave secuela con desconexión entre ambos cerebros, destrucción del lóbulo frontal y severas lesiones en los lóbulos temporales y occipitales. Desde hace más de 20 años no habla, no muestra respuestas gestuales o verbales, no vocaliza ni gesticula ante estímulos verbales y tampoco responde ante estímulos visuales. Carece de conciencia del medio que lo rodea, de capacidad de elaborar una comunicación, comprensión o expresión a través de lenguaje alguno y no presenta evidencia de actividad cognitiva residual. Dado su estado, necesita atención permanente para satisfacer sus necesidades básicas y es alimentado por una sonda conectada a su intestino delgado. En dicho fallo se mencionan varios aspectos importantes en cuanto a la interpretación de la norma: A) *“que la solicitud de cese de soporte vital no importa una práctica eutanásica vedada por la ley sino que constituye una abstención terapéutica que si se encuentra permitida”* B) *“Que la ley Autoriza a solicitar el cese de la hidratación y alimentación artificial en tanto constituyen por sí mismas una forma de tratamiento médico, tal como lo han reconocido los comités de Bioética que dictaminaron en la causa, los debates parlamentarios de la Ley de Derechos del Paciente, la reciente decisión del tribunal Europeo de Derechos Humanos en el caso “Lambert vs. Francia” y la jurisprudencia de los tribunales de máxima instancia de los EEUU, Italia, Francia, Reino Unido e India.”* C) *que es indiscutible que M.AD: es una persona en sentido pleno, que sus derechos fundamentales deben ser protegidos sin discriminación alguna y que, por ello, goza de derecho a la plena autodeterminación de decidir tanto recibir las necesarias prestaciones de salud como también cesar su tratamiento médico.*

En segundo lugar, al fundamentar que la única voluntad que debe tenerse en cuenta es la del paciente, la Corte sostuvo: A) que, a ningún poder del Estado, institución o persona distinta a M.A.D. le corresponde decidir si su vida, tal como hoy transcurre, merece ser vivida. B) Que la solución adoptada respecto de la solicitud formulada por las hermanas de M.A.D. de ninguna manera avala o permite establecer una discriminación entre vidas dignas e indignas de ser vividas ni tampoco admite que, con base en la severidad de una patología, se restrinja el derecho a la vida o se consienta idea alguna, o consideración económica, que implique cercenar el derecho a acceder a las prestaciones médicas o sociales destinadas a garantizar su calidad de vida. c) Que por tratarse la vida y la salud de derechos personalísimos, el único que puede decidir respecto del cese del soporte vital es el paciente, ya que de ningún modo puede considerarse que el legislador haya transferido a sus familiares un poder incondicionado para disponer de su suerte cuando se encuentra en un estado total y permanente de inconsciencia. Es decir que, en este supuesto, sus familiares sólo pueden testimoniar, bajo declaración jurada, la voluntad del paciente. Por lo que no deciden ni “en el lugar” del paciente ni “por” el paciente ni “con” el paciente sino comunicando cuál es la voluntad de este. D) Que en el presente caso, las hermanas de M.A.D. cumplieron con este requisito porque solicitaron el cese de medidas de soporte vital manifestando con carácter de declaración jurada que esta petición responde a la voluntad de su hermano, sin que se haya alegado ni aportado elemento alguno a lo largo de todo el proceso que permite albergar dudas acerca de que ésta es la voluntad de M.A.D. (D.M.A.s/ declaración de incapacidad, 2015)

Código de Ética Médica Argentina: (Hurtado Hoyo, 2011)

Análisis del código de ética médica en Argentina y su influencia en la toma de decisiones terapéuticas.

El Código es un conjunto de principios y directrices éticas que rigen la conducta de los profesionales de la medicina. Aunque no tiene un carácter legal como la Ley de Derechos del Paciente, el código de ética es una referencia fundamental para la práctica médica y desempeña un papel importante en la adecuación del

esfuerzo terapéutico. A continuación, se analizan algunos de los puntos claves de este código y su influencia en la toma de decisiones terapéuticas.

Respeto por la dignidad del paciente: subraya la necesidad de respetar la dignidad de los pacientes en todo momento. Esto implica tratar con respeto, consideración y empatía. En el contexto de la AET, este principio destaca la importancia de considerar los valores, deseos y creencias del paciente al tomar decisiones clínicas. Los médicos deben asegurarse de que las decisiones terapéuticas respeten la dignidad de cada persona

Confidencialidad y Privacidad: establece la obligación de mantener la confidencialidad de la información médica de los pacientes. Esto es particularmente relevante en situaciones de AET, ya que implica discutir decisiones sensibles con los pacientes y sus familiares. Los médicos deben ser diligentes en proteger la privacidad y confidencialidad de la información médica, incluso cuando se abordan temas delicados relacionados con la limitación o retirada de tratamientos.

Principio de Beneficencia: que implica actuar en beneficio de los pacientes y promover su bienestar. Sin embargo, en el contexto de la AET, este principio puede presentar desafíos éticos. Los médicos deben equilibrar la búsqueda del beneficio del paciente con el respeto por su autonomía y los límites de la eficacia de los tratamientos. Esto puede dar lugar a decisiones difíciles en las que se deben sopesar los beneficios y los posibles daños de las intervenciones médicas.

Principio de No Maleficencia: implica no causar daño a los pacientes, también es fundamental en el código de ética médica. En este contexto, este principio requiere que los médicos evalúen cuidadosamente las intervenciones médicas adicionales o continuas que puedan causar daño innecesario o sufrimiento para evitar aquellas inútiles o fútiles que no benefician al paciente y que pueden causar malestar.

Principio de Autonomía: Los pacientes tienen derecho a participar en la toma de decisiones sobre su salud, lo que incluye la capacidad de rechazar o limitar tratamientos. Los médicos deben respetar y facilitar información adecuada para que puedan llevar a cabo esta autonomía.

Principio de justicia: Consiste en la imparcialidad de cargas y beneficios. Promueve la equidad evitando desigualdades en la atención sanitaria

El Código de Ética Médica en Argentina desempeña un papel crucial en la orientación de la conducta ética de los médicos. En el contexto de la AET, este código refuerza la importancia del respeto a la dignidad del paciente, los principios de beneficencia y no maleficencia, y proporciona una guía ética sólida para abordar decisiones clínicas complejas. Aunque no tiene un carácter legal, su influencia en la práctica médica es significativa y contribuye a un enfoque ético en la toma de decisiones terapéuticas.

Adecuación del Esfuerzo Terapéutico

La adecuación del esfuerzo terapéutico y los cuidados de fin de vida son dos conceptos interrelacionados que desempeñan un papel crucial en la atención médica de pacientes en situaciones de enfermedad terminal o avanzada. Esta sección explora la relación entre estos dos conceptos y destaca la importancia de una atención centrada en el paciente en esta etapa crítica.

Los cuidados de fin de vida se refieren a un enfoque médico que se centra en mejorar la calidad de vida de los pacientes que se enfrentan a enfermedades avanzadas o terminales. Estos cuidados se centran en aliviar el sufrimiento, controlar los síntomas y brindar apoyo psicológico y espiritual tanto al paciente como a sus seres queridos e incluye la provisión de tratamientos y cuidados paliativos como así también la promoción de decisiones basadas en las preferencias del paciente. (Mariela Bertolino, 2014)

La AET se entrelaza con los cuidados de fin de vida en el sentido de que los profesionales de la salud deben tomar decisiones informadas y éticas sobre cuándo es apropiado retirar o no iniciar tratamientos médicos que pueden ser fútiles o inapropiados para un paciente en situación terminal. La implementación de cuidados de fin de vida implica la consideración de la adecuación del esfuerzo terapéutico como parte de un enfoque más amplio en la atención médica. (Comité de Bioética de SATI, 2020)

Como mencionamos previamente el concepto de Futilidad de una conducta o tratamiento es el eje para la correcta toma de decisiones por parte del equipo médico. Numerosos intentos de llegar a una caracterización precisa de la Futilidad llevados a cabo por médicos, eticistas y hombres de leyes han ofrecido un amplio rango de definiciones que van desde la falta de logro de un efecto fisiológico a una baja probabilidad de supervivencia más allá de unos pocos meses, a una pobre calidad de vida o a una dependencia permanente del Cuidado

Intensivo. Estas definiciones han servido de base a la elaboración de políticas hospitalarias de acción ante casos concretos. Sin embargo existen numerosos problemas tanto a nivel de la aceptación general de una definición como de las mencionadas políticas. Sin duda, la mayor dificultad radica en que la aceptación de una definición en un determinado paciente puede llevar a la suspensión de medidas terapéuticas y a la muerte. A partir de esto se definieron 3 tipos de Futilidad:

– Futilidad fisiológica. Ninguna intervención conocida conseguiría restablecer las funciones vitales. Por ejemplo la Tensión Arterial

– Futilidad probabilística. El esfuerzo realizado para procurar un beneficio al paciente tiene una alta probabilidad de fracaso.

– Futilidad cualitativa. El objetivo alcanzable no merece la pena. (Cuneo, 2012)

Por lo tanto la futilidad fisiológica, aplicable a los pacientes en agonía, permitiría ignorar las preferencias del paciente y familiares; mientras que los otros tipos de futilidad, aplicables a pacientes con enfermedades avanzadas y terminales, dependen en gran medida de cuestiones relacionadas con las preferencias y la calidad de vida. (Solaar, 2008)

Sintetizando desde un punto de vista estrictamente médico designa a un tratamiento del que, razonablemente, no puede esperarse que alcance sus objetivos fisiológicos. Por lo tanto no necesita ser ofrecido ni iniciado. El punto clave es que se valora únicamente la capacidad del tratamiento para producir un efecto sobre ciertos parámetros biológicos del paciente. Finalmente, desde el punto de vista ético es un tratamiento que no ofrece una esperanza razonable de beneficio al enfermo, suponiendo una carga para el mismo, su familia y la sociedad, retrasando la muerte y prolongando la agonía (Solaar, 2008).

Por otro lado para tomar la decisión de la AET el personal de salud evalúa otros aspectos que son los siguientes: (Comité de Bioética de SATI, 2020)

-Principios fundamentales de los cuidados de fin de vida:

Alivio del sufrimiento: es una prioridad, ya sea a través del control de síntomas, la gestión del dolor o el apoyo emocional y espiritual.

Comunicación y toma de decisiones compartidas: Se fomenta la comunicación abierta entre el paciente, su familia y el equipo de atención médica. La toma de decisiones compartidas se basa en las preferencias y valores del paciente.

Respeto a la autonomía del paciente: Se respeta la capacidad del paciente para tomar decisiones sobre su atención, incluso si elige retirar ciertos tratamientos.

-Medidas de soporte vital: Es toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para mantener sus constantes vitales, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico que amenaza la vida de la persona. En un contexto ético, se hace extensivo a todo tipo de procedimientos aplicables a los pacientes críticamente enfermos o en el proceso final de la vida, entre los que se incluyen la nutrición y la hidratación artificiales.

-Obstinación terapéutica y diagnóstica (antes conocida como encarnizamiento terapéutico): Situación en la que a una persona que se encuentra en un proceso de muerte por una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas carentes de utilidad clínica real, desproporcionadas o extraordinarias, que pueden mermar su calidad de vida y que únicamente permiten prolongar su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, y que incluso pueden incrementar su sufrimiento (Cuneo, 2012).

-Tratamiento o medio desproporcionado: es aquél que aun pudiendo ser apropiado para una situación clínica, no va a producir ningún beneficio para el paciente, o va a someterlo a riesgos, dificultades o molestias que tienen una desproporción con los beneficios esperados. Desde el punto de vista ético, un tratamiento está indicado si es probable que proporcione al paciente más beneficios que inconvenientes, incluyendo los medios de diagnóstico. Esta evaluación debe realizarse de acuerdo a la situación del paciente en su conjunto.

-Intento terapéutico limitado en el tiempo: Se trata de un acuerdo entre los profesionales sanitarios y la familia para usar ciertos tratamientos durante un periodo definido en el tiempo, para comprobar si el paciente mejora o empeora, de acuerdo con unos criterios de valoración definidos al inicio de dicho intento. Consiste en el inicio de una terapia con el compromiso expreso de retirarlas posteriormente, si se comprueba la futilidad. Estos intentos pueden ayudar a resolver las dudas, tanto en las familias como los profesionales para determinar la proporcionalidad de los tratamientos.

Corresponde distinguir entonces los términos proporcionados y desproporcionados, de un lado, y ordinarios-extraordinarios, de otro. Un medio

es proporcionado si ofrece una esperanza de beneficio razonable al paciente, en caso contrario es desproporcionado

La aplicación de la AET es un proceso en la cual se requiere una evaluación objetiva del uso del medio terapéutico a implementar o retirar desde el punto de vista técnico-médico; para ello pueden ponderarse aspectos tales como: la disponibilidad concreta del medio, se trate de un medio de diagnóstico o de tratamiento, la actual posibilidad técnica de usarlo adecuadamente, las expectativas razonables de eficacia médica real, los eventuales efectos colaterales, los previsible riesgos para la salud/vida del paciente eventualmente implicados en el uso del medio, la posibilidad actual de recurrir a alternativas terapéuticas de igual o mayor eficacia, la cuantificación de los recursos sanitarios (técnicos, económicos, etc.), como así también la relación entre riesgos y beneficios. (Comité de trasplante y procuración de la SATI, 2019)

Esta primera evaluación sobre el uso de un medio es eminentemente técnica y científica, y la ponderación sobre la proporcionalidad debe realizarla el equipo asistencial responsable del paciente, confirmando la hipótesis que el tratamiento puede alcanzar su objetivo, sin causar daños o riesgos desmesurados en el paciente. Esto es aplicable a cualquier tipo de tratamiento, incluido el uso de un medio de diagnóstico.

El segundo momento del examen se vincula con la caracterización de lo ordinario o extraordinario, aquí la ponderación es de naturaleza subjetiva y en consecuencia, quien la realiza es el propio paciente o su entorno afectivo o familiar. Esta evaluación debe ser consistente con los deseos, preferencias y creencias de cada paciente, es decir que el juicio sobre si el uso del medio de diagnóstico o tratamiento es ordinario, lo realice el paciente o su representante y va más allá del beneficio técnico, puesto que se vincula más bien con los efectos saludables esperables para la vida del paciente.

Finalmente cuando se han realizado los dos momentos de ponderación, puede deducirse el siguiente campo de acción:

a) Cuando se establezca que el uso del medio de diagnóstico o terapéutico es proporcionado y ordinario, su aplicación o administración será obligatoria.

b) Cuando se evalúe que el uso del medio es proporcionado, pero extraordinario para el paciente o sus representantes, su utilización será facultativa. Es decir que el equipo de salud, no tiene la obligación de proporcionarlo.

c) Cuando se evalúe que el uso del medio es desproporcionado desde el punto de vista del equipo médico, aunque aparezca como ordinario para el paciente o sus representantes, es moralmente ilícito su uso, puesto que en este caso se configuraría la “obstinación terapéutica”.

d) Cuando se establezca que el uso del medio, no solo es desproporcionado, sino también extraordinario, es obligatoria su abstención o retiro, y moralmente ilícito su uso.

Seguramente, la cuestión más compleja se produce en lo expuesto en el punto c), en la práctica suelen originarse situaciones en las cuales son los familiares, primordialmente, quienes no aceptan la realidad de la situación clínica del paciente, que en no pocas oportunidades ejercen presión sobre los profesionales de la medicina a los fines de que se “haga todo lo posible y lo imposible” para salvar a su familiar, esto sin importar las consecuencias que de ello se deriven. Es en estas circunstancias donde el equipo médico debe extremar la capacidad de comunicación y acompañamiento. En estos casos la consulta al Comité de Bioética con su dictamen, es de mucho valor, también lo es la intervención directa de sus miembros manteniendo contacto con familiares, sin que esto interfiera en la relación médico/paciente/familiar. (Comité de trasplante y procuración de la SATI, 2019)

Por lo tanto la decisión de la AET y el inicio de un plan de cuidados paliativos es el resultado de un proceso continuo de información, comunicación y deliberación entre los profesionales responsables de la asistencia y el paciente o la familia. Dicho proceso debe quedar bien documentado en la historia clínica. Una decisión bien documentada es garantía de que se han seguido, tanto desde el punto de vista técnico como ético, procedimientos correctos, lo cual constituye la mejor forma de protección desde el punto de vista legal. (Comité de Bioética de SATI, 2020)

Relación Médico-Paciente

La construcción de una nueva cultura de la atención médica a partir de una filosofía Kantiana que exige el atreverse a pensar a una casuística

contemporánea en la práctica clínica y biomédica, pretende el reconocimiento de los derechos del paciente, de su autonomía, de su dignidad y respeto como persona, apoyado por las nuevas normas jurídicas. Puede ser llamado modelo democrático o deliberativo en el cual consideraremos el aporte de la Bioética y pone fin a la atención vertical del enfermo. El enfermo es considerado en todo momento como un sujeto autónomo, con sus principios y valores propios, como un individuo a quien su situación de enfermedad no lo disminuye de su capacidad para tomar decisiones y deja de ser un actor pasivo para convertirse en parte activa de la atención a su salud. En esta propuesta de una nueva cultura de atención a la salud es necesaria la conducta y participación profesional del médico y su capacidad para establecer una relación que privilegie la deliberación y la comunicación para proporcionar al paciente la información completa, veraz y oportuna y se reconocen para en el paciente las siguientes características: como un sujeto autónomo; con capacidad para tomar decisiones; con derechos; con información. (Mejía Estrada A, 2017)

El consentimiento informado a la vez también sufre transformaciones hasta nuestros días, debido al incremento de sentencias judiciales, por lo que pasa a transformarse desde un precepto deontológico a un precepto puramente legal y defensivo.

Una vez que el equipo médico evalúa y decide bajo la Lex Artis realizar una adecuación del esfuerzo terapéutico, la comunicación entre el personal de salud y el paciente es esencial: deben proporcionar información clara y comprensible sobre el estado de salud, las opciones de tratamiento y las posibles consecuencias (Congreso de la Nación Argentina, 1967). Los pacientes, a su vez, deben sentirse cómodos expresando sus preocupaciones, valores y deseos. Sin embargo, la comunicación efectiva puede ser un desafío, especialmente en situaciones emocionales o de conflicto. Los médicos deben desarrollar habilidades de comunicación empática y comprensiva para facilitar la aceptación por parte del paciente o de los familiares eventualmente si éste no está en condiciones de decidir o expresó a ellos sus deseos de manera anticipada

La participación activa del paciente en la toma de decisiones es un elemento central en la AET. Los pacientes tienen el derecho de conocer sus opciones, preguntar, expresar sus preferencias y tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Sin embargo, en la práctica, puede haber obstáculos para que

los pacientes participen plenamente. Algunos pueden sentirse abrumados por la información médica o temerosos de desafiar las recomendaciones del médico. Es importante que los médicos fomenten la participación del paciente y estén dispuestos a escuchar y respetar sus preferencias. (Comité de Bioética de SATI, 2020)

Transitar este proceso de final de vida puede llevar a situaciones emocionales complejas, tanto para los pacientes como para los médicos. Las decisiones de limitar o retirar tratamientos pueden estar asociadas a la tristeza, el miedo y la culpa. Los médicos deben ser sensibles a las necesidades emocionales de los pacientes y sus familias, brindándoles apoyo y orientación en momentos difíciles. La empatía y la compasión son componentes esenciales de la atención médica en estas circunstancias. (Cuneo, 2012)

En ocasiones, pueden surgir conflictos éticos entre los médicos, los pacientes y sus familiares en relación con esta instancia de la vida. Los médicos pueden verse atrapados entre su deber de actuar en beneficio del paciente y el respeto por la autonomía del paciente. La comunicación abierta y la ética médica desempeñan un papel importante en la resolución de estos conflictos.

En la línea anterior, considerando la autonomía como un absoluto rígido, desaparecerían todos los problemas éticos en Medicina: "si lo quiere el paciente, se hace y ya está", sin interrogantes de ningún género para el médico y con una actitud de servilismo ante cualquier petición. Existen unos límites claramente recogidos en la ley, que concuerdan con preceptos recogidos en nuestro Código Deontológico: "cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública y en caso de urgencia vital sin posibilidad de consultar al paciente o familiares" (Congreso de la Nación Argentina, 2009). Pero, a su vez, existen otros límites científicos que son los de la indicación médica. Así queda recogido en el artículo 2.3 de la ley 41/2002: "El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles." También aparece el derecho al rechazo a los tratamientos, a excepción de los casos previstos en la ley (artículo 2.4). Por tanto, el paciente podrá decidir libremente sólo entre las opciones clínicas disponibles. Y son opciones clínicas disponibles aquellas que están indicadas.

La relación médico-paciente es un pilar esencial en la toma de decisiones terapéuticas y, en particular, en esta etapa de la salud-enfermedad. La

comunicación efectiva, la participación del paciente, la consideración de aspectos emocionales y la resolución de conflictos éticos son elementos críticos que influyen en la calidad de la atención médica y en la toma de decisiones éticas en este contexto.

Dificultades Médicas a la hora de implementar AET

-Desconocimiento de las normativas legales y médicas al respecto de la AET: Es importante recalcar que estos son casos Individuales y con gran variabilidad Clínica, es decir: Cada paciente es único, y las decisiones a tomar deben adaptarse a la situación y las preferencias individuales. Los escasos protocolos y guías clínicas de AET están diseñados para aplicarse de manera uniforme a una población general, lo que puede no ser adecuado para situaciones de fin de vida altamente individualizadas.

La salud de un paciente en situación de fin de vida puede cambiar rápidamente, lo que requiere una adaptación constante de las decisiones de atención médica. Los protocolos a menudo tampoco prevén estos cambios, por lo que el equipo médico tratante deberá evaluar de manera individual a cada paciente en cada instancia a la cual atraviesa y aplicar según ciencia y ética su mejor conducta posible.

Por lo tanto esta es una de las áreas más complejas y desafiantes de la medicina clínica, y su aplicación se ve agravada por la limitada instrucción que recibe durante el proceso de formación clínica en Argentina.

Por otro lado, los programas académicos médicos suelen estar centrados en aspectos técnicos y biomédicos, relegando la formación ética y la sensibilidad hacia las cuestiones de fin de vida a un segundo plano. Esta falta de énfasis puede dejar a los profesionales de la salud insuficientemente preparados para lidiar con las complejidades emocionales, éticas y culturales que surgen en estas situaciones. (Comité de Bioética de SATI, 2020)

En segundo lugar, la formación en relación con el marco legal que concierne a los médicos clínicos en este país es limitada, proporcionándole únicamente durante un breve período durante la formación de grado. Además, no se llevan a cabo capacitaciones de actualización en cuanto a nuevas leyes, decretos, entre

otros; y mucho menos se ofrece orientación sobre su interpretación por parte de los jueces.

-Escasas herramientas de comunicación en el personal de salud:

La falta de conocimiento de los derechos del paciente por parte de los familiares puede obstaculizar la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus seres queridos. Los familiares pueden no estar al tanto de su papel en el proceso de toma de decisiones y pueden sentirse excluidos o poco informados. Esto puede complicar la obtención de un consentimiento informado adecuado y la comprensión de las preferencias del paciente. (Mariela Bertolino, 2014)

Así mismo, la escasa instrucción en médicos sobre cómo comunicarse efectivamente con pacientes y familias acerca de temas sensibles como la adecuación de tratamientos contribuye a la dificultad en la aplicación de la práctica. La habilidad para facilitar conversaciones honestas y compasivas es esencial, pero a menudo los médicos pueden sentirse desorientados al enfrentarse a estas situaciones sin una formación adecuada, lo que puede llevar a la implementación de medidas fútiles para el paciente por miedo a padecer problemas legales con los familiares, es decir: realizando una “medicina a la defensiva” (J.J. Mira, 2019)

Es importante destacar que no sólo debe establecerse una correcta comunicación con el paciente y su familia sino también con el resto de las disciplinas intervinientes en la atención. Esto se puso de manifiesto tras un estudio sobre comunicación interdisciplinar que demostró que mejorar la comunicación entre profesionales, disminuyó los días de estancia en UCI para los pacientes que fallecían, sin incrementar la mortalidad en la UCI (Comité de Bioética de SATI, 2020). Es decir, que la correcta comunicación entre los agentes de salud, evitó la toma de conductas fútiles (o su continuidad en el tiempo) que sólo logran prolongar el proceso de muerte. Se recomiendan las “conferencias familiares”, en las que se preconiza el encuentro con los pacientes y sus familias desde el primer momento y en forma periódica, lo que facilita la toma de decisiones. En lo posible se deben llevar a cabo en un espacio amable y privado, organizados por los médicos del servicio, con la participación de enfermería y de otros especialistas. En el caso en que la familia lo solicitara, se podría convocar ocasionalmente a algún ministro religioso (Juliarena, 2017)

-Desconocimiento de los derechos y obligaciones por parte del paciente y familiares:

En España, alrededor del 50%-70% de los pacientes con cáncer desean que se les comunique su diagnóstico, pero una parte sustancial de los pacientes (entre el 16%-58%) y sobre todo de los familiares (61%-73%) prefieren que no se les revele el diagnóstico. (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2008)

La falta de conocimiento de los derechos del paciente por parte de la sociedad es un desafío importante para los médicos. Para abordar este problema, es esencial enfocarse en la educación y concientización de los familiares, facilitar una comunicación efectiva y proporcionar asesoramiento legal cuando sea necesario. Esto no solo contribuirá a una toma de decisiones más informada y ética, sino que también promoverá una relación más sólida entre médicos, pacientes y sus seres queridos. (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2008)

Actualmente no hay estrategias de Políticas públicas por parte de las organizaciones Nacionales para abordar la falta de conocimiento de los derechos del paciente por parte de los familiares, (Argentina, 2023) (Ministerio de Educación Argentina, 2023) y cuál es el rol que ellos cumplen desde el ámbito social y legal; por lo tanto esta tarea recae netamente en los médicos.

Los profesionales de la salud deben trabajar en la educación y concientización de los familiares sobre los derechos y responsabilidades del paciente. Esto puede incluir la distribución de material informativo, sesiones educativas y discusiones claras sobre los derechos del paciente y el proceso de toma de decisiones. (Ley 17.132, 1967)

Cuando los familiares suelen desconocer los derechos del paciente pueden insistir en intervenciones terapéuticas innecesarias o, por otro lado, pueden oponerse a decisiones respaldadas por la autonomía del paciente. Esto puede llevar a tensiones y conflictos en la relación médico-paciente-familia y dificultar la toma de decisiones basadas en principios éticos. (Rodríguez, 2018)

-La medicina con actitud a la defensiva se refiere a una práctica médica en la que los profesionales de la salud toman decisiones clínicas basadas no solo en el mejor interés del paciente, sino también en la necesidad de protegerse de posibles demandas legales. En otras palabras, los médicos pueden optar por

realizar pruebas adicionales, procedimientos innecesarios o mantener tratamientos prolongados, no necesariamente porque crean que son lo mejor para el paciente, sino para minimizar el riesgo de enfrentar juicios por mala praxis médica. Esta actitud es una respuesta al temor a las consecuencias legales que pueden surgir si las decisiones médicas se cuestionan en retrospectiva. (Almada, 2006)

Sin embargo la medicina defensiva se demuestra como una estrategia completamente ineficaz para la prevención de los reclamos de los pacientes. De hecho, no contribuye en absoluto a lograr una relación clínica adecuada y agrega nuevos riesgos profesionales, a punto de partida de actos médicos no indicados e innecesarios (Jorge Sánchez, 2005)

Como reacción al modelo de la medicina defensiva recientemente se ha levantado un nuevo paradigma de sólido fundamento ético, profesional y médico-legal: la llamada medicina asertiva que de la cual definen cuatro cualidades del acto médico: buena comunicación, sujeción del acto médico a la *Lex Artis ad hoc*, respeto de los derechos del paciente y respeto de los derechos del médico. Un médico con conocimientos, un médico que se comunica asertivamente y respeta a los pacientes y hace que respeten sus derechos como médico, es un médico que no debe tener temor a las demandas médicas, es un médico que no debe de tener miedo a la denuncia, es un médico que no tiene que estar a la defensiva con su paciente sino siempre ocupado en lograr para él, el máximo beneficio posible. (Carlos Tena Tamayo, 2005)

Conclusión

En cuidados paliativos, la práctica médica en Argentina se ve inmersa en un complejo entramado donde la adecuación del esfuerzo terapéutico se rige como un principio cardinal. La evaluación de la futilidad, la proporcionalidad de las intervenciones y la distinción entre tratamientos ordinarios y extraordinarios se presentan como elementos esenciales en esta consideración.

En este contexto, la aplicación de la *Lex Artis* emerge como el fundamento sobre el cual se edifica la toma de decisiones clínicas, una guía que debe ajustarse a la evolución constante de la medicina y los avances tecnológicos. En paralelo, el consentimiento informado cobra relevancia, siendo un pilar que fortalece la

autonomía del paciente al permitirle participar activamente en las decisiones que afectan su tratamiento y cuidado.

La formación continuada de los médicos se revela como un imperativo ético, asegurando que estén al tanto de las leyes y regulaciones vigentes en Argentina. Este conocimiento no solo es esencial para mantener la Lex Artis, sino que también se vincula estrechamente con la educación de la sociedad. La comprensión pública de los derechos y responsabilidades en materia de salud contribuye a una toma de decisiones informada y ética, promoviendo así una relación médico-paciente basada en la transparencia y el respeto mutuo.

En el corazón de estos elementos interrelacionados se encuentra la comunicación adecuada. La habilidad del médico para comunicarse de manera efectiva, comprender las preferencias del paciente y explicar las opciones terapéuticas disponibles es fundamental. Esto no solo facilita la toma de decisiones compartidas, sino que también fortalece la relación médico-paciente, creando un ambiente de confianza y empatía.

Por otro lado, la comprensión por parte de los jueces de las normativas legales en el contexto de la medicina es crucial, para ello es importante realizar una Historia Clínica completa y progresiva que abarque los conceptos previamente aclarados para garantizar una interpretación coherente y ética de las decisiones médicas en Argentina.

Bibliografía

1. Almada, H. R. (2006). De la Medicina defensiva a la medicina asertiva. *Scielo*.
2. Argentina, M. d. (2023). Obtenido de Argentina unida.
3. Carlos Tena Tamayo, J. M. (2005). Medicina Asertiva. *Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia*. México.
4. Comité de Bioética de SATI. (2020). Adecuación del Esfuerzo Terapéutico. *Red bioética/ UNESCO*, 21-45.
5. Comité de trasplante y procuración de la SATI. (2019). Protocolo para la Adecuación Terapéutica en Unidad Intensiva. *SATI*, 6.
6. Congreso de la Nación Argentina. (24 de enero de 1967). Ley 17132. *Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas*. Buenos Aires.
7. Congreso de la Nación Argentina. (21 de Octubre de 2009). Ley 26529. *Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
8. Congreso de la Nación Argentina. (9 de Mayo de 2012). Ley 26742. *Muerte digna*. Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
9. Cuneo, M. M. (2012). *Vida digna hasta morir*. Buenos Aires: Guadalupe.
10. D.M.A. s/ declaración de incapacidad, 376/2013 (Corte Suprema de Justicia 7 de Julio de 2015).
11. J.J. Mira, I. C. (2019). Medicina Defensiva: significado y medición. *An. Sist. Sanit Navar* 3, 3.
12. Jorge Sánchez, C. T. (2005). Medicina Defensiva en México. *Academia Mexicana de Cirugía*.
13. Juliarena, A. (2017). Percepción del tratamiento inapropiado entre profesionales de UCI en Argentina. *Universidad Católica de Valencia*.
14. Ley 17.132. (24 de enero de 1967). *Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas*. Buenos Aires.
15. López., J. E. (2010). La Lex Artis ad Hoc como criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto de tratamiento médico. *Scielo*.
16. Mariela Bertolino, S. B. (2014). *Manual de cuidados paliativos*. Ciudad de Buenos Aires: Romina Schnaider.
17. Mejía Estrada A, R. Z. (2017). La relación médico paciente: desarrollo para una nueva cultura médica. *Revista Médica Electrón*.
18. Ministerio de Educación Argentina. (2023). Obtenido de Argentina unida.

19. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2008). *Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos*. Obtenido del Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
20. Ministerio de Salud Argentina. (Noviembre de 2023). *Argentina Unida*.
21. Rodríguez, A. A. (2018). Medicina Defensiva ¿Evitable? *Scielo*.
22. Solaar, G. M. (2008). El concepto de futilidad en la práctica médica. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*.