



**UNIVERSIDAD CES**

*Un compromiso con la excelencia*  
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

## ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO AL FINAL DE LA VIDA

### AUTORES

CESAR AUGUSTO CASTAÑO GARCÍA

DARLYN PATRICIA PEÑA PACHECO

MARÍA VICTORIA RIVERA GÓMEZ

### ASESOR

CLARA CATALINA COSSIO URIBE

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA

GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN SITUACIÓN DE SALUD

MEDELLÍN, 2021

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	3
1.1. Planteamiento Del Problema .....	3
1.2. Justificación.....	6
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	7
<b>2.1. General</b> .....	7
<b>2.2. Específicos</b> .....	7
<b>3. DISEÑO METODOLOGICO</b> .....	8
<b>4. REFERENTE TEÓRICO Y CONCEPTUAL</b> .....	9
4.1. Definición de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico AET .....	9
4.2. Definición de cuidados paliativos .....	11
4.3. El cuidado de la salud al final de la vida.....	12
4.4. La ética en la atención en salud .....	13
4.5. La ética en el cuidado al final de la vida.....	13
4.6. Enfermedad terminal.....	15
4.7. Ensañamiento terapéutico.....	15
4.8. Futilidad .....	16
4.9. Tratamiento desproporcionado.....	18
4.10. Regulación vigente.....	18
<b>5. CONCLUSIÓN – POSTURA CRÍTICA</b> .....	21
<b>6. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b> .....	23
<b>7. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS</b> .....	24
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	25

## 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento Del Problema

Para referirnos a la adecuación del esfuerzo terapéutico cabe hacer una aproximación a su historia y su nacimiento con la creación de las unidades de cuidados intensivos. Vera Carrasco Oscar, expone en su artículo, una síntesis donde menciona que “Los cuidados intensivos nacieron cuando comenzó a ser posible la sustitución de funciones vitales, y por tanto el control de algunos de los procesos que solían conducir a la muerte: parada cardíaca, insuficiencia respiratoria, fracaso renal, etc. Fue en los años 60 cuando estas técnicas de soporte vital comenzaron a tener alguna relevancia sanitaria, y cuando el médico empezó a tener, por primera vez en la historia, un control efectivo sobre la muerte”(1).

Dentro del estudio de la adecuación del esfuerzo terapéutico, se hace necesario reflexionar sobre otros temas, como son el desarrollo de nuevas tecnologías para la medicina intensiva, la bioética y el respeto por la dignidad humana, temas fundamentales para la responsabilidad de los profesionales de la salud al definir el abordaje del paciente crítico, sin caer en tratamientos desproporcionados que no sean beneficiosos para el paciente.

Según datos de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos: “Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan problemas de orden físico, psicosocial o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal; se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano, actualmente, a nivel mundial, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben”(2).

Dicha Asociación expresa que: “La falta de formación y de concienciación sobre los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud es un obstáculo importante a los programas de mejoramiento del acceso a esos cuidados, la necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población, una asistencia paliativa temprana reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud”(2).

Como dice María I. Sarmiento-Medina et al. (2012) “La muerte ha sido por lo general un tema que se considera negativo y se excluye de las conversaciones cotidianas. Sin embargo, cuando se tiene una edad avanzada o una enfermedad grave, se piensa con frecuencia en ella y en las condiciones en que sucederá “(3).

Dentro de la relación médico-paciente, “El proceso de toma de decisiones depende no solo de las opciones reales sino de las opciones imaginadas, de la forma en que las personas han comprendido la información a la que han tenido acceso, de las creencias y del curso de la enfermedad. En este proceso, pacientes y familiares buscan indagar más sobre la patología y solicitan orientación por parte de conocidos o del personal de salud” tal como lo menciona la misma autora María I. Sarmiento-Medina et al. (2012)(3).

Cuando se acerca el final de la vida, nos encontramos ante situaciones y vivencias de angustia, temores y crisis tanto para los pacientes y familiares, como para los profesionales de la salud, pues vemos como las fuerzas se van acabando y la energía se va apagando, es aquí cuando surgen muchos sentimientos, hay confusión, nos encontramos frente a decisiones por tomar ante las cuales no hemos sido entrenados o preparados, por lo que se

hace vital contar con instituciones de salud y profesionales, que orienten y ayuden en estos momentos críticos, y contribuyan a respetar la autonomía de los pacientes y sus familias.

Según F.M. Pérez Pérez: “La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) puede definirse como el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente. La AET ha de considerarse en casos en los que hay una escasa posibilidad de respuesta a los tratamientos e implica la valoración de un cambio en la estrategia terapéutica que supone la retirada o no instauración de algún tratamiento. La denominación habitualmente utilizada «limitación del esfuerzo terapéutico» no es muy afortunada, ya que no se limita el esfuerzo, sino que cambian los objetivos terapéuticos (orientándose a otras áreas como sedación, analgesia, apoyo psicológico, etc.), por lo que resulta más adecuado el término «adecuación del esfuerzo terapéutico», que ya se está generalizando”(4).

Consideramos que es importante y relevante para la salud pública, abordar la adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida, considerando que el estado colombiano debe garantizar a toda persona el derecho a la salud, bienestar y calidad de vida, no sólo en el curso de la vida sino también cuando se tenga un sufrimiento como consecuencia de una enfermedad terminal, degenerativa y sin alternativa terapéutica.

Aunque en Colombia existe un marco normativo para la regulación del cuidado paliativo y que está íntimamente ligado a la adecuación del esfuerzo terapéutico, consideramos relevante abordar y analizar desde la salud pública este tema, dado que se pueden promover algunas alternativas que beneficien de manera importante, la atención integral de los pacientes que incluyan el alivio al dolor, sufrimiento y demás síntomas relacionados. Adicionalmente que se brinden garantías a los profesionales de la salud, para contar con equipos multidisciplinarios para realizar el abordaje de pacientes al final de la vida, y que no quede la responsabilidad sólo en el profesional de la salud.

## **1.2. Justificación**

La siguiente monografía tiene como propósito, reflexionar y discutir en torno a la adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida dando una mirada desde la ética, enfatizando sobre los principios y valores sobre los que se fundamentan los profesionales de la salud para la toma de decisiones sin vulnerar los derechos de los pacientes y la familia.

Con este trabajo se intenta dar una mirada académica, generar beneficios de tipo teórico y aportar conocimientos acerca de la adecuación del esfuerzo terapéutico, pues consideramos es un tema insuficientemente abordado desde la formación académica y en el ámbito laboral, así mismo en muchas instituciones no se cuenta con el tiempo, los recursos o la disponibilidad para que los profesionales de la salud aborden y profundicen sobre este tipo de cuestionamientos.

En Colombia, aunque existen lineamientos normativos de cuidado paliativo, dados por el Congreso de la República y el Ministerio de Salud y Protección Social, consideramos que no existe una política explícita de atención en salud para el final de la vida. Hay muy pocos especialistas en cuidado paliativo, y, aunque algunas instituciones ofrecen programas de atención domiciliaria, no cumplen con los criterios de una atención completa en cuidado paliativo.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. General**

Consolidar información relacionada con la adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida y la aproximación normativa que existe en Colombia.

### **2.2. Específicos**

- Realizar una revisión de la bibliografía científica, sobre la adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida.
- Analizar los conceptos relacionados con la adecuación del esfuerzo terapéutico.
- Argumentar una postura crítica acerca de la literatura que existe, sobre la adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida.

### **3. DISEÑO METODOLOGICO**

Esta monografía se realizará con base en literatura de tipo científica donde se hará una revisión de artículos de revista, documentos, lineamientos de la Organización Mundial De La Salud y legislación vigente en Colombia.

Como palabras claves se tendrán: esfuerzo terapéutico, cuidado paliativo, final de vida, enfermedad terminal, ensañamiento terapéutico, futilidad, tratamiento desproporcionado, muerte digna, salud pública, legislación vigente.

Las fuentes de información se construirán mediante la revisión de la información publicada en la herramienta de Google académico y las bases de datos electrónicas de la universidad CES.

La búsqueda y revisión de la información se realizará por parte de los tres investigadores, donde se consolidará la información encontrada, se depurará, se ordenará y se eliminarán las duplicaciones.

Se hará un análisis de los hallazgos que permitirán argumentar una postura crítica acerca de la literatura que existe, sobre la adecuación de los esfuerzos terapéuticos al final de la vida.

La monografía se divulgará mediante un informe final para la especialización.



## 4. REFERENTE TEÓRICO Y CONCEPTUAL

### 4.1. Definición de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico AET

En la revisión bibliografía realizada, se evidencia que “La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) puede definirse como el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente. La AET ha de considerarse en casos en los que hay una escasa posibilidad de respuesta a los tratamientos e implica la valoración de un cambio en la estrategia terapéutica que supone la retirada o no instauración de algún tratamiento”(4).

“La denominación habitualmente utilizada «limitación del esfuerzo terapéutico» no es muy afortunada, ya que no se limita el esfuerzo, sino que cambian los objetivos terapéuticos (orientándose a otras áreas como sedación, analgesia, apoyo psicológico, etc.), por lo que resulta más adecuado el término «adecuación del esfuerzo terapéutico», que ya se está generalizando”(4).

Otros autores del área de salud de León (Sacyl), como González R. menciona en el texto *Documento sobre La Adecuación del Esfuerzo Terapéutico*, que “Es más correcto hablar de adecuación que de limitación, no sólo por el sentido peyorativo que tiene este segundo término, en la idea de abandono o fin de la atención al enfermo, sino porque la AET comprende la exclusión o la inclusión de diferentes actuaciones, encaminadas a conseguir que la transición entre la vida y la muerte se lleve a cabo de la forma más adecuada y humanizada posible, ya sea dentro del entorno sanitario o en el domicilio del paciente. No obstante, la AET incluye lo que habitualmente se entiende por Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), es decir, no poner o retirar ciertos procedimientos, sobre todo técnicas

o medidas de soporte vital, cuando el resultado de ello suele ser la muerte. Se limitan algunos procedimientos, pero el esfuerzo terapéutico no se reduce, sino que se reorienta para aplicar tratamientos y cuidados paliativos. Los pacientes que antes se desahuciaban, ahora se llaman pacientes terminales”(5).

A nivel de asociaciones médicas, también se ha hecho mención al concepto, tal como se evidencia en el artículo especial de la Gaceta Médica de Bilbao, donde hacen referencia a la definición de esfuerzo terapéutico como “Adecuación del esfuerzo terapéutico consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje. Es la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente. El término “limitación del esfuerzo terapéutico” debe evitarse ya que no se trata de ninguna limitación de tratamientos sino de una adecuación de los mismos”(6).

Por su parte, en normativa reciente colombiana, la Resolución 229 de 2020, define la “Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos (AET): como el ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona, en los casos en que esta padece una enfermedad incurable avanzada, degenerativa o irreversible o enfermedad terminal, cuando estos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés de la persona y no representan una vida digna para ésta. La AET supone el retiro o no instauración de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, donde la continuidad de estos pudiera generar daño y sufrimiento, o resultar desproporcionados entre los fines y medios terapéuticos”(7).

## 4.2. Definición de cuidados paliativos

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual”(8).

En igual sentido la OMS menciona que “afrontar el sufrimiento supone ocuparse de problemas que no se limitan a los síntomas físicos. Los programas de asistencia paliativa utilizan el trabajo en equipo para brindar apoyo a los pacientes y a quienes les proporcionan cuidados. Esa labor comprende la atención de necesidades prácticas y apoyo psicológico a la hora del duelo. La asistencia paliativa ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte”(8).

También menciona la OMS, que “los cuidados paliativos están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud. Deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo”(8).

En Colombia, la Ley 1733 de 2014, mediante la cual se regulan los servicios de cuidado paliativo, define en su artículo 4° los cuidados paliativos como: “Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren, además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para

el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal”(9).

De otro lado, la Resolución 229 de 2020 trae como definición de “Cuidado paliativo: como los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, enfermedad incurable avanzada, degenerativa e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas, requieren atención integral a los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia”(7).

#### **4.3. El cuidado de la salud al final de la vida**

La definición del cuidado de la salud al final de la vida es un concepto que a través del tiempo ha venido evolucionando junto a las prácticas y el quehacer de los profesionales de la salud en esta etapa de la vida.

Según la definición de Paula Andrea Duque, et al “el final de la vida es: un fenómeno inherente a las personas y puede presentarse en cualquier momento del curso de vida; puede oscilar desde tan solo unos días o meses, hasta muchos años, según las características individuales de las personas y el deterioro físico y psíquico que los sitúan en condición real de morir”(10).

Además, el cuidado de la salud al final de la vida también puede definirse como el conjunto de acciones que permiten realizar un acompañamiento orientado a las necesidades individuales en busca de una muerte digna, acompañado por la atención de un equipo multidisciplinario que priorice un cuidado de calidad con una visión sensible, humana y con

conocimientos claros en cuidados paliativos y entrenamiento para la toma de decisiones en esta etapa de la vida.

#### **4.4. La ética en la atención en salud**

Como dice Pérez, R et al (2015) “La ética en salud constituye un campo de conocimiento y práctica de límites aún insuficientemente definidos, tiene como antecedentes a la ética como fundamento teórico de todo el accionar profesional haciendo énfasis por supuesto en el área de la investigación, asistencia e investigación médica; en este mismo sentido, se reconoce como imprescindible su aplicación en la actividad profesional del médico y por extensión a los demás profesionales de la salud, cuyo desenvolvimiento está aparejado al de esta profesión”(11).

#### **4.5. La ética en el cuidado al final de la vida**

De acuerdo con la revisión bibliografía del documento *Aspectos éticos en el final de la vida*, del autor Eduardo Clavé Arruabarrena, este menciona que “En la actualidad, un número considerable de enfermos termina su existencia entre extraños, en el hospital o en una residencia, donde diversas medidas de mantenimiento de la vida permiten retrasar la hora fatídica de la muerte. En ocasiones, este retraso paga un precio: la prolongación de los padecimientos físicos y morales. El reconocer que un enfermo se encuentra en la fase final de su vida no siempre es fácil. Por este motivo no resulta difícil comprender por qué los médicos insisten en mantener los tratamientos. La medicina no es una ciencia exacta y, tanto en los diagnósticos como en los tratamientos, nos movemos entre ciertos márgenes de incertidumbre. En esa situación, tanto los enfermos y sus familias como los médicos,

tienen dificultades para afrontar el sufrimiento cuando la enfermedad no tiene curación. La experiencia del sufrimiento, que no cede con la moderna tecnología médica o con los nuevos fármacos, nos recuerda a todos los que nos sentimos implicados, enfermos, familias, profesionales sanitarios y a la sociedad en su conjunto, que su alivio precisa de una medicina humana que tenga en cuenta a la persona en todas sus dimensiones (biológica, psíquica, social y espiritual)”(12).

Por su parte, el autor Juan Gómez Rubí hace alusión a que “El objetivo de la Medicina no es sólo combatir la muerte, sino luchar contra la muerte prematura y la muerte inoportuna y, cuando ello no es posible, evitar el dolor y el sufrimiento para permitir una muerte tranquila. El alargamiento de la vida y el respeto cada vez mayor a la autonomía de las personas han creado diversos conflictos que no están sólo relacionados con la Medicina, sino también, y de manera muy intensa, con el mundo jurídico y los valores éticos de sus protagonistas: los pacientes y sus familiares, los profesionales y la sociedad en general. Estos dilemas obedecen a dos ideas básicas: el derecho de los enfermos a decidir sobre los tratamientos y las opciones clínicas como parte del principio de libertad y autonomía individual (no inicio o retirada de medidas de soporte vital), y el deber de la sociedad y de los profesionales de intervenir en el proceso de la muerte y en las decisiones asistenciales relacionadas con la misma (cuidados paliativos, eutanasia y suicidio asistido)”(13).

También menciona el mismo autor que “Las decisiones sanitarias son ahora mucho más complejas y dificultosas que antaño por el respeto a la autonomía personal y por la innovación bio-tecnológica que ha convertido en una posibilidad real el alivio del sufrimiento. Los problemas no siempre son los mismos y algunos tienden a ir cambiando conforme avanza la propia medicina. Hoy prácticamente nadie defiende una prolongación dolorosa de la vida o un encarnizamiento terapéutico, y sin embargo hace algunos años éste era mucho más frecuente”(13).

#### **4.6. Enfermedad terminal**

En reciente normativa colombiana, la Resolución 229 de 2020 define la “Enfermedad terminal: como enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses”(7).

#### **4.7. Ensañamiento terapéutico**

En la revisión bibliografía realizada se encuentra como definición de ensañamiento terapéutico por parte de Alondra Arenas Alejo, en el documento titulado: *Conocimiento sobre ensañamiento terapéutico en el servicio de urgencias*: “que el ensañamiento terapéutico es una práctica médica basada en la aplicación de métodos de soporte vital excesivos en enfermos terminales. Esta práctica no está exenta de riesgos y puede producir no solo molestias, dolor y sufrimiento; sino incrementar el daño físico, psicológico y social del paciente y los familiares. Puede ser considerada una práctica contraria a la ética profesional e incluso, si esas intenciones son “non sanctas”(14).

Además, refieren en dicho texto que otra definición pertinente sería: “ensañamiento terapéutico o distanasia, a la realización de prácticas diagnósticas y/o terapéuticas, que no benefician al enfermo que se encuentra en la última etapa de su vida, y hasta secundariamente le provocan sufrimiento agravado, si no se le provee a él o su familia, de información sobre su estado”(14).

En general, se usan como sinónimos, los términos “ensañamiento” y “obstinación” terapéutica.

A nivel de asociaciones médicas, se menciona al concepto de *obstinación terapéutica*, tal como se evidencia en el artículo especial de la Gaceta Médica de Bilbao donde incluyen la definición, la cual “Consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo. Constituye una mala práctica médica y una falta deontológica. Las causas de obstinación pueden incluir, entre otras, las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación o la demanda del enfermo o la familia. Es preferible evitar el término “encarnizamiento” porque presupone una cierta intencionalidad negativa por parte de quien lo efectúa”(6).

#### **4.8. Futilidad**

En la revisión bibliografía realizada, podemos mencionar la definición abordada en el artículo *Futilidad médica y obstinación familiar en terapia intensiva ¿Hasta cuándo seguir y cuándo parar?*, donde se aborda la futilidad como la “Cualidad del acto médico cuya aplicación a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes, o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado”(15).

En la revisa de la Asociación de Medicina Interna de Buenos Aires, abordan la futilidad terapéutica desde varias perspectivas como “En la lucha contra la enfermedad y la prosecución de la vida, aparece a menudo lo que se ha dado en llamar futilidad terapéutica.



Expresión que se utiliza desde hace unos años. Fútil viene del latín, *futilis*, que significa de escasa importancia, y son sinónimos: baladí, trivial, insustancial. En última instancia, lo que se pretende significar es que el tratamiento carece de importancia en relación a las consecuencias“(16).

En la misma revista se expresa que algunos bioeticistas “contraponen la futilidad a la autonomía, y sustentan que la futilidad está presente cuando a los pacientes no se los trata como personas, sino con un criterio meramente organicista. También sostienen que la futilidad se da cuando el médico no reconoce que la vida tiene sus límites, que ciertos manejos terapéuticos sin sentido atentan contra la autonomía y la dignidad de la persona“(16).

Los profesores Dr. Cataldi Amatriain y Roberto M. también indican en su artículo que “La futilidad tiene una doble vertiente, ya que por un lado implica la instrumentación de medidas terapéuticas que serán inútiles con sus diferentes repercusiones (dar falsas esperanzas a la familia, incrementar los costos institucionales, etc.) y por otro la temida prolongación de la agonía, que sin dudas es mucho más grave”(16).

Así mismo hacen referencia a que “Es evidente que toda terapéutica tiene sus límites y el internista debe saber si vale la pena llevar a cabo cierto tratamiento o si conviene abstenerse, porque carece de sentido tomar la decisión de implementar un tratamiento que de antemano se sabe que no va a modificar el curso de la enfermedad, y que incluso, le prolongará el tiempo de sufrimiento al paciente”(16).

#### **4. 9. Tratamiento desproporcionado.**

En la revisión bibliográfica realizada se encuentra que múltiples autores citan la siguiente definición realizada por Herreros B, Palacios G, Pacho E: “definen tratamiento o medios desproporcionados como aquellas medidas que no son adecuadas a la situación clínica real del enfermo, por no ser proporcionales a los resultados que se podrían esperar. Es aquel tratamiento que no mantiene un balance adecuado de costos-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”(17).

#### **4.10. Regulación vigente**

En Colombia con la entrada en vigencia de la Ley 1733 de 2014 “Consuelo Devís Saavedra”, podemos decir que fue la primera norma específica, donde se reguló el manejo integral del paciente con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida(9).

Posterior a esta normativa, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Circular 22 del 19 de abril de 2016 y la Circular 23 del 20 de abril de 2016, dio lineamientos, directrices e instrucciones sobre el manejo del dolor con medicamentos opioides y con la segunda, las garantías para los pacientes que requieren cuidado paliativo.

Con la Resolución 2665 de 2018, el Ministerio de Salud establece los requisitos y formas de realización de la formalidad de declaración de la voluntad anticipada, con el fin de

otorgarles confianza de la decisión a los profesionales de la salud y a los pacientes para cumplir su voluntad(18).

Con la nueva carta de deberes y derechos de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad social, la Resolución 229 de 2020, impone a las EPS la obligación de informar a las personas durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible en la red y el cuidado paliativo de acuerdo con su enfermedad o condición, incluyendo la atención en la enfermedad incurable, avanzada o terminal, garantizando que en todo momento se respeten los mecanismos para ejercer la libre escogencia y los deseos del paciente, frente a las posibilidades que las IPS tratantes ofrecen para su tratamiento(7).

Adicionalmente en la Resolución 229 de 2020, en el apartado de “derechos del paciente en lo concerniente a morir dignamente, se indica que todo afiliado sin restricciones por motivos de pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen y condición social o económica, en lo concerniente a morir dignamente, tiene derecho a: ser el eje principal de la toma de decisiones al final de la vida, a recibir información sobre la oferta de servicios y prestadores a los cuales puede acceder para garantizar la atención en cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, independientemente de la fase clínica de final de vida, enfermedad incurable avanzada o enfermedad terminal, mediante un tratamiento integral del dolor y otros síntomas, que puedan generar sufrimiento, teniendo en cuenta sus concepciones psicológicas, físicas, emocionales, sociales y espirituales; a ser informado de los derechos al final de la vida, incluidas las opciones de cuidados paliativos o eutanasia y cómo éstas no son excluyentes”(7).

A manera de conclusión, podemos decir, que los usuarios del sistema general de seguridad social, tienen el amparo constitucional y legal, para hacer valer la toma de decisiones compartida al final de la vida, pero que, por falta de conocimiento de las mismas, se ven vulnerados en algunas ocasiones, bien sea por la entidad de aseguramiento, la red de prestadores y/o los profesionales tratantes.

## 5. CONCLUSIÓN – POSTURA CRÍTICA

Al realizar la revisión bibliográfica científica, sobre la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) al final de la vida, podemos encontrar que el concepto ha tenido cierta evolución de acuerdo con la transformación de las dinámicas tradicionales para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, el concepto de salud - enfermedad, así como los avances tecnológicos en salud, pues se pasa de un concepto restringido de “limitación del esfuerzo terapéutico” a una percepción más amplia de “adecuación del esfuerzo terapéutico (AET)”, con el fin de orientarlo a otras áreas involucradas en el proceso de atención, como son la sedación, la analgesia y el apoyo psicológico.

En contraste a lo mencionado anteriormente, al analizar los conceptos relacionados con la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET), se puede identificar que para muchos autores aún persiste la “definición negativa” de llamar limitación de esfuerzo terapéutico a la disminución en los tratamientos e intervenciones, sin embargo en contraposición a esta definición, logramos encontrar que para otros autores, la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET), puede enmarcarse en ajustes a los tratamientos de acuerdo, con la situación clínica del paciente pero siempre conservando la ética y autonomía profesional del tratante.

Con el análisis de estas definiciones podemos identificar que hoy la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET), es una necesidad sentida no sólo de los profesionales de la salud sino también de los pacientes y familiares, en la medida que aún no existen políticas públicas en salud que den respuesta a la atención integrada y multidisciplinaria al final de la vida, de aquellos pacientes que se ven expuestos a una vulneración de sus derechos, al contar con

instituciones y profesionales, que disminuyan el sufrimiento y en contraste se prolongue la vida sin éxito.

Por otra parte, consideramos de vital importancia la capacitación continua al personal de la salud que se enfrenta diariamente a este tipo de pacientes y situaciones, no solo en lo relacionado al entrenamiento de cómo realizar la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) desde lo técnico y profesional, basados en la aplicación de guías y protocolos, sino el de entrenar y ayudar a fortalecer a los profesionales desde su parte psicológica y emocional, puesto que están expuestos a una carga emocional muy elevada, lo que puede desencadenar problemas de tipo psicológico, derivados del estrés continuo al que están sometidos cuando se está decidiendo y actuando en un escenario que está de cara a la muerte de una persona.

Concluimos que la literatura analizada habla de las definiciones y la aproximación del marco legal en Colombia, sobre la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET), pero poco se habla desde la mirada de los profesionales, quienes deben contar no solo con competencia académica, sino con la capacidad emocional para la toma de decisiones, sin deshumanizar la atención. Adicionalmente deberían contar con garantías adicionales como contar con equipos multidisciplinarios para realizar el abordaje de pacientes al final de la vida, y que no quede la responsabilidad sólo en el profesional de la salud.

## **6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Los autores de la monografía, respetamos en todo el proceso de revisión de la literatura científica, los derechos de autor realizando la debida referenciación bibliografía, así como la aplicación de garantías con el uso adecuado de la información, la utilización de los resultados, el uso adecuado de las tecnologías, del respeto a la confidencialidad, del uso de procedimientos y técnicas permitidas y de la no manipulación de los datos.

## 7. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

**Cronograma:** A continuación, se describen el orden de las actividades y tareas a realizarse por períodos de tiempo definidos para el logro de los objetivos de la monografía.

<b>Actividad</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>	<b>Julio</b>
Búsqueda bibliográfica	X			
Análisis bibliográfico	X	X	X	
Elaboración de informe			X	
Ajustes				X

**Presupuesto:** No se requiere presupuesto para el desarrollo de la monografía, dado que se realizará durante el tiempo destinado por los autores y con sus propios recursos.



## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vera Carrasco O. LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA. Rev Médica Paz. 2019;25(2):78-90.
2. Gracia. accpaliativos – Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos [Internet]. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.accpaliativos.com/>
3. Sarmiento-Medina MI, Vargas-Cruz SL, Velásquez-Jiménez CM, Sierra de Jaramillo M. Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. Rev Salud Pública. febrero de 2012;14:116-28.
4. Pérez Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. SEMERGEN - Med Fam. 1 de noviembre de 2016;42(8):566-74.
5. González R. Documento sobre La Adecuación del Esfuerzo Terapeutico [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/experiencias.ficheros/1133891-DOCUMENTO%2BSOBRE%2BLA%2BADECUACION%2BDEL%2BESFUERZO%2BTERAPEUTICO.pdf>
6. Gómez-Sancho M, Altisent-Trota R, Bátiz-Cantera J, Ciprés-Casasnovas L, Gándara-del-Castillo Á, Herranz-Martínez JA, et al. Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones. Gac Médica Bilbao [Internet]. 15 de octubre de 2015 [citado 23 de junio de 2021];112(4). Disponible en: <http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/38>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Normatividad\_Nuevo - Resolución No. 229 de 2020.pdf [Internet]. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5903](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5903)
8. Cuidados paliativos [Internet]. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
9. Secretariadesenado.gov. Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad [LEY\_1733\_2014] [Internet]. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: [http://www.secretariadesenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1733\\_2014.html](http://www.secretariadesenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1733_2014.html)
10. Duque PA, Tovar Ortiz SA, Luna Reinoso DA, Rodríguez Marín JE. El final de la vida situación de enfermería. Med Paliativa [Internet]. 2019 [citado 23 de junio de 2021];

Disponible en:  
<http://gestormedpal.inspiranetwork.com/fichaArticulo.aspx?iarf=293287463-738791159340>

11. The ethic within the health system in Cuba [Internet]. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDREVISTA=314&IDARTICULO=61514&IDPUBLICACION=6103>
12. Arruabarrena EC. ASPECTOS ETICOS EN EL FINAL DE LA VIDA. octubre de 2014;6ta Sección:14.
13. Astudillo A W, Mendinueta A C. BASES PARA AFRONTAR LOS DILEMAS ÉTICOS AL FINAL DE LA VIDA [Internet]. 2004. Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/01-Astudillo.pdf>
14. Loria J, Alondra A, Zarate E, Xochiquetzal H. Conocimiento sobre ensañamiento terapéutico en el servicio de urgencias. 9 de septiembre de 2016;8:32-40.
15. Futilidad médica y obstinación familiar en terapia intensiva: ¿Hasta cuándo seguir y cuándo parar? [Internet]. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802017000600008&lng=en&tlng=en#no](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802017000600008&lng=en&tlng=en#no)
16. Cataldi Amatriain RM. Futilidad Terapéutica [Internet]. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: [https://smiba.org.ar/revista/vol\\_04/04\\_04\\_03.htm](https://smiba.org.ar/revista/vol_04/04_04_03.htm)
17. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Rev. Clínica Esp. 1 de marzo de 2012;212(3):134-40.
18. Definidos requisitos del Documento de Voluntad Anticipada (DVA) [Internet]. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Definidos-requisitos-del-Documento-de-Voluntad-Anticipada-DVA.aspx>