

**EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS FUNDAMENTOS
DE LA DECLARACIÓN RELATIVA A LA LIMITACIÓN
DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)
REALIZADA POR EL CEA DEL HBL**

**Dr. Hernán Villarino¹, Dr. David Sáez², Dr. Sergio Ramírez³, Dr.
Ricardo García⁴, Sr. Eliazar Catalán⁵**

Índice

Secciones
I.- La situación que explica y justifica esta declaración
II.- Los estímulos que dieron origen al actual documento
III.- Ética y ética profesional (deontología)
IV.- La naturaleza ético-filosófica de la LET en su oposición al encarnizamiento terapéutico
V.- Mandatos ético-filosóficos (o bioéticos), versus mandatos deontológicos (o profesionales)
VI.- Situaciones clínicas que parecen inspirar la LET 1.- Enfermedad terminal y tratamiento paliativo 2.- El paro cardio-respiratorio (PCR) y la reanimación cardiopulmonar (RCP)
VII.- La objetividad de la enfermedad terminal y de la PCR
VIII.- La inadecuada generalización desde el enfermo terminal y la PCR
IX.- La gravedad como orientación clínica de la LET
X.- Gravedad y pronóstico
XI.- Los enfermos graves y la solución bioética

¹ Psiquiatra. CEA del HBL

² Neurólogo. CEA del HBL

³ Cirujano. CEA del HBL

⁴ Ginecólogo. CEA del HBL

⁵ CEA del HBL

XII.- La LET consiste en la sustitución de la clínica por exhortaciones filosóficas
XIII.- La LET como ética explícita de los sentimientos
XIV.- ¿Se justifica el rol de los CEAs en la decisión de una LET?
XV.-Palabras finales

I.- LA SITUACIÓN QUE EXPLICA Y JUSTIFICA ESTA NUEVA DECLARACIÓN SOBRE LA LET⁶

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET), cuyo nombre, fórmula y figura ha sido concebida por los bioéticos/as, fue implantada en nuestro país, como práctica habitual de la medicina, hace ya más de dos décadas.

Existe la convicción unánime que el desarrollo y el conocimiento científico han logrado éxitos asombrosos en la medicina, y si la LET ha arraigado en la práctica cotidiana sin duda que ha sido por haber dado alguna respuesta a ciertas necesidades surgidas a partir del nuevo poder hacer alcanzado por la medicina, lo que se pone de manifiesto, aunque de un modo inconveniente, en el mismo nombre de la LET, que expresa la necesidad, surgida en la nueva situación, de repensar algunos tratamientos para introducir en ellos una completa razonabilidad.

Sin embargo, la experiencia de varias décadas de implementación ha mostrado que muchas veces no existe concordancia entre los clínicos ni respecto de la aplicación, ni respecto de la valoración ni respeto de los resultados de la LET. El elemento común que fundamenta los distintos argumentos críticos alude a su oportunidad, lo que los antiguos denominaban el *kairós*, asunto este que ha sido objeto de consideración en la medicina desde el hipocratismo.

En efecto, para algunos clínicos la decisión de la LET a veces puede resultar precipitada, atribuyéndose quizá a la impericia clínica. Frecuentemente, se considera que se decide en función de la compulsión con que apremian los criterios y objetivos de los economistas y gestores, muchas veces de orientación u obediencia neoliberal, los que urgen a mover y desocupar las camas para evitar el colapso de un sistema sobrecargado o, peor aún, al inconfesable propósito de contener el gasto con los pacientes graves y ancianos, de acuerdo con las

⁶ La declaración mentada fue publicada en agosto del 2020, y aparece previamente en este mismo número de la revista, El año 2009 el CEA del HBL publicó otra declaración cuya temática era también la LET. Ver: *Declaración oficial respecto de la proporcionalidad del esfuerzo terapéutico*, Revista de Medicina y Humanidades, Santiago, 2008.

directrices de la medicina administrada. Para otros, la LET se fundamenta, sobre todo, en sentimientos subjetivos en detrimento de parámetros objetivos, lo que hace muy difícil su control y estandarización. Hay quienes extrañan que, como en cualquier otra rama de la medicina, no haya una literatura científica ad-hoc que oriente en los diagnósticos y establezca los fundamentos fisiopatológicos y clínicos de la decisión. Algunos creen que la LET da ocasión para enfriar la actitud del médico/a en relación con los enfermos graves y ancianos, o para justificar el desistimiento en los casos complicados. En fin, aunque no sea lo último, hay también quienes dudan de que los comités de ética asistencial (CEA) constituyan instancias de interconsulta realmente útiles para tomar o justificar una decisión del calado de una LET.

Estos y otros cuestionamientos que vamos a analizar en este texto, no son cuestiones puramente teóricas, se generan a partir de dos observaciones clínicas indudables. En primer lugar, ocurre que pacientes en los que se ha decidido una LET terminan recuperados y dados de alta. En segundo lugar, las diferencias en torno a los criterios con los que se decide la LET, que a veces se producen entre clínicos o entre servicios, no se pueden resolver con parámetros objetivos.

Por desgracia, la bioética no ha reconocido, debatido, ni prestado la debida atención a esta serie de observaciones y advertencias que enunciamos más atrás. Por otra parte, si bien la LET responde a una cierta demanda surgida merced al desarrollo tecno-científico, fue introducida en la medicina a partir de criterios e impulsos ético-filosóficos, de modo que los reparos que despierta entre los clínicos se mantienen en sordina. Pareciera como si analizar, discutir o evaluar la LET fuera adoptar una postura antiética, retrograda o algo por el estilo. La situación, entonces, se prolonga llevada por una inercia invencible, sin que se produzca su necesario escrutinio que es lo que aspiramos a desarrollar aquí.

Nuestro objetivo, entonces, es estudiar el problema, examinarlo libremente y abrir la discusión sobre la materia.

II.- LOS ESTÍMULOS QUE DIERON ORIGEN A ESTE DOCUMENTO

A lo largo de los años diversos profesionales nos han consultado respecto de la LET. El propósito de responder a las dudas planteadas en las conversaciones mantenidas con ellas/os a consecuencia de sus consultas, pero, también de resolver las discusiones sostenidas entre los mismos miembros del CEA del HBL con este motivo, ha dado pie, a lo largo de varios lustros, a una constante reflexión del comité sobre esta cuestión.

Aunque no sea el único, un primer apronte fruto de aquella larga cavilación está vertido muy precozmente (el año 2008), cuando el CEA del HBL emitió una *Declaración Respecto de la Proporcionalidad del Esfuerzo Terapéutico*, donde, aparte de un análisis teórico de la LET se proponía, entre otras cosas, cambiarle el nombre, porque a partir de la experiencia clínica su denominación parecía ser una fuente de malos entendidos que podía conducir a errores en la práctica.

Con el paso de los años, para el CEA del HBL se fueron haciendo evidentes, aparte de las mencionadas en aquella Declaración, muchas otras dificultades que genera en la actividad clínica el concepto de una limitación del esfuerzo terapéutico, sumido hoy en una peligrosa confusión.

Por los motivos anteriores, consideramos que a las preguntas tradicionales sobre qué es la LET y cómo se ha de proceder para implementarla (pero también a las más recientes respecto del *triage* o priorización, motivadas por la actual pandemia, respecto de lo cual estamos preparando un estudio detallado), esas interrogantes, decíamos, no se pueden seguir respondiendo ni con definiciones nominales ni con la exposición de los procedimientos establecidos por las recomendaciones bioéticas, porque lo irrevocablemente problemático, a nuestro entender, no es la operatoria o traducción práctica, sino los mismos conceptos con los que se decide el destino de los enfermos, lo que también parece ser oscuramente percibido por los clínicos, de allí sus frecuentes consultas sobre estas materias, oscuridad que, además, en este período de pandemia puede tener enormes consecuencias.

III.- ÉTICA Y ÉTICA PROFESIONAL (DEONTOLOGÍA)

Antes de entrar en materia conviene hacer algunas advertencias relativas al tercer apartado de este texto en el que ahora estamos, y que constituye un breve paréntesis destinado a situar la problemática general de la bioética desde una cierta perspectiva filosófica, toda vez que esta disciplina, la bioética, se ha presentado como la plasmación de la filosofía en y de la medicina. Para cumplir con este objetivo han de tenerse presente dos cosas. En primer lugar, que a efecto de mostrar de un modo inteligible los problemas que plantea la LET, inevitablemente debemos descender y explorar los fundamentos teóricos y lingüísticos que la sostienen. En segundo lugar, que a lo largo de este escrito siempre que digamos bioética nos referimos única y exclusivamente a la Bioética Clínica, es decir, dejamos fuera de consideración la llamada Bioética Global y la de la Investigación.

Desde antiguo, los mandatos éticos, en cualquier profesión se han expresado en sus propios códigos deontológicos, sin embargo, paradójicamente, la bioética no

es ni pretende ser un código deontológico, sino una reflexión ético-filosófica sobre las tareas, objetivos y obligaciones de la medicina. Ahora bien, no debiera olvidarse que el pensamiento filosófico, como contrapunto a la inevitable racionalidad científica que impera en la medicina actual, coincide con la necesidad que el pensar filosófico tiene de la ciencia. Jesús Mosterín, uno de los mayores filósofos de la ciencia en lengua castellana, lo expone del siguiente modo:

“...Propugnamos una filosofía a la altura de nuestro tiempo, rigurosa, ambiciosa y plenamente integrada en la actividad intelectual de la época que nos ha tocado vivir, es decir, una filosofía que asimile y someta a crítica epistemológica y análisis conceptual los resultados de la investigación científica”.

La bioética clínica es uno (no el único) de los caminos transitados en la actualidad para realizar el diálogo, o confluencia, o síntesis, etc., entre la ciencia (en este caso la ciencia en la medicina) y la filosofía (en este caso la ética filosófica), pero, como bien reconoce el mismo Mosterín,

“...No hay que pensar que el efecto de la conjunción de ciencia y filosofía siempre sea satisfactorio; a veces surgen malentendidos, ingenuidades y confusiones conceptuales que es necesario aclarar.”

Como se deduce de lo que asegura Mosterín, no siempre es ni fácil ni simple, incluso ni siquiera es posible verter la reflexión ético-filosófica en la clínica. Por ejemplo, cuando algunos filósofos o teólogos hablan de ética se refieren a las conductas, actitudes y deberes que libremente adopta o rehúsa un individuo singular, por eso, suponen en la conducta individual una gran indeterminación a la que el sujeto toca determinar a través de sus decisiones libres. En cambio, cuando el médico/a hablan de ética refieren básicamente a la ética profesional, la que siempre ha estado vinculada con ciertas prácticas inspiradas en las ciencias e insertas en una comunidad, por lo que no dependen del arbitrio del individuo aislado ni mucho menos de su conciencia soberana. En otras palabras, ¿pueden las profesiones seguir cumpliendo éticamente sus tareas plegándose a las fórmulas generales y abstractas planteadas desde ciertas filosofías?

Es necesario remarcar que la profesión médica, y en realidad cualquier otro oficio o profesión, están fuertemente determinados. Las conductas y actitudes que ha de seguir cualquier profesional no son libres ni indeterminadas, se deben regir del modo más estrecho por las reglas de cada profesión, las cuales reglas, a su vez, no se justifican por las decisiones libres de los individuos particulares, sino por los fines que cada profesión aspira a lograr con su actividad, fines que se constituyen

en función de ciertas demandas sociales a lo largo de una particular evolución histórica.

Un ejemplo podría ilustrar este asunto mucho mejor que las consideraciones generales y abstractas. Para un filósofo, incluso para un teólogo, pueden ser igual y ejemplarmente éticos tanto un sujeto que se decide por ser y comportarse como católico, como musulmán, como testigo de Jehová, como agnóstico, como ateo, como comunista, como neoliberal, como físico nuclear, como médico, como carpintero, como obrero de la construcción, como verdugo, como ajusticiado, etc., porque el filósofo que predica la ética concibe un sujeto con fines indeterminados que debe determinarse a través de su elección, de modo que es su libre decisión lo único que puede ubicarlo en el campo de la ética.

En cambio, en situaciones habituales y normales nadie consideraría éticamente correcto a un cirujano que elige libremente usar un machete en vez de un bisturí, unas pinzas para las cejas en vez de las propias del pabellón, un corta uñas en vez de las tijeras de regla. Es que la conducta ética en una profesión no consiste en el despliegue de la propia voluntad, sino en hacer coincidir la voluntad subjetiva con la voluntad objetiva y preceptiva de la profesión, objetividad que está vinculada, como dijimos, tanto con el medido social donde se ejercita como al cumplimiento de las reglas técnicas operantes, pero, en ningún caso consiste en la libre aspiración y realización de una voluntad meramente libre.

Es por esto que, desde antiguo, se distinguió la ética, según la comprenden y estudian algunos filósofos, teólogos y humanistas en general, de la ética profesional, a la que se llamó deontología, no ética. Respecto del término deontología se puede debatir, lo esencial es que siempre existieron mandatos éticos específicos para cada profesión. Estas diferencias lexicales, en todo caso, no son un juego de palabras ni se trata de un capricho, son una necesidad, porque así se señalan y se hacen comprensibles los distintos planos y niveles con que se tratan asuntos que están emparentados, pero que conviene no confundir.

IV.- LA NATURALEZA ÉTICO-FILOSÓFICA DE LA LET EN SU OPOSICIÓN AL ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO

La LET, como todas las figuras de la bioética, es un concepto ético-filosófico, general, no deontológico, en el sentido que lo hemos discutido en el punto anterior, y que se irá haciendo más claro a medida que avancemos en la exposición.

En segundo lugar, la LET se trata de un concepto ético negativo, porque es lo que se opone, elimina, corrige, prohíbe y supera otro concepto, también introducido en

la medicina a partir de consideraciones teológico-filosóficas: el encarnizamiento u obstinación terapéutica.

Ahora bien, la dialéctica entre los conceptos antagónicos encarnizamiento terapéutico – LET, es completamente circular y autocontenida. Se debe practicar la LET cuando haya encarnizamiento terapéutico del mismo modo que se debe evitar el encarnizamiento practicando la LET. Esta dialéctica, en su generalidad lógica, es impecable e invencible, pero este círculo, quizá legítimo en el campo de la filosofía, comparece en la medicina de un modo que es peligrosamente similar a los círculos viciosos.

Para empezar, se debe constatar que el reproche entrañado en la designación del ejercicio terapéutico con los términos encarnizamiento u obstinación resulta profundamente ambiguo y desorientador, porque con ellos se describen también conductas elogiadas y dignas de todo encomio.

Por ejemplo, cabría decir que el personal sanitario actual, desde sus precarios y mal acondicionados lugares de trabajo, con escasos de medios e insumos, muchas veces sin la más mínima protección personal, a pesar de todo ha mantenido una encarnizada y obstinada lucha contra la actual pandemia, enfrentando todos los despropósitos, limitaciones y complicaciones que la antecedieron o que fueron sucediéndose hasta lograr sacar adelante la tarea en que han estado empeñados, y en cuyo éxito nadie creía.

Entonces ¿quién condenará y llamará a detener este obstinado encarnizamiento terapéutico? Es que con estos términos se alude también a algo tan excelente, que se podría llamar constancia, paciencia, firmeza en el cumplimiento de los fines, incluso solidaridad y generosidad.

En su día, este CEA describió los problemas que para el ejercicio de la medicina trae aparejado el término “limitación del esfuerzo terapéutico”, expresión que también manifiesta el despropósito de imponer o restringir el sentido de las palabras corrientes por uno de la propia preferencia.

V.- MANDATOS ÉTICO FILOSÓFICOS (O BIOÉTICOS) VERSUS MANDATOS DEONTOLÓGICOS (O PROFESIONALES)

La columna vertebral de la LET es el llamado a eludir y terminar con el encarnizamiento terapéutico, de modo que es un mandato ético-filosófico del tipo del no robarás, no matarás, no fornicarás, etc., al que ahora se debe agregar,

dentro de la misma estructura lógica, este nuevo mandamiento, nacido en y de la bioética: no te encarnizarás terapéuticamente.

Desde el punto de vista filosófico, no obstante, el uso de los términos encarnizamiento u obstinación, como acabamos de discutirlo, introduce una gran ambigüedad en el mandato, toda vez que con ellos se alude también a algo bueno y deseable. Pero lo más problemático, y en realidad la fuente de todos los problemas, es que este mandato carece de un correlato clínico definido, es decir, se trata de un mandato ético-filosófico en estado puro y sin ningún rastro deontológico.

Los mandatos ético-filosóficos son bastante característicos de la bioética. Así, por ejemplo, para el Dr. Daniel Callahan, destacado bioético del Hastings Center, las metas de la medicina son las siguientes: 1) Prevención de la enfermedad, promoción y mantenimiento de la salud; 2) Alivio del dolor y del sufrimiento humano causado por los padecimientos de orden interno; 3) Cuidado y curación de todo los que tienen padecimientos, y cuidado de los que no pueden ser curados, y 4) Evitación de la muerte prematura, y aspiración a una muerte en paz.

Detengámonos, por poner un ejemplo, en la meta o mandato bioético número tres: la medicina está para tratar las enfermedades. Es difícil concebir que alguien no lo sepa, pero debe de haber alguna razón, que se nos escapa, para subrayarlo. Lo cierto, en todo caso, es que esta indicación tiene cierto interés informativo para el público en general, porque en el fondo, dice: si tienes alguna enfermedad, entonces acude al médico/a, aunque insistimos, sería muy raro que alguien no lo supiera; también podría ayudar a enmarcar un debate filosófico sobre la medicina, etc. En cambio, a los únicos que no les sirve para nada es a el/la médico/a, porque esa meta o mandato carece de sustancia técnica, deontológica.

Para entender esto cabalmente no hay que ver las cosas desde las claras alturas ético-filosóficas, sino desde las turbias trincheras deontológicas. El médico/a, en realidad, no se ocupa con “la enfermedad” ni menos con “las enfermedades”, sino, por ejemplo, con una NAC (neumonía adquirida en la comunidad). Pero no se aboca a una neumonía en general, sino a esta, y la trata, por ejemplo, con antibióticos. Pero no usa antibióticos en general, sino este antibiótico que está indicado, o que no está contraindicado. Pero no solo usa un antibiótico indicado en general, lo usa en ciertas dosis, incorporándolo por ciertas vías, con determinada frecuencia, durante cierto tiempo en el que también observa si el cuadro evoluciona bien, si empeora, si se complica, etc., todo lo cual puede obligarlo a cambiar el enfoque inicial o quizá a tomar medidas adicionales, etc. Todo eso sin contar todas las otras mil peculiaridades que se deben atender y que van desde el

trato personal con el enfermo, la lucha frente a las dificultades materiales, el deber de atenerse a reglas y protocolos muchas veces insensatos, la presencia invasiva o ausente de los familiares, etc.

Este trabajo, con sus infinitos detalles, ambigüedades, sorpresas, etc., es invisible y queda pobremente definido si se lo llama “tratar una enfermedad”. En el siglo V a.C. se decía lo mismo, que la medicina trata las enfermedades, pero con eso se pensaba en sangrías, dietas, gimnasia y algunas pocas cosas más. En el siglo XXV se dirá lo mismo, que la medicina está para tratar las enfermedades, pero no sabemos cuál será su contenido deontológico, de modo que no sabemos cómo será y a que estará obligada en concreto. En la actualidad, decir que la medicina trata las enfermedades es decir una generalidad ético filosófica que la bioética ha creído importante rescatar, aunque signifique repetir palabras sin contenido, las que se han dicho, se dicen y se dirán siempre para significar algo distinto en cada caso. En realidad, “tratar las enfermedades” no significa nada, como tampoco significa nada prevenirla, promover la salud, aliviar el dolor, cuidar, curar y en realidad todas las otras generalidades que la bioética enumera pero que no aluden a nada que tenga un contenido deontológico, técnico, profesional, que es lo único que cuenta en la medicina real, no en el discurso sobre la medicina.

Cada uno de aquellos pasos que se da y en lo que consiste el tratamiento de las enfermedades está técnicamente orientado, incluso, claramente especificado, y sólo en la medida que se conozcan y se cumpla con ellos se realiza el mandato ético general de curar las enfermedades. Eso es lo que el médico/a tiene que saber hacer, y saber hacerlo bien. Por eso, el objetivo que se expresa en una vacuidad abstracta como la de “tratar las enfermedades” no significa casi nada sin esas reglas técnicas, que entonces, sin dejar de ser técnicas, son éticas, porque es con ellas que se trata realmente las enfermedades según reza el mandato ético general. En la medicina no hay técnica sin ética, ni viceversa, y es eso es lo que desde siempre se ha llamado deontología.

Partiendo, en cambio, del mandato general de curar o tratar las enfermedades, sin el saber técnico, es decir, con un conocimiento puramente filosófico del problema pero sin mentar la estructura real del mismo, no se sabría qué hacer en el caso de una NAC ni de cualquier otra enfermedad. El llamado ético-filosófico a curar las enfermedades solo puede conducir a la frustración, la que sólo se puede superar cuando una profesión se constituye a través de normas y deberes, es decir, cuando existe un marco deontológico que es técnico y ético a la vez.

Ahora se puede ver claro en qué sentido el llamado a evitar el encarnizamiento terapéutico es una generalidad ético-filosófica, al fin de cuentas es equivalente a

esa disposición que llama a tratar las enfermedades. El problema de la LET, ético-filosóficamente hablando, se expresa como la obligación de eludir el encarnizamiento terapéutico, en cambio, en el lenguaje de la deontología se buscaría responder a cuándo, cómo y por qué se debe decidir una LET o, en otras palabras, ¿hay una *lex artis* que oriente su realización?

El problema es que la LET, y aquí adelantamos conclusiones, no está referida a ningún cuadro específico, carece, como dijimos más atrás, de un correlato clínico, y, por ende, de mandatos deontológicos. Es moral filosófica, es decir, principios generales y abstractos en estado puro, a lo que debemos agregar que está emocionalmente condicionada, como lo probaremos más adelante.

VI.- SITUACIONES CLÍNICAS QUE PARECEN INSPIRAR LA LET

Aparte las fundamentales referencias ético-filosóficas que determina una LET, pareciera también haberse constituido, aunque quizá de un modo inconsciente, a partir de dos experiencias clínicas concretas: el paro cardio respiratorio (PCR) y la enfermedad terminal, a la que nos referiremos a continuación.

Debe dejarse constancia que las decisiones tomadas en esos dos casos se hacen en el contexto de una *lex artis* racional, técnica y ética al mismo tiempo, de modo que en realidad no guardan ninguna identidad con la LET, incluso, en cierto sentido, son sus opuestos.

1.- La enfermedad terminal y el tratamiento paliativo

En efecto, los oncólogos acuñaron el concepto de enfermedad terminal para describir una determinada condición a la que a veces llegan en el curso de sus trastornos algunos de los enfermos que tratan, aunque el diagnóstico sea legítimamente extensible fuera de la oncología siempre que se cumplan las condiciones que se exigen en ella.

El enfermo terminal, que insistimos, primariamente es un paciente oncológico, es aquel que morirá a causa de su enfermedad en un plazo inferior a los seis meses independientemente de los tratamientos que se pongan en práctica. Ahora bien, a partir de esta definición debemos observar un par de cuestiones.

En primer lugar, la predicción que se realiza en ella solo puede resultar legítima por un conocimiento que es el fruto de haber tratado, la oncología, millones de casos, y de haber observado y explicado el comportamiento regular de los organismos frente a cánceres en etapas muy avanzadas. En

este, como en cualquier otro caso, no se trata de la aplicación de principios filosóficos, sino de conceptos que surgen a raíz del trato profesional que es aquello que permite conocer y describir los cursos clínico-patológicos, a los que la medicina debe hacer frente, con sus respectivos y preceptivos concomitantes y fundamentos anatómicos, fisiopatológicos, bioquímicos, pronósticos, etc.

En segundo lugar, el concepto de enfermedad terminal se ajusta plenamente a la deontología médica, es decir, no a los deberes éticos que brotan de la libre subjetividad del actor según formulaciones filosóficas abstractas, generales y descontextualizadas, como la del encarnizamiento terapéutico, sino a los que se transparentan, se explicitan y se hacen inteligibles a través de los conocimientos, hallazgos y mandatos técnicos de la misma profesión brotados, comunicados, discutidos y controlados en el medio social en el que se desenvuelve. Es en la comunidad donde al fin de cuentas, la profesión, cada profesión, encuentra su orientación y su sentido, y no en los textos de ética filosófica.

Ahora bien, si la enfermedad terminal es una de las claves que permite entender la aparición de la LET, es porque a partir de una mirada ético-filosófica, general, se puede mal entender como que es una situación clínica donde se practica una limitación del esfuerzo terapéutico, toda vez que supone la suspensión de los propósitos curativos. Pero esto ocurre cuándo se ha reconocido y admitido, con criterios técnicos y deontológicos, que no van a producir resultados, y que, en cambio, generarán consecuencias indeseadas e indeseables. Más adelante nos detendremos de nuevo en las diferencias esenciales entre estas dos decisiones.

Ahora bien, al enfermo terminal no se lo ha considerado, en la medicina, un despojo de la vida ni para la vida. Es a partir de aquí que se concibió, desarrolló y se puso en práctica una nueva especialidad: la medicina paliativa, orientada a atender a los pacientes cuyo curso es letal e irreversible, atenderlos, decíamos, de acuerdo con las necesidades y posibilidades que su estado acarrea después de conocer la imposibilidad de curación, por lo menos en este momento de la historia.

2.- El paro cardio-respiratorio (PCR), y la reanimación cardiopulmonar (RCP)

El otro cuadro clínico que, aparentemente, subyace a la LET, es el PCR, con su respectivo enfrentamiento terapéutico: la Reanimación Cardiopulmonar (RCP). Si decimos que esta situación clínica subyace a la

LET, es porque se verifica la suspensión total de los procedimientos terapéuticos y la completa parálisis de la actividad de la medicina.

En efecto, la RCP, que *grosso modo* consiste en una serie de maniobras monitorizadas y cumplidas durante un cierto tiempo, lapso en el que, si no hubiera una respuesta positiva y no se consiguiera reactivar de nuevo al corazón, se concluye con la suspensión de toda terapia dándose al enfermo por muerto. Sin embargo, aunque superficialmente se pudiera pensar que aquí, como en la LET, se suspende la actividad terapéutica, lo que en realidad se hace es diagnosticar la muerte, que es algo muy distinto.

VII.- LA OBJETIVIDAD DE LA ENFERMEDAD TERMINAL Y DE LA PCR

El diagnóstico y la decisión de iniciar o suspender las maniobras de reanimación no se deben a inspiraciones subjetivas, están muy bien regladas, como también lo están los que deciden el diagnóstico y el tratamiento paliativo en la enfermedad terminal, o los diagnósticos y tratamientos en general en torno a cualquier otro cuadro clínico, basándose, en cada caso, en sus respectivos fundamentos clínicos, epidemiológicos, anatómicos, fisiopatológicos, evolutivos, bioquímicos, pronósticos, etc.

Es que la enfermedad terminal, el tratamiento paliativo, el PCR y la RCP están plenamente incorporados a una lógica profesional que en la medicina se cumple y se debe cumplir en cada una de sus partes, es decir, una lógica con la que se constituye y se comprende cualquier diagnóstico y tratamiento.

Nada de lo que ocurre en la RCP o en la medicina paliativa se introdujo en la medicina, a diferencia de la LET, a partir de razonamientos puramente ético-filosóficos, ni tampoco estos cuadros y sus tratamientos se justifican ni se demuestran con esos razonamientos, aunque no por eso se pudiera decir que son antiéticos. Desde luego ninguno de ellos ha requerido de justificaciones morales especiales.

VIII.- LA INADECUADA GENERALIZACIÓN DESDE EL ENFERMO TERMINAL Y LA PCR

La LET que propone la bioética en realidad no se asemeja a lo que ocurre con el enfermo terminal, porque, como acabamos de discutirlo ahí, propiamente, no se practica una LET, sino la medicina paliativa. Tampoco sirve de modelo la reanimación cardiopulmonar que concluye con la suspensión de toda la actividad terapéutica, pero no como una decisión particularmente inspirada en la ética, sino

porque el paciente, objetivamente, ha muerto. A nadie “se lo da por muerto”, como intencionadamente dijimos más atrás, simplemente se constata la muerte como un hecho real e independiente de cualquier observador. Y claro, como la actividad terapéutica no tiene sentido frente a un cadáver, es completamente legítimo y necesario suspenderla.

La LET consiste en un pequeño deslizamiento donde se emparentan semejanzas no esenciales en virtud de lo cual se la asimila a las decisiones que acompañan al enfermo terminal, por un lado, y a la RCP por el otro, aunque ese deslizamiento, en realidad, no sea tan pequeño, y en todo caso sea preciso hacerse conscientes de él.

En comparación con estos dos cuadros, que quizá le han servido de inspiración, lo peculiar de la LET es que no remite a ningún trastorno clínico definido ni determinado, en realidad remite a cualquier cuadro clínico. Por otro lado, al adoptarla, claramente no se está frente un cadáver. Es que la LET, que ha venido siendo cultivada sobre todo en los laboratorios filosóficos, es un constructo ético-filosófico asociado con una decisión ético-filosófica y no con reglas deontológicas.

En efecto, no hay ningún examen, signo ni síntoma específico, ni tampoco un conjunto de ellos que por sí mismos determinen un pronóstico de certeza que justifique la aplicación de una LET. Y la prueba de ello es que si bien existe una literatura científica, como en cualquier otro terreno de la medicina, relativa tanto a las enfermedades y los enfermos terminales como respecto de la PCR y la RCP, es decir, hay un saber técnico-profesional, objetivado, compartido, debatido, universal, etc., que se puede incrementar y eventualmente corregir, aparte su formulación y discusión ética no existe, en cambio, una literatura científica respecto al asunto específico de la LET, que insistimos, no se remite en exclusiva al diagnóstico que mueve a su realización, sino, sobre todo, a la certeza pronóstica que la legitima y la justifica.

Es sobre el conocimiento de este asunto propio y específico de la LET, el pronóstico, donde no existe un intercambio de conocimientos ni de experiencias que permitan perfeccionar y estandarizar los diagnósticos, evaluar los resultados, hacer comparaciones, etc. Ni siquiera se lleva a cabo una simple estadística de cuantas LETs se han practicado, de cómo ha evolucionado su frecuencia en el tiempo, etc.

Por eso, este de la LET, para los estándares normales de la medicina actual, es un territorio bastante opaco. En ningún otro caso, aparte de la LET, el médico/a, a falta de parámetros objetivos, queda tan librado a decidir él mismo y por sí mismo

tanto la naturaleza de la enfermedad como las medidas que se han de tomar. La médica/o decide aquí libremente, subjetivamente, éticamente, y no es mandado, como en cualquier otro terreno de la medicina, por las reglas de su arte, que, en cualquier otro terreno de la profesión debe aprender a reconocer, obedecer y someterse.

IX.- LA GRAVEDAD COMO ORIENTACIÓN CLÍNICA DE LA LET

Pero, en ausencia de un cuadro clínico definido y de un pronóstico cierto, y en el uso de su completa libertad e inspiración ético-filosófica, ¿qué mueve al médico/a, a plantearse la alternativa de la LET? A nuestro entender, la única condición común que la determina es la gravedad del enfermo.

La gravedad, sin embargo, no es un cuadro clínico definido, sino un destino posible para cualquier enfermedad. En efecto, se puede llegar ahí desde todas y desde cualquier situación clínica, y en cada caso supone el compromiso, al menos inicial, de distintos órganos, de allí su extremado polimorfismo clínico y la dificultad que supone su conceptualización.

Sin embargo, lo grave o la gravedad de un enfermo es un término que alude a algo bastante vago e impreciso, y que básicamente apunta en dos direcciones, una objetiva y otra subjetiva. Objetivamente, se dice que un enfermo está grave si atraviesa por una situación cuya vida requiere de una intervención inmediata, o cuando presenta un trastorno severo de uno o varios sistemas que son fundamentales para la vida. Subjetivamente, se corresponde con la impresión que genera en clínicos experimentados las manifestaciones de ciertas, no diremos tanto enfermedades, cuánto situaciones, en el curso temporal de cualquier enfermedad.

X.- GRAVEDAD Y PRONÓSTICO

Ahora bien, si resulta innegable que una de las salidas de la gravedad de una enfermedad es la muerte, no es la única posibilidad. Efectivamente, la gravedad muchas veces hace que los enfermos recorran un camino tortuoso de caídas y recuperaciones, corriendo al filo de una frontera vital donde no siempre resulta claro saber, a partir de parámetros clínicos objetivos, si ya se la ha atravesado y rebasado toda posibilidad de vida, a diferencia de lo que ocurre con la parada cardíaca irreversible, por ejemplo.

Es por esto que un paciente grave no cumple ni con la definición de un paciente terminal, ya que su pronóstico es incierto, ni tampoco está muerto, como en el PCR no recuperado. Sin embargo, es sobre esta incertidumbre, que por consejo

de una ética- filosófica que se opone al encarnizamiento terapéutico se decide una LET, lo cual merece dos consideraciones

En primer lugar, es preciso reconocer que la evaluación subjetiva del destino de un trastorno grave irrecuperable no siempre es errónea si quien lo formule es un profesional con una dilatada experiencia clínica en el terreno de la enfermedad que se trate. Ahora, si las impresiones subjetivas no son del todo inútiles, y a veces son muy valiosas, no son el método corriente para tomar decisiones en medicina, menos una del calado de la LET. Como en todo el resto de la medicina se debe o se debiera buscar la fundamentación de una LET a través de la objetivación (rasgos clínicos, pruebas funcionales, laboratorio, imagenología, etc.), es decir, a través del ejercicio del saber técnico profesional de la medicina, manejado, en estos casos, con una particular paciencia, concentración, esfuerzo, etc.

Un modelo digno de imitar es lo ocurrido en el caso de la Muerte Encefálica, donde la constitución y justificación de ese cuadro, tanto de su diagnóstico como de su pronóstico que es lo que a la postre valida y justifica los procedimientos a que da lugar, se han llevado a cabo a través del abono de pruebas obtenidas en investigaciones científicas, asociadas a la posibilidad de ofrecer contrapruebas y debatir sostenido a lo largo de varias décadas, dejando siempre abierta la posibilidad de presentar nuevos hechos y plantear nuevas discusiones.

En segundo lugar, no se puede desconocer que la gravedad, y sobre todo la impresión de gravedad, son esencialmente ambiguas. Sabemos que a veces un cuadro banal resulta letal por las complicaciones sobrevenidas, o por el agotamiento de las reservas vitales, etc. Otras veces, cuadros severos, incluso considerados subjetivamente como desesperados o sin salida por su extrema gravedad, salen airosos de la prueba como si hubieran sido favorecidos por un milagro.

XI.- LOS ENFERMOS GRAVES Y LA SOLUCIÓN BIOÉTICA

La gravedad, entonces, no es un cuadro clínico definido, sino un puerto de llegada para cualquier enfermedad. Por eso, la medicina discurre aquí por un terreno pantanoso, exento de la nitidez con que lo hace cuando enfrenta un paro cardíaco, la enfermedad terminal o la muerte encefálica, de allí que muchas veces no haya coincidencias en la indicación de una LET entre los clínicos de una misma o de distintas especialidades. Es que no siempre hay un saber profesional, técnico, bien consolidado en virtud del cual poder determinar cuándo se debe reorientar o suspender la actividad terapéutica, y sabemos que, en muchísimos casos los

signos y los síntomas de un paciente limitado son los mismos de otro que no ha sido limitado y que sobrevive.

Aquí, como en ninguna otra parte, es necesario incrementar el conocimiento científico que ayude a discernir, pero, como dijimos más atrás, no hay una literatura científica *ad hoc* que lleve, por ejemplo, ni siquiera una estadística de los casos que se han limitado, ni mucho menos que los describa, analice, clasifique, discuta, etc.

Para poder actuar bien en las situaciones clínicas en que la bioética sugiere la LET no se requiere de discursos ético-filosóficos, sino de investigaciones que permitan garantizar, en todos los casos, cuándo un enfermo grave ya ha perdido el aliento y la posibilidad de volver del abismo. Más aún, las exhortaciones éticas y la tranquilidad de conciencia subsecuente que supone su cumplimiento puede que hayan influido en que no se hayan emprendido las investigaciones necesarias para profundizar en el diagnóstico de estas situaciones, que es en realidad lo único que el médico/a precisa para actuar con seguridad.

A la postre, en esa oscura ambigüedad, sedienta de la luz que brinda el conocimiento científico, es el territorio sobre el que se ha levantado la legislación y el gobierno bioético de la LET. En aquella planicie, poblada por enfermos graves y ancianos erigió sus cuarteles e impuso su ley. Pero si en esa espesa comarca no hay verdadera ciencia ni plena objetividad, es justificado decir que se han impuesto la opción por las decisiones subjetivas, y que en el gobierno de la medicina y el tratamiento de los enfermos se han reemplazado las demandas y tradiciones deontológicas de la profesión, que por razones éticas exigen la objetividad y precisión técnicas, por ciertos edictos ético-filosóficos abstractos, que no pueden ser traducidos al lenguaje de la práctica clínica real y concreta.

XII.- LA LET CONSISTE EN LA SUSTITUCIÓN DE LA CLÍNICA POR EXHORTACIONES FILOSÓFICAS

En el apartado III de esta declaración hicimos un par de citas de Mosterín, que contenían tanto el reconocimiento de la necesidad de una síntesis entre ciencia y filosofía como la constatación de que dicha síntesis, muchas veces, solo es la expresión de malos entendidos y confusiones.

El primer problema generado en esta nueva síntesis entre ciencia y filosofía, que ha realizado la bioética, radica en el lenguaje. Lo que la LET enfrenta y pretende resolver, como lo discutimos más atrás, es a lo que se ha llamado encarnizamiento u obstinación terapéutica, términos anfibológicos que carecen de toda precisión y

valor científico. Como consecuencia de ello, lo que ha venido justificando la LET no es un saber propiamente médico, sino un mandato ético general que llama y ordena no caer en el encarnizamiento, porque esa obstinación es una postura moral deficiente, aunque tal mandato, concebido por cabezas consagradas a la filosofía, carezca de un correlato clínico preciso donde sostenerse.

El encarnizamiento terapéutico es un juicio moral que no alude en la bioética a una determinada conducta profesional, justificada por un cuadro que siempre está objetivado o que sea objetivable, es decir, que existe por sí mismo, bien perfilado clínica, fisiológica, anatomo patológicamente, etc.

En tanto que mandato moral, la LET alude a la corrección de una voluntad libre, pero porfiada, meramente irracional, a veces denominada paternalista, que es sostenida por el médico/a o el equipo sanitario y que se manifiesta cómo la decisión de continuar un tratamiento éticamente incorrecto que produce y/o prolonga los sufrimientos del enfermo, o lo sitúa en una grave posición de indignidad, abocando, además, a un gasto sanitario excesivo e innecesario. Es, por lo tanto, un precepto de moral que ignora la deontología médica.

Mientras que la medicina paliativa, la RCP o la Muerte Encefálica, con la ayuda de la ciencia y de la técnica miran directamente al enfermo, porque frente a estos cuadros ninguna voluntad humana decide nada, en la LET, en cambio, a través de juicios ético-filosóficos se mira directamente al médico/a, o al equipo sanitario, a sus conciencias y voluntades. No es la medicina la que debe ser mejorada de un error, librada de una ignorancia, etc., es el médico/a o el equipo sanitario los que deben ser corregidos de su peligrosa ceguera o confusión ética, que se manifiesta en la práctica del encarnizamiento terapéutico.

Sin embargo, el intento de concluir con el sufrimiento y la indignidad, que supone la lucha contra el encarnizamiento por medio de la LET, constituye, en su generalidad, un mandato ético que vale tanto dentro como fuera de la medicina, y tanto para enfermos como para sanos. Por eso, este no es un precepto deontológico, profesional, específico, porque la cualidad de los dolores y sufrimientos, como el modo de aminorarlos o suprimirlos que ha de encarar cada profesión con los instrumentos y saberes de que dispone, no son los mismos en todas ellas.

Ningún saber profesional, tampoco la medicina, sabe, puede ni pretende tratar el sufrimiento en general, como quizá razonablemente manda la ética filosófica. En la medicina, por ejemplo, sólo se pretende enfrentar el que se produce como consecuencia de la enfermedad, y es para eso que la profesión tiene

conocimientos, técnicas, prácticas conocidas de fundamento científico, etc., del mismo modo que el derecho, por poner otro ejemplo, combate específica, precisa y técnicamente el sufrimiento que se deriva de la injusticia, y así cada oficio y profesión en lo suyo.

De allí que el mandato ético general que llama a eliminar o eludir el sufrimiento, que subyace a la LET, aunque sea plena y filosóficamente legítimo no tiene una traducción inmediata en cada profesión, toda vez que tiene un cierto alcance y sentido en el Derecho, otro en la medicina, etc., motivo por el que cada profesión tiene su propia deontología que constituye a aquel y a todos los otros mandatos éticos generales que proclama la filosofía, los aplica, los modula, los regula, etc.

La imposibilidad de compatibilizar el ejercicio de la medicina con principios ético - filosóficos de este tipo, que además muchas veces no son más que racionalizaciones (en sentido psicoanalítico), cuando no eslóganes y proclamas, se hace evidente cuando se recuerda que ciertas exploraciones, por poner uno entre muchos ejemplos posibles, necesitando conocer la magnitud o localización de un dolor deben suscitarlo activa y conscientemente, de modo de poder formular un diagnóstico y/o decidir un tratamiento.

Si se tomara literalmente el mensaje ético general de evitar el sufrimiento, como hace la LET, la medicina sería imposible, pero los dolores y sufrimientos derivados de su no existencia serían infinitamente mayores, de modo que el mandato ético general, al que la bioética llama con la LET, es paradójico: de cumplirse a cabalidad conduciría a lo contrario de lo que pretende, es decir, al hacer imposible la medicina incrementaría el sufrimiento derivado de la enfermedad e impediría su alivio.

XIII.- LA LET COMO ÉTICA EXPLÍCITA DE LOS SENTIMIENTOS

Hemos sostenido que la LET es un mandato ético-filosófico, pero lo cierto es que no hay sólo una filosofía ni sólo un mandato ético-filosófico, hay muchos y diversos, a veces, incluso, contradictorios, en dependencia de la filosofía que se profese. Lo que se bueno para unos, se suele decir, es malo para otros.

La deontología, en cambio, dicta inmediatamente normas éticas claras y seguras para el ejercicio profesional, porque no vuela sobre abstracciones y generalidades, está sujeta firmemente por las posibilidades y preceptos de la técnica, donde se materializan los fines de la medicina socialmente determinados. "Por eso, aquí no es posible ni la ambigüedad, ni los debates eternos ni la falta de conclusiones, como ocurre en la filosofía.

Mientras la deontología ofrece una regulación para el trabajo médico, aunque no sea ni indiscutible ni eterna, la ética filosófica es el lugar para una reflexión legítima, aunque interminable, en torno a distintas opciones sobre lo que es el bien, o para el debate entre diferentes concepciones del mundo, etc.

Ahora, si es claro que la bioética no es ética sin más, ni la única ética ni toda la ética, dentro del amplio, variado e interesante debate en que consiste la filosofía, ¿cuál es el lugar que ocupa la bioética? Es decir, ¿desde donde habla y a que refiere sustancialmente?

La bioética es dependiente y solidaria de un enfoque conocido como la ética de los sentimientos, propugnada por Adam Smith, el mismo que descubrió la mano invisible en economía. Hay una secreta veta que solidariza a la bioética con el liberalismo y el neoliberalismo económicos. Al fin de cuentas, sólo la bioética pudo acoger esa doctrina que justifica la libertad para vender los órganos, partiendo de la base de que uno es dueño del cuerpo, no que se es un cuerpo, sino dueño de él, y ese sentido de la propiedad, llevado al extremo, pero completamente fuera de lugar, transforma también al cuerpo y sus órganos en una mercancía.

Frente a la ausencia de criterios objetivos para determinar el así llamado encarnizamiento terapéutico, lo que determina la decisión de la LET es la mera convicción subjetiva que valora lo que el paciente sufre. En nada ayudan, para este menester, el uso de tablas y cuestionarios sobre la calidad de vida, etc., porque no hay instrumentos que puedan decidir cuanto debe sufrir o vivir un tercero. La novedosa y completamente fuera de lugar conmoción subjetiva de la bioética ante el sufrimiento de los otros es particularmente inapropiada en la medicina, y completamente ajena a la tradición deontológica según la cual el médico/a sólo está obligado a desterrar, o por lo menos mitigar los dolores y sufrimientos que están a su alcance suprimir, pero de ningún modo está llamado a decidir el valor de una vida, por dolorosa y precaria que esta sea.

La LET, en tanto que ética sentimental rectora del trabajo médico trastocó de raíz la aspiración y el predominio de la objetividad en dicho quehacer, ganada a través de una accidentada, esforzada y milenaria evolución histórica, revalorizando la "intuición" (en vez del entendimiento) y de los afectos como guías para la práctica. De allí el uso, mal uso y abuso que se hace en la bioética de términos como empatía, compasión y otros que refieren a estados sentimentales subjetivos, y con los cuales se pretende que la actividad médica queda suficientemente comprendida, bien orientada y éticamente cumplida.

Parece que no hubiera servido de nada la centenaria discusión que terminó aclarando la grave confusión entre ética y sentimientos, introducida por Adam Smith, y concluida con el reconocimiento de que los sentimientos no son éticos (tampoco antiéticos), en ningún caso una guía para la ética, porque algunos se conmueven, aman y empatizan con las peores cosas, pero no por ser queridas y ardientemente seguidas se tornan éticamente aceptables. La ética, en todo caso, es la Señora de los sentimientos, no su esclava.

Ahora bien, sería ingenuo creer que, en una actividad como la medicina, tan importante y tan cara, que en la actualidad precisa de sustanciales inversiones en las que se hallan involucrados enormes intereses privados y públicos, políticos y económicos, etc., todos los cuales exigen un retorno y un beneficio, esa enorme maquinaria, decíamos, es inconcebible que vaya a instalar en el corazón del sistema una antigualla tan caducada e insostenible como la ética sentimental. Lo sentimental, a fin de cuentas, sólo parece ser una pantalla que recubre y torna aceptable la lógica económica subyacente, de ahí su éxito, porque lo que en demasiados casos se pretende ahorrar por medio de la inhibición terapéutica no son precisamente sufrimientos.

XIV.- ¿SE JUSTIFICA EL ROL DE LOS CEAs EN LA DECISIÓN DE UNA LET?

A la luz de la discusión sostenida hasta aquí resulta inevitable preguntarse si se justifican los CEAs como inter consultores en los casos de la LET. ¿Cómo entiende la autoridad la función de los CEAs? En un reciente documento, emitido por la Oficina de Bioética⁷ del MINSAL, se propone,

“...promover el rol de los CEAs a nivel nacional, de manera que puedan apoyar a los profesionales de la salud locales en la toma de decisiones clínicas que requieran de una deliberación ética para su implementación.”

Es muy difícil concebir qué decisiones clínicas requieren de una “*deliberación ética para su implementación*”, porque las decisiones clínicas van siempre orientadas y enmarcadas en principios deontológicos que de suyo ya son éticos, aunque en el sentido de una ética profesional, no de la que hemos llamado aquí como ética-filosófica.

⁷ Documento publicado por la Oficina de Bioética del MINSAL. *Recomendaciones para los comités de ética asistencial en el apoyo de toma decisiones éticas de los equipos de salud, en contexto de pandemia por COVID-19.* Santiago, 09-04-2020.

Sin embargo, el artículo 13 del *Reglamento para la Constitución y Funcionamiento de Comités de Ética Asistencial*⁸ permite comprender mejor aquella alusión a las “decisiones clínicas que requieran de una deliberación ética para su implementación”:

Artículo 13.- “...los profesionales tratantes podrán solicitar la opinión de dicho comité si la insistencia en la indicación de los tratamientos o la limitación del esfuerzo terapéutico son rechazados por la persona o por sus representantes legales.”

De acuerdo con las recomendaciones del MINSAL y los artículos del Reglamento citados recién, se reconoce que se pueden originar conflictos éticos entre el paciente, sus familiares y los clínicos, los que puede ser informados, para que colaboren en su solución, a una instancia especializada en ética: los CEAs. Pero, el único conflicto en particular que se menciona es la LET, porque respecto de otras eventuales situaciones clínicas éticamente comprometidas se hace una apelación general, indistinta. O sea, de algún modo se ha considerado necesario hacer un reconocimiento explícito y singularizado de que la LET es un foco de problemas éticos.

En otras palabras, parece que ahí, en la lucha contra el encarnizamiento terapéutico éticamente concebido, pero sin correlato clínico, es el lugar donde debe prestarse especial atención respecto de la aparición de un conflicto de naturaleza ética en la medicina, no deontológico, sino ético-filosófico, para lo que se necesitaría una institución especializada para orientar en su resolución, a saber, los CEAs.

Hay que considerar, como lo hemos discutido con cierta amplitud, que la LET es una decisión que se toma estando el paciente en una situación de gravedad, donde frecuentemente no es posible tener certeza pronóstica, que es lo fundamental, porque sólo un pronóstico acertado constituye su justificación y su legitimidad. Clínicamente se trata de un puzle muchas veces insoluble. Pero, tanto si el paciente ha traspasado ya el umbral de la vida, como en el PCR irreversible, o precisa de un reajuste del tratamiento, como en el caso de la enfermedad terminal, las variables éticas no sirven ni para reconocer esas situaciones ni para resolverlas.

En la LET, la incertidumbre no es ética, sino clínica, y versa sobre cuál es el punto en el que se halla clínicamente el enfermo. Pero para determinarlo, insistimos, es

⁸ <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1052731>

inútil el conocimiento ético más completo, absoluto y acabado, como tampoco sirve el conocimiento de la ética para decidir si se debe operar una apendicitis, o dar antibiótico en una meningitis bacteriana, etc.

La LET asienta sobre el terreno ambiguo y objetivamente incierto de la gravedad, y si bien la estimación subjetiva de un clínico competente da ciertas garantías de un pronóstico correcto, eso vale en casos particulares, pero no como regla, y prueba de ello son las diferencias sostenidas respecto de una misma situación entre distintos clínicos, o el hecho de que pacientes limitados en un servicio sean dado de alta y recuperados en otro servicio.

Lo único que puede garantizar la buena indicación de una LET es la certeza objetiva de la situación clínica del enfermo y, sobre todo, de su pronóstico, que por cierto el/la tratante muchas veces no tienen por todas las razones que ya hemos discutido. Pero, para alcanzar dicha certeza, ¿será de utilidad un grupo de personas que, con toda seguridad, no son especialistas en la materia que tiene interés resolver en la consulta? Si lo único que cuenta para recetar una LET, como con cualquier otra decisión médica, es que el diagnóstico, y en este caso el pronóstico sean correctos, un CEA, salvo accidente, no podrá colaborar con la tarea que en el fondo está planteada.

A nuestro entender, y por razones y experiencias que no podemos detallar aquí, los CEA son una excelente idea, y muy particularmente el que en ellos participen miembros de la comunidad. Es una lástima que se haya marrado asignándole tareas para las que no parecen ser competentes, y que a la postre los lastran y desvían de los cometidos que están llamados a asumir.

XV.- PALABRAS FINALES

Al comenzar este texto dijimos que existe la convicción unánime que el desarrollo y el conocimiento científico han logrado éxitos asombrosos en la medicina, y que si la LET ha arraigado en la práctica cotidiana sin duda que ha sido por haber dado alguna respuesta a ciertas necesidades surgidas a partir del nuevo poder hacer alcanzado por la medicina.

En este contexto, el objeto de esta declaración es llamar la atención sobre una serie de situaciones, reflexiones, comentarios, preguntas y cuestionamientos que, en relación con la LET, se hacen los clínicos a sí mismos y que, a veces, consultan con los CEAs.

Es preciso dar una respuesta antes de que se termine pensando que no la hay, o que este es un asunto que conviene dejar como está sin que haya ninguna necesidad de abonar pruebas ni razones. Nosotros hemos hecho un intento de pensar y buscar explicaciones. Si no estamos en lo correcto, sólo el debate informado podrá zanjarlo.

Pero no basta con una discusión teórica, ese sólo es el primer paso. Es precisa la comprobación sistemática de lo que está ocurriendo con la aplicación de la LET, incluso una estadística o epidemiología de la misma. Pero para ello se precisa de la investigación empírica, que es lo realmente prioritario e inexcusable.