



Lineamiento bioético para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en la CCSS

Código: L.GG.CENDEISSS-AB.07.01.2022

Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia General
CENDEISSS
Área de Bioética

2022

Elaborado por: (Orden alfabético)	Alejandro Marín Mora, Área de Bioética Daniela Zamora Portuguez, Coordinadora Subárea Bioética Clínica Laura Céspedes Bonilla, Subárea Bioética Clínica Sandra Rodríguez Ocampo, Jefe Área Bioética
Validación	Aida Escobar Salas, Geriatria, CEACO Alejandro Gutiérrez Delgado, Geriatria, CEACO Aurora Pastor Quesada, Medicina Interna, CEACO Carlos Araya Fonseca, Medicina Interna, HCG Carlos Alberto Flores Ángulo, Cuidados Paliativos, CEACO Comités de Bioética Clínica, CCSS Damaris Chavarría Fernández, Salud Mental, HSJD Edward José Guevara Espinoza, Cuidados Intensivos Quirúrgicos y Neuroquirúrgicos, Hospital México Hazel Gutiérrez Ramírez, Cuidados Paliativos Pediátricos, HNN Helga Hoppe González, Cuidados Paliativos, CNCDCP Iván Méndez Mesén, Medicina Interna, CEACO Jaime Lazo Behn, Neonatología HNN Juan Ignacio Padilla Cuadra, Cuidados Intensivos, HCG María de los Ángeles Fernández Hincer, HSJD María de Los Ángeles Villalobos Miranda, Trabajo Social, HNN Michelle Rudín Hernández, Medicina Interna, CEACO Natalie Marie Maynard Gamboa, Medicina Interna, CEACO Orlando Quintana Quirós, Medicina Interna, CEACO Rosa Izaguirre Valderrama, Enfermería, HNN Sebastián Morera Vega, Psicólogo Cuidados Paliativos Pediátricos, HNN Susana Barahona Vega, Asesora Legal, HNN Yéssika Gamboa Chaves, Oncología, HNN
Fecha de Emisión:	Versión 01, 07 de enero del 2022.
Aprobación:	Dr. Juan Carlos Esquivel Sánchez, Director CENDEISSS.
Próxima revisión:	Enero del 2025, o antes, si fuera necesario

Observaciones:

La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento.

Se utilizan los siguientes acrónimos:

AET: Adecuación del Esfuerzo Terapéutico.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

CBC: Comité de Bioética Clínica.

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.

CENDEISS: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social.

EIC: Equipo Interdisciplinario Clínico.

CONTENIDO

- 1. RELACIÓN CON LA NORMATIVA VIGENTE5**
- 2. OBJETIVO5**
- 3. JUSTIFICACIÓN.....6**
- 4. RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO.....7**
- 5. DESCRIPCIÓN DEL LINEAMIENTO7**
 - 5.1. CONCEPTOS7
 - 5.2. PRINCIPIOS DE BIOÉTICA9
 - 5.3. LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO..... 11
 - 5.3.1. ETAPA 1: PLANTEAMIENTO DE LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO 13
 - 5.3.2. ETAPA 2: DETERMINACIÓN DE LA FUTILIDAD Y LA PROPORCIONALIDAD DE LAS INTERVENCIONES 13
 - 5.3.3. ETAPA 3: APLICACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO 17
 - 5.3.4. DIAGRAMA DE APLICACIÓN.....20
 - 5.4 DIFERENCIA ENTRE ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO Y EUTANASIA.....27
- 6. RESPONSABLES DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO28**
- 7. DIVULGACIÓN29**
- 8. ACATAMIENTO.....29**
- 9. VIGENCIA29**
- 10. CONTACTO PARA CONSULTAS30**
- 11. REFERENCIAS30**

1. RELACIÓN CON LA NORMATIVA VIGENTE

Los documentos normativos en los cuales se fundamenta este lineamiento son:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.
- Ley N° 5395 General de Salud.
- Ley N° 4573 Código Penal.
- Ley N° 7739 Código de la Niñez y la Adolescencia.
- Ley N° 7935 Integral para la Persona Adulta Mayor.
- Ley N° 8239 Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados.
- Ley N° 9379 para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad.
- Ley N° 9394 Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
- Código de Ética del Servidor de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Reglamento Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial de la CCSS.
- Lineamiento Nacional para la Vigilancia de la Enfermedad COVID-19, versión vigente.
- Lineamiento para el Abordaje de la Fase Terminal en los Pacientes con COVID-19 (Código: LT.GM.DDSS-AAIP-060420).
- Circular GG-0774-2020, emitida por la Gerencia General de la Caja Costarricense de Seguro Social, el 25 de marzo de 2020, referente a la emergencia sanitaria nacional por COVID-19.

2. OBJETIVO

Establecer lineamientos bioéticos que orienten a los profesionales en salud en la aplicación de la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico, de manera que se presten cuidados de calidad y la muerte sobrevenga con dignidad.

3. JUSTIFICACIÓN

La toma de decisiones en el abordaje de las personas usuarias en las que se valora aplicar la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET), puede representar un difícil ejercicio para los equipos de salud, devenido de los potenciales conflictos bioéticos que esto conlleva.

Distintos estudios sobre el tema demuestran que un 40-70 %¹ de los procesos de atención de pacientes en unidades de cuidados intensivos se ha aplicado la AET. A pesar de ser una práctica habitual, la ausencia de lineamientos bioéticos y técnicos genera variabilidad en su aplicación, lo que afecta los principios de justicia distributiva y de no maleficencia.

Una estrategia para disminuir esta variabilidad consiste en la elaboración de lineamientos bioéticos², los cuales, a su vez, constituyen la base para el desarrollo de lineamientos clínicos. Así las cosas, se presenta este documento, el cual pretende orientar desde la Bioética a los profesionales de la salud sobre la aplicación de la AET en pacientes cuya condición o enfermedad sea avanzada, progresiva, irreversible e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; de manera que se evite la obstinación terapéutica y la muerte ocurra con calidad y dignidad, considerando aspectos bioéticos fundamentales, como un adecuado control de los síntomas (físicos, emocionales y espirituales) y el apoyo e información a la persona usuaria y su familia.

A tenor de lo expuesto, se reconoce que la AET es una buena práctica clínica apegada a la ética y a la legalidad, que permite la evolución natural del cuadro clínico o enfermedad, dando acompañamiento al paciente y a su familia con aquellos tratamientos necesarios para su confort y bienestar, sin imponer o aplicar procedimientos clínicos desproporcionados o fútiles. La AET no es en ninguna circunstancia causante de la muerte y tampoco supone el abandono del paciente por parte del equipo de salud que lo asiste.

¹ Sprung CL, Cohen SL, Sjkqvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schobersberger W, Wennberg E, Woodcock T. End-of-life practices in European intensive care units: The Ethicus Study. JAMA. 2003; 290(6): 790-797.

² Delgado R. La variabilidad de la práctica clínica. Revista de Calidad Asistencial. 1996; 11: 177-183.

4. RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO

En general, son responsables del cumplimiento de este Lineamiento todos los funcionarios que abordan pacientes tributarios de AET:

- Médicos tratantes.
- Médicos especialistas en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo.
- Médicos especialistas en Medicina Paliativa.
- Otras disciplinas: Trabajo Social, Enfermería, Psicología, Terapia Respiratoria, apoyo espiritual, entre otros.

Adicionalmente, el Comité Bioética Clínica (CBC) participa en este proceso, como ente no vinculante en la toma de decisiones, pero sí garante de los elementos bioéticos.

5. DESCRIPCIÓN DEL LINEAMIENTO

5.1. Conceptos

Con el fin de estandarizar la comprensión de los principales términos utilizados en este documento, se presentan las siguientes definiciones:

- **Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET)^{3,4}**: es una actuación terapéutica proactiva, que supone no instaurar, no escalar, desescalar o retirar intervenciones que a juicio de los profesionales de la salud son fútiles o desproporcionadas respecto a la situación clínica del paciente; manteniendo aquellas medidas de carácter paliativo necesarias para brindar el máximo confort y bienestar del paciente, procurando así una muerte digna.

³ Adaptado de Ministerio de Salud de Chile. 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. Chile: Ministerio de Salud; 2020.

⁴ Simón P, Esteban MS, Cruz MT. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: recomendaciones para la elaboración de protocolos. (Versión en Internet). Sevilla: Junta de Andalucía; 2014. Disponible en: https://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/limitacion_esfuerzo_terapeutico_cuidados_intensivos.pdf

- **Calidad de vida**⁵: es la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y de un sistema de valores en el que se desenvuelve, con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.
- **Cuidado paliativo**⁶: enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y las familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.
- **Dignidad**^{7,8}: es el valor incondicional de todo ser humano; aquello carente de precio, que no es cuantificable y es objeto de respeto. Es un derecho innato, inviolable e intangible, distintivo de la especie humana, de donde dimanan otros valores y derechos fundamentales, tanto para el individuo como para la colectividad.
- **Enfermedad en fase terminal**⁹: es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, por lo que conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva, provoca síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes y, por lo general, conlleva sufrimiento (físico y psicológico) para la familia y el paciente.
- **Futilidad**¹⁰: etimológicamente proviene del término latino *futilis*, que significa vano, inútil, ineficaz, sin efecto. Un tratamiento es fútil cuando no consigue el objetivo fisiológico deseado; es decir, que no ofrece una esperanza razonable de mejoría a un paciente concreto (no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes) o cuando previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado.

⁵ Albornoz O. Calidad de vida y calidad de muerte en el contexto de cuidados paliativos. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología; 2015.

⁶ Organización Panamericana de la Salud. Cuidados paliativos. (Versión en Internet). Washington D.C.: OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>

⁷ Real Academia Española. Dignidad. Diccionario de la lengua española (23.^a edición). (Versión en Internet). Madrid: RAE; 2021. Disponible en: <https://dle.rae.es/dignidad>.

⁸ Castilla B. En torno a la fundamentación de la dignidad personal. Foro, Nueva época. 2015; 18(1): 61-80.

⁹ Buigues F, Torres J, Mas G, Femenía M, Baydal R. Paciente terminal. España: Generalitat Valenciana. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf>

¹⁰ Vera O. La adecuación del esfuerzo terapéutico en medicina crítica y terapia intensiva. Rev Méd La Paz. 2019; 25(2): 78-90.

- **Muerte digna**^{11,12}: es la muerte libre de angustia y sufrimiento físico, psicológico y espiritual al que tienen derecho los pacientes y sus familiares, de acuerdo con sus valores, deseos y necesidades, para alcanzar un clima de serenidad, paz, satisfacción existencial y seguridad, en la medida de las posibilidades reales y coherente con los estándares clínicos, culturales, éticos y legales.
- **Obstinación terapéutica**¹³: conducta del personal de salud que consiste en el inicio o el mantenimiento de intervenciones que, en un paciente concreto, carecen de utilidad clínica -ya que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejoría o recuperación-, o produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados con el beneficio esperado.

5.2. Principios de Bioética

El abordaje de los pacientes en los que se considere la aplicación de la AET debe regirse por los siguientes principios de Bioética¹⁴:

- Principio de no maleficencia: debe evitarse realizar daño físico, psíquico o moral a las personas. Para ello, se deben evitar las intervenciones diagnósticas o terapéuticas incorrectas o contraindicadas desde el punto de vista científico-técnico y clínico, inseguras o sin evidencia suficiente, y proteger tanto la integridad física como la intimidad de las personas.
- Principio de justicia: debe procurarse un reparto equitativo de los beneficios y las cargas, facilitando a las personas un acceso adecuado, oportuno, justo y no discriminatorio a los recursos disponibles, y haciendo un uso eficaz y eficiente de estos.
- Principio de autonomía: debe respetarse que las personas gestionen su propia vida y tomen decisiones respecto a su salud y su enfermedad. Toda persona debe ser en principio considerada y respetada como un sujeto moral autónomo, con

¹¹ Fúster F, Castro G, Volio Z. El Derecho a la muerte digna. Rev Méd Costa Rica Centroam. 1998; 15(543): 67-70.

¹² Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Ter Psicol. 2012; 30(1): 61-71.

¹³ Muñoz JC, Martín MP, Núñez MP, Espadas MJ, Pérez S, Cinjordis P, León A, Moreno J, Huertas MP. Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. Enfermería Intensiva. 2012; 23(3): 104-114.

¹⁴ Adaptado de Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 4 ed. New York, Oxford: Oxford University Press; 1994. p. 259.

derecho de aceptar o rechazar todo lo que afecte su proyecto vital. El adecuado ejercicio de la autonomía se sustenta en el derecho a la información -como derecho humano-, que implica el deber de los profesionales de la salud de brindar información clínica veraz, oportuna y ajustada a las condiciones de la persona usuaria o su familia en cada etapa de la AET.

- Principio de beneficencia: debe promocionarse el bienestar de las personas con base en la mejor evidencia científica disponible, procurando que realicen su propio proyecto de vida y sean felices, en la medida de lo posible.

La aplicación coherente y prudente de los principios de no maleficencia y justicia constituyen la base principal de legitimidad bioética de la práctica de la AET; mientras que los principios de autonomía y beneficencia están relacionados con la aceptación por parte del paciente o la familia.

Adicionalmente, deben considerarse otros principios derivados de los anteriores, a saber:

- Principio de veracidad: consiste en comunicar la verdad al paciente y a sus familiares, siendo esto un beneficio para ellos, pues posibilita su participación en el proceso de toma de decisiones (principio de autonomía).
- Principio de proporcionalidad terapéutica: sostiene que existe la obligación moral de implementar solo aquellas medidas terapéuticas que guarden relación con la debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible.
- Principio de no abandono: implica respetar la dignidad de cada persona durante la trayectoria de su enfermedad, asegurando el abordaje integral hasta el momento de su muerte. Responde al deber de cuidado por parte de los profesionales en salud.
- Principio de doble efecto: deviene un mal inevitable provocado por la prosecución impostergable de un bien. La acción sería éticamente válida si se cumplen las siguientes condiciones:
 - El objeto que se persigue en la intervención es beneficioso.
 - La intención del que actúa es beneficiosa y excluye (no desea, pero lo tolera) el efecto perjudicial que se seguirá necesariamente de la intervención.

- La acción es en sí beneficiosa o indiferente: por ejemplo, no sería correcto realizar una acción en sí indebida (comunicar información que el paciente desea mantener confidencial) para conseguir un beneficio para el paciente (colaboración de la pareja).
- Existe una razón proporcionalmente grave para aceptar el acto. Es decir, el beneficio que se espera obtener debe ser lo suficientemente serio como para justificar la puesta en marcha de una acción que traerá alguna consecuencia negativa.

Si esas cuatro condiciones concurren de manera simultánea, se puede actuar y al sujeto -profesional en salud- no se le atribuye el efecto no deseado, pues el efecto beneficioso justifica por sí mismo el que se ejecute la acción.

Aunado a lo anterior, deben considerarse los principios de la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos¹⁵.

Desde la Bioética, respetar la dignidad de cada persona durante la trayectoria de su enfermedad implica en ciertos contextos valorar la AET, evitando la obstinación terapéutica y permitiendo que la transición entre la vida y la muerte se lleve a cabo de la forma más adecuada y humanizada posible.

En contraposición, los tratamientos fútiles o desproporcionados trasgreden los principios bioéticos, al prolongar la agonía y causar dolor o sufrimiento innecesario a la persona usuaria y a sus familiares. Además, estas intervenciones se caracterizan por hacer un uso ineficiente e inequitativo de los recursos de salud, con repercusiones claras sobre la equidad de la atención y la sostenibilidad de la seguridad social.

5.3. La adecuación del esfuerzo terapéutico

La AET puede y debe debatirse con cualquier paciente, pero resulta especialmente acuciante ante personas con enfermedades progresivas incurables, tanto oncológicas como no oncológicas (insuficiencia cardíaca, EPOC, enfermedades neurodegenerativas, etc.). En general, 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.

¹⁵ Organización de las Naciones Unidas para la Educación. (Versión en Internet). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París, Francia: UNESCO; 2005. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Se considera como parte de la transición hacia una atención que genere medidas de alivio para el paciente, ya que se concluye de antemano que la atención previamente brindada es incapaz de atender las metas esperadas para este.

En la práctica de la AET en la CCSS se diferencian las siguientes etapas a seguir por parte de los profesionales en salud, las cuales exigen respetar el derecho a la información de la persona usuaria y su familia, así como registrar cada una de estas en el expediente de salud:

- **Etapas 1:** Planteamiento de la AET

- **Etapas 2:** Determinación de la futilidad y la proporcionalidad de las intervenciones
 - Conformación de un equipo clínico interdisciplinario
 - Valoración clínica
 - Valoración bioética
 - Resultado de la valoración clínica y bioética

- **Etapas 3:** Aplicación de la AET
 - Justificación de la decisión
 - Diálogo con el paciente y su familia
 - Revaloración continua

A pesar de que la aplicación de estas etapas puede darse en cualquiera de los niveles de atención, no es igual la situación que se plantea para los profesionales en salud de un centro hospitalario, con un paciente muchas veces desconocido, que la que se da en las unidades especializadas en cuidados paliativos o en el primer nivel de atención. Por tanto, resulta imperativo la debida comunicación entre los diferentes niveles, a fin de brindar una atención de calidad.

Dentro de ese contexto, destaca que el equipo de salud del primer nivel de atención se encuentra en una situación privilegiada para conocer y registrar en el expediente de salud los valores, creencias y expectativas de los pacientes y su familia. En esa línea, contribuye, según sus competencias, para que el paciente -o su familia, en su defecto- participe del proceso de toma de decisiones después de haber sido asesorado respecto a las expectativas y posibilidades técnicas. Todo esto considerando que la AET no es un proceso rígido y fijo, sino dinámico, que puede ir cambiando en función de la evolución y las decisiones del paciente.

Por otra parte, es importante tomar en cuenta que en cada etapa de la AET se debe resguardar el derecho a la información como un derecho humano de los pacientes y su familia, sobre el cual se sustenta el principio bioético de autonomía, lo que implica dar información clínica veraz, oportuna y ajustada a las condiciones de la persona usuaria.

Así las cosas, la AET pretende evitar la obstinación terapéutica, que constituye un error desde el enfoque bioético y una falta al principio de responsabilidad profesional, al no establecer oportunamente la futilidad de las intervenciones.

5.3.1. Etapa 1: Planteamiento de la adecuación del esfuerzo terapéutico

Usualmente, el médico tratante es quien plantea la AET, ya sea por iniciativa propia o como recomendación de otros profesionales de la salud (sesión clínica, interconsulta o contrarreferencia). También puede ser planteada de forma expresa -verbal o escrita- por el paciente o su familia.

En cualquiera de los casos, el médico tratante debe registrar o digitalizar la solicitud de AET en la historia clínica digital (EDUS) del paciente.

5.3.2. Etapa 2: Determinación de la futilidad y la proporcionalidad de las intervenciones

Cuando la AET es planteada por el médico tratante, corresponde solicitar a su jefatura la conformación de un Equipo Interdisciplinario Clínico (EIC), para que realice la valoración clínica. La jefatura coordinará con las instancias correspondientes la participación de los miembros que conformen el Equipo.

Además, el médico tratante deberá solicitar la participación del Comité de Bioética Clínica (CBC), utilizando el formulario ACA-I o mediante interconsulta. Los formularios ACA-I, ACA-II y ACA-III se encuentran disponibles en el siguiente enlace: <https://www.cendeiss.sa.cr/wp/index.php/comites-de-bioetica-clinica-cbc/>.

En general, resulta idóneo que las valoraciones clínica y bioética se realicen de manera conjunta, para lo cual el médico tratante deberá coordinar con el EIC y el CBC la sesión de trabajo (la participación del CBC puede ser en pleno o por medio del subcomité de urgencia). Si esta no se puede efectuar en forma conjunta, el CBC sesionará posteriormente con el EIC.

Cuando el paciente plantea la AET, esta etapa inicia con la valoración clínica por parte del médico tratante, quien puede solicitar criterio -mediante interconsulta- a otro profesional, cuando solo requiera el apoyo de una disciplina o especialidad, o bien, puede solicitar a su jefatura la conformación de un Equipo Interdisciplinario Clínico (EIC) para que realice esta valoración, si lo considera necesario, debido a la complejidad de la situación clínica. La jefatura coordinará con las instancias correspondientes la participación de los miembros que conformen el Equipo.

Adicionalmente, el médico tratante deberá solicitar la participación del Comité de Bioética Clínica (CBC), utilizando el formulario ACA-I (disponible en el siguiente enlace: <https://www.cendeisss.sa.cr/wp/index.php/comites-de-bioetica-clinica-cbc/>) o mediante interconsulta.

En caso de que la solicitud sea planteada por la familia, la valoración clínica debe ser realizada por el EIC; si es por el paciente, la conformación del EIC es opcional, según criterio del médico tratante.

En los siguientes apartados, se describen las principales actividades de esta etapa.

A. Conformación de un Equipo Interdisciplinario Clínico

Según las especialidades y disciplinas disponibles en el centro asistencial, el Equipo Interdisciplinario Clínico (EIC) estará integrado por:

- Médico tratante (coordinador).
- Médico especialista en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo u otra especialidad, según sea el caso.
- Médico especialista en Medicina Paliativa.
- Profesional en Enfermería.
- Profesionales de otras disciplinas: Psicología, Trabajo Social, Terapia Respiratoria, apoyo espiritual, entre otros, cuando su participación se considere necesaria.

La conformación del EIC será gestionada por la jefatura del servicio -o, en su defecto, del centro asistencial- donde el paciente está siendo atendido, por solicitud del médico tratante, el cual fungirá como su coordinador.

Para el cese de sus funciones, el médico tratante comunicará a su jefatura y esta, a su vez, a las jefaturas de los demás miembros, cuando se haya alcanzado el objetivo por el cual se creó el EIC.

La conformación de este equipo puede exceptuarse si es el paciente quien solicita la AET, en cuyo caso el médico tratante continúa el proceso.

B. Valoración clínica

El médico tratante o el EIC debe considerar los siguientes elementos, como parte de la valoración clínica del paciente:

- El diagnóstico.
- La condición actual, que incluye la valoración de la capacidad para tomar decisiones.
- Valores y preferencias del paciente.
- El plan de cuidados, que incluye las intervenciones instauradas o por instaurar, en términos de:
 - Consecuencias negativas o riesgos (presentes o potenciales), considerando la reversibilidad de estas, a fin de evitar el daño al paciente, en la medida de lo posible.
 - Beneficios esperados: se mejora o estabiliza la enfermedad de base, las enfermedades intercurrentes, la sintomatología o la calidad de vida del paciente.
Cabe señalar que no todo lo técnicamente posible resulta siempre beneficioso; por tanto, se debe tener presente que no se deben realizar intervenciones con escaso o nulo beneficio real para el paciente. El EIC o médico tienen la responsabilidad de reconocer cuándo una medida terapéutica ha alcanzado su límite o ha dejado de ser eficaz, para cambiarla o mantener solo los cuidados paliativos y de bienestar.
 - Valoración riesgo-beneficio, para establecer la proporcionalidad entre estos.
- Los recursos disponibles -humanos (incluida la experiencia), tecnológicos, materiales, entre otros- en el centro asistencial y en la institución, según priorización y disponibilidad de estos.
- Eficiencia de la intervención. Considerar los resultados esperados en relación con los recursos requeridos.
- El pronóstico, el cual debe integrar las estadísticas de la enfermedad(es) de fondo, con todos los datos disponibles sobre el paciente y las escalas de pronóstico (evidencia pronóstica), así como la probabilidad de daño severo a futuro.

Esta valoración es importante en la toma de decisiones, ya que cuando una determinada intervención clínica no mejora el pronóstico o la calidad de vida, puede afirmarse que es fútil y, por tanto, debe ser suspendida, desescalada o no iniciada.

C. Valoración bioética

El médico tratante debe solicitar al CBC la valoración bioética del caso mediante interconsulta, o bien, utilizando el formulario ACA-I.

Esta valoración se debe realizar de manera conjunta con la valoración clínica. Cuando no sea posible, el médico tratante informará al presidente del CBC que la valoración clínica ya se encuentra registrada en la historia clínica digital del paciente, con el fin de que se proceda con la valoración bioética. Para ello, debe utilizar como guía el formulario ACA-II, que comprende:

- Analizar los datos clínicos del paciente.
- Identificar los problemas éticos.
- Proponer cursos de acción.
- Argumentar y justificar la recomendación.

Las conclusiones y recomendaciones del análisis bioético se deben registrar en el formulario ACA-III e incorporar al EDUS; de estas acciones el presidente del CBC deberá informar oportunamente al médico tratante (los formularios ACA-II y ACA-III están disponibles en el siguiente enlace: <https://www.cendeisss.sa.cr/wp/index.php/comites-de-bioetica-clinica-cbc/>).

El médico tratante y el Equipo Interdisciplinario Clínico representan los principios de no maleficencia, de beneficencia y justicia; mientras que el paciente -o su familia, en su defecto- se identifica con los de autonomía y beneficencia.

D. Resultado de la valoración clínica y bioética

Resultado de la valoración clínica y bioética, el médico tratante o el EIC -en caso de haberse conformado- determina que:

- La intervención analizada es proporcional y adecuada, por lo que se debe continuar con esta o iniciarla, revalorando continuamente el caso.
- La intervención es fútil o desproporcionada, por ser:
 - Perjudicial para el paciente (principio de no maleficencia).
 - No efectiva en el caso concreto (principio de beneficencia).

- Ineficiente y, por lo tanto, desproporcionada (principio de justicia).

Una vez realizada la determinación, esta se debe registrar en la historia clínica digital del paciente, junto con su debida justificación. Esta última contribuye a reducir la carga moral que pueda aparecer sobre el equipo de salud.

En caso de corresponder la aplicación de la AET -en intervenciones fútiles o desproporcionadas-, se debe establecer la modalidad, ya sea:

- No instaurar nuevas intervenciones.
- No escalar las intervenciones instauradas.
- Desescalar las intervenciones instauradas.
- Retirar las intervenciones instauradas.

Con base en lo anterior, queda claro que la determinación de la futilidad no solo consiste en una evaluación clínica por parte del EIC o del médico tratante, sino que resulta de una integración de la clínica con la Bioética, la cual debe ajustarse a la mejor evidencia científica disponible y a las buenas prácticas, ya que cualquier intervención clínica carente de base científica es rechazada por la Bioética.

Desde el punto de vista bioético no existen diferencias entre la retirada y la no instauración de intervenciones fútiles o desproporcionadas. Sin embargo, se debe reconocer que, en términos emocionales, los profesionales suelen tener más dificultades con la retirada de intervenciones que con su no instauración. A pesar de ello, se debe tener presente que el mantener un tratamiento ineficaz es una mala práctica médica y una falta a la ética, pues no beneficia al paciente.

5.3.3. Etapa 3: Aplicación de la Adecuación de Esfuerzo Terapéutico

La aplicación de la AET contempla acciones específicas¹⁶, las cuales se describen a continuación, según el escenario del que se trate.

¹⁶ Caja Costarricense de Seguro Social. Lineamientos bioéticos ante la pandemia por SARS-CoV-2. Versión 04. (Versión en Internet). San José: CCSS-CENDEISS; 2020. Disponible en: <https://www.cendeisss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2021/02/LINEAMIENTOS-BIOETICOS-PANDEMIA-POR-SARS-COV-2-Version-4.pdf>

A. Diálogo con el paciente y su familia sobre la modalidad y condiciones de la AET

En un primer escenario -donde se aplicará la AET-, el médico tratante debe dialogar con el paciente -o con su familia, en su defecto-, para que la AET se desarrolle, en la medida de lo posible, de manera armónica con sus deseos, voluntades y valores.

Ante el consenso entre las partes se debe:

- Planificar el momento oportuno para iniciar la desescalada o el retiro de la intervención fútil o desproporcionada. O bien,
- Registrar la orden de no instauración o no escalada de las intervenciones determinadas como fútiles.

Reforzando en cualquiera de los casos los cuidados paliativos a la persona usuaria, así como el apoyo, la comunicación y el abordaje emocional a la familia y a los miembros del EIC que lo ameriten.

En un segundo escenario -donde no se recomienda la AET- el médico tratante plantea al paciente instaurar o continuar con las intervenciones clínicas, dado que se determinaron como útiles y proporcionales. De existir consenso entre las partes, el médico tratante aplica el tratamiento, revalorando continuamente al paciente.

Escenarios de conflicto bioético

Los escenarios donde hay conflicto bioético se caracterizan por la falta de consenso entre las partes -paciente, familia, médico tratante o EIC- sobre la aplicación de la AET o de sus diversas modalidades. La falta de consenso se puede originar por las siguientes situaciones:

- El paciente no acepta la aplicación de la AET determinada por el médico tratante o por el EIC (principio de autonomía versus principio de no maleficencia y justicia).
- El paciente persiste en la solicitud de aplicación de la AET -no recomendada por el médico tratante o por el EIC- (principio de autonomía versus principio de beneficencia).

Ante estos escenarios de conflicto bioético, el médico tratante debe:

- Reforzar la información y la comunicación asertiva con el paciente o su familia.

- Solicitar el apoyo interdisciplinario que se considere necesario.
- Optimizar el abordaje emocional o social.
- Consultar al CBC del centro, para que brinde apoyo en la mediación con el paciente o su familia.

Una vez efectuadas las acciones anteriores, y ante la circunstancia en la que el paciente persiste rechazando la aplicación de la AET, el médico tratante debe aplicar la AET, dado que:

- Se determinó la futilidad o desproporción de las intervenciones clínicas, con base en las valoraciones clínica y bioética.
- Los principios de no maleficencia y justicia son principios éticos superiores, los cuales se superponen al principio de autonomía.
- El paciente se encuentra o encontrará en obstinación terapéutica.

En el escenario en donde el paciente persiste en la aplicación de la AET -no recomendada-, el médico tratante se encuentra en la obligación moral de corresponder a la voluntad de este, debido a que el principio de autonomía se encuentra en un nivel superior que relega en este escenario al principio de beneficencia, lo que justifica éticamente la aplicación de la AET.

Para lo anterior, el médico tratante deberá gestionar los apoyos necesarios para dar acompañamiento al paciente y su familia, registrar la indicación de no instauración, desescalada o retiro de las intervenciones y proceder a aplicar la AET.

Por otra parte, cuando es la familia quien plantea la AET y el paciente se encuentra imposibilitado para manifestar su voluntad de manera temporal o permanente, así como en menores de edad, el médico tratante procederá conforme al mejor interés de este, justificando su actuación en la historia clínica digital.

B. Revaloración continua de la condición de salud del paciente, así como de sus preferencias

La prescripción de la estrategia de AET requiere analizar continuamente condiciones que no se tienen al momento de la primera valoración o, incluso, después de días de tratamiento.

Debe aclararse que si como resultado de las valoraciones clínica y bioética se determinó que la intervención es fútil o desproporcionada y se está en evidente obstinación terapéutica, el médico tratante o el EIC tiene la obligación moral de aplicar la AET de manera oportuna, en respeto al principio bioético superior de no maleficencia.

Por otra parte, se debe considerar que la muerte no es solo el cese de un proceso biológico, sino también el cierre de la biografía de un ser humano. Por lo tanto, una muerte digna conlleva tanto el cuidado del cuerpo físico del paciente como de sus relaciones significativas, lo cual implica el derecho a despedirse de sus seres queridos, siempre y cuando existan las medidas de seguridad razonables para garantizar un contexto protegido y de bajo riesgo.

Por ello, durante esta etapa, debe recordarse el deber ético de no abandonar al paciente y a su familia, garantizándoles la continuidad de la atención, el soporte emocional y espiritual, el manejo de los síntomas y los cuidados paliativos que requieran, para que se dé una muerte digna y el proceso de duelo inicie oportunamente. Asimismo, debe asegurarse el soporte organizativo y emocional al personal que atiende a estos pacientes.

5.3.4. Diagrama de aplicación

Si bien se reconoce que cada paciente debe ser individualizado en su contexto clínico, con base en un abordaje integral, se proponen los siguientes diagramas de flujo verticales que orientan a los profesionales de la salud sobre la aplicación de la AET en la CCSS, según su punto de inicio:

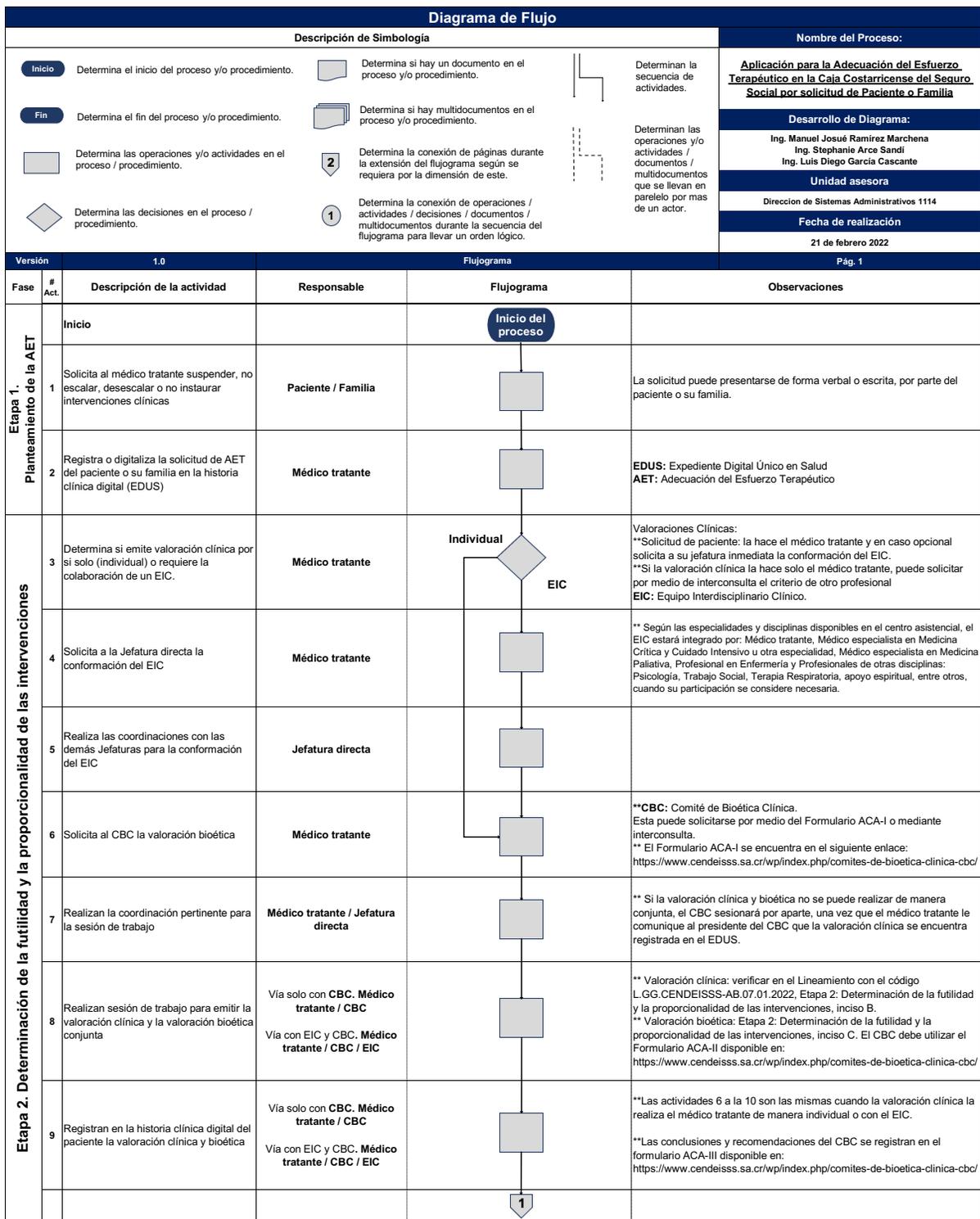
- a) Aplicación para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en la Caja Costarricense de Seguro Social por solicitud del **Paciente o Familia**
- b) Aplicación para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en la Caja Costarricense de Seguro Social por solicitud del **Médico Tratante**

Ambos diagramas de flujo verticales cuentan con una versión horizontal, lo cual permite su visualización con mayor facilidad desde distintos dispositivos electrónicos.

Aunado a lo anterior, de acuerdo con lo establecido en la Norma ISO 9001:2015, en los desarrollos de mapas de procesos, cada uno de los diagramas de flujo cuenta con la definición de la simbología utilizada.

Diagrama vertical 1

Aplicación para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en la Caja Costarricense de Seguro Social por solicitud del Paciente o Familia

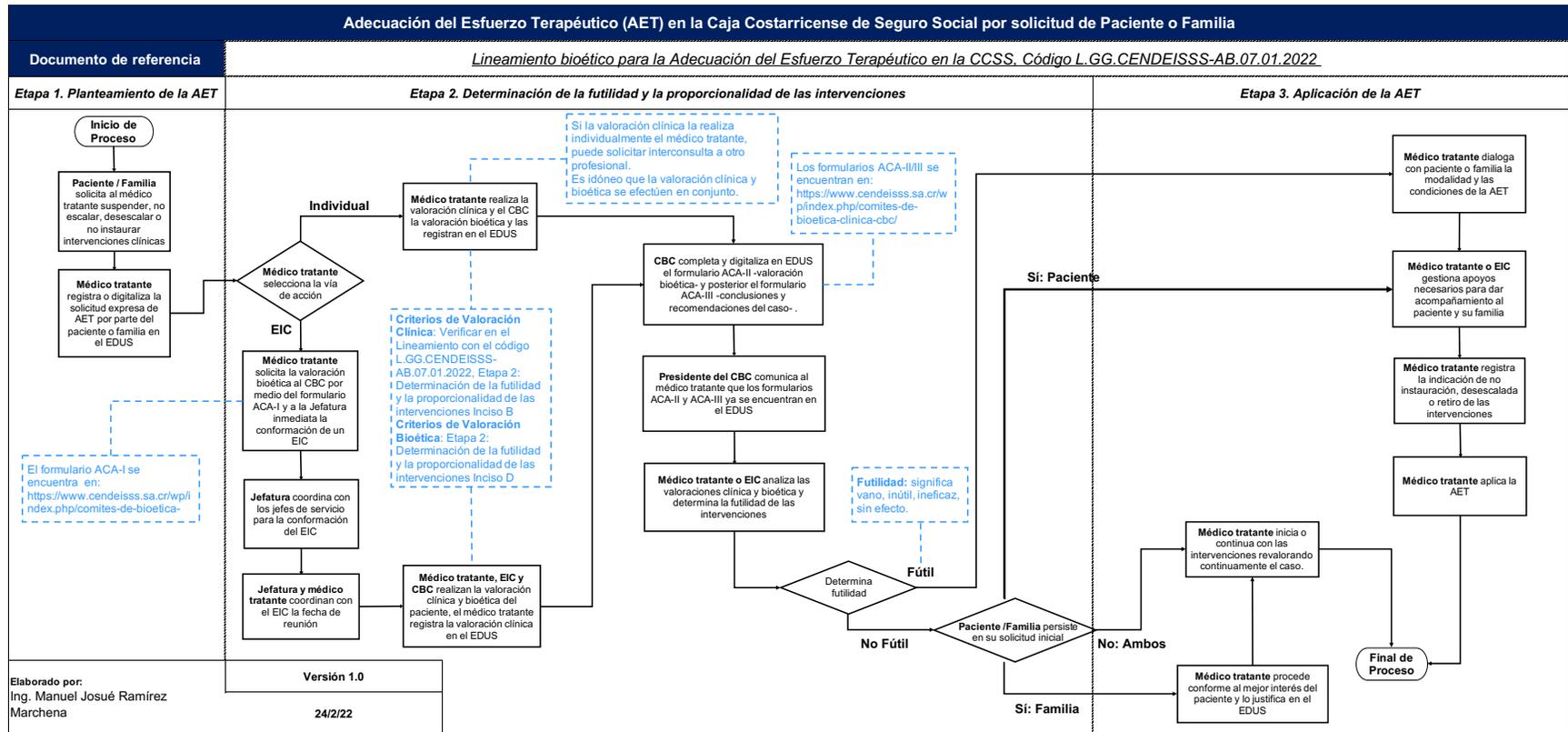


Aplicación para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en la Caja Costarricense del Seguro Social por solicitud de Paciente o Familia					
Versión		1.0	Flujograma		Pág. 2
Fase	# Act.	Descripción de la actividad	Responsable	Flujograma	Observaciones
Etapa 2.				1	
	10	Determinan la futilidad de las intervenciones con base en la valoración clínica y bioética	Vía solo con CBC. Médico tratante / CBC Vía con EIC y CBC. Médico tratante / CBC / EIC		** Futilidad: significa vano, inútil, ineficaz, sin efecto. ** El médico tratante o el EIC -en caso de haberse conformado- determinan la futilidad de las intervenciones y lo registran en la historia clínica digital del paciente.
Etapa 3. Aplicación de la Adecuación de Esfuerzo Terapéutico	11	Socializa con el paciente o familia los pasos a seguir	Médico tratante		Verificar en el Lineamiento con el código L.GG.CENDEISSS-AB.07.01.2022, 5.3.3. Etapa 3: Aplicación de la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico.
	12	Dialoga con el paciente o su familia sobre la valoración clínica y bioética, y recomienda no aplicar la AET, haciendo las anotaciones correspondientes en la historia clínica digital	Médico tratante		
	13	Define si persiste en su solicitud inicial	Paciente / Familia		Quando el paciente persiste en su solicitud inicial de suspender, no escalar, desescalar o no instaurar intervenciones clínicas, el médico tratante se encuentra en la obligación moral de corresponder a la voluntad de este.
	14	¿Quién persiste en la aplicación de la AET?	Paciente / Familia		Quando es la familia quien persiste en la solicitud inicial de suspender, no escalar, desescalar o no instaurar intervenciones clínicas y el paciente se encuentra imposibilitado para manifestar su voluntad de manera temporal o permanente, así como en menores de edad, el médico tratante procederá conforme al mejor interés de este, justificando su actuación en la historia clínica digital del paciente.
	15	Indica al médico tratante que se acoge a la recomendación de no aplicar la AET	Paciente / Familia		
	16	Inicia o continua con las intervenciones, revalorando continuamente el caso.	Médico tratante		
	17	Gestiona apoyos necesarios para dar acompañamiento al paciente y su familia	Médico tratante / EIC		Verificar en el Lineamiento con el código LGG.CENDEISSS-AB.07.01.2022, 5.3.3 Etapa 3, inciso A.
	18	Registra la indicación de no instauración, desescalada o retiro de las intervenciones	Médico tratante		* Si paciente persiste rechazando la AET, el médico tratante debe aplicarla dado que se determinó la futilidad o desproporción de las intervenciones clínicas, con base en las valoraciones clínica y bioética.
	19	Aplica la AET	Médico tratante		Se suspende, desescala o no instaura las intervenciones clínicas según lo consensuado con el paciente o su familia. Si el paciente mantiene su solicitud inicial de no instaurar o no continuar con intervenciones clínicas aunque estas sean útiles y proporcionales, se debe respetar su voluntad.
				Final del proceso	

Fuente: Área de Bioética / Subárea de Bioética Clínica / Dirección de Sistemas Administrativos, 2022.

Diagrama horizontal 1

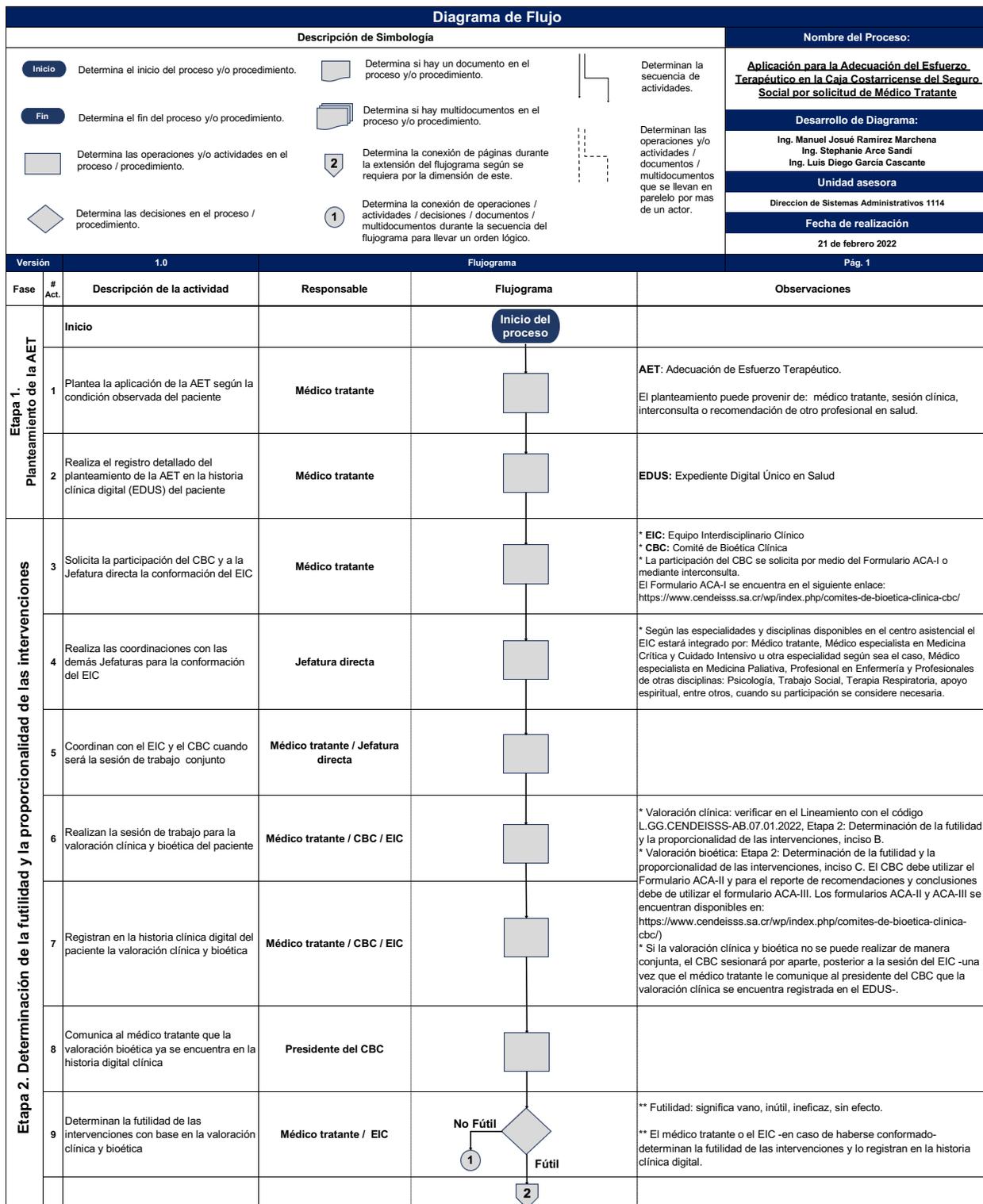
Aplicación para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en la Caja Costarricense del Seguro Social por solicitud de Paciente o Familia



Fuente: Área de Bioética / Subárea de Bioética Clínica / Dirección de Sistemas Administrativos, 2022.

Diagrama vertical 2

Aplicación para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en la Caja Costarricense de Seguro Social por solicitud del Médico Tratante



AET: Adecuación de Esfuerzo Terapéutico.
El planteamiento puede provenir de: médico tratante, sesión clínica, interconsulta o recomendación de otro profesional en salud.

EDUS: Expediente Digital Único en Salud

* **EIC:** Equipo Interdisciplinario Clínico
* **CBC:** Comité de Bioética Clínica
* La participación del CBC se solicita por medio del Formulario ACA-I o mediante interconsulta.
El Formulario ACA-I se encuentra en el siguiente enlace:
<https://www.cendeiss.sa.cr/wp/index.php/comites-de-bioetica-clinica-cbc/>

* Según las especialidades y disciplinas disponibles en el centro asistencial el EIC estará integrado por: Médico tratante, Médico especialista en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo u otra especialidad según sea el caso, Médico especialista en Medicina Paliativa, Profesional en Enfermería y Profesionales de otras disciplinas: Psicología, Trabajo Social, Terapia Respiratoria, apoyo espiritual, entre otros, cuando su participación se considere necesaria.

* Valoración clínica: verificar en el Lineamiento con el código L.GG.CENDEISS-AB.07.01.2022, Etapa 2: Determinación de la futilidad y la proporcionalidad de las intervenciones, inciso B.
* Valoración bioética: Etapa 2: Determinación de la futilidad y la proporcionalidad de las intervenciones, inciso C. El CBC debe utilizar el Formulario ACA-II y para el reporte de recomendaciones y conclusiones debe de utilizar el formulario ACA-III. Los formularios ACA-II y ACA-III se encuentran disponibles en:
<https://www.cendeiss.sa.cr/wp/index.php/comites-de-bioetica-clinica-cbc/>

* Si la valoración clínica y bioética no se puede realizar de manera conjunta, el CBC sesionará por aparte, posterior a la sesión del EIC -una vez que el médico tratante le comunique al presidente del CBC que la valoración clínica se encuentra registrada en el EDUS-

** Futilidad: significa vano, inútil, ineficaz, sin efecto.

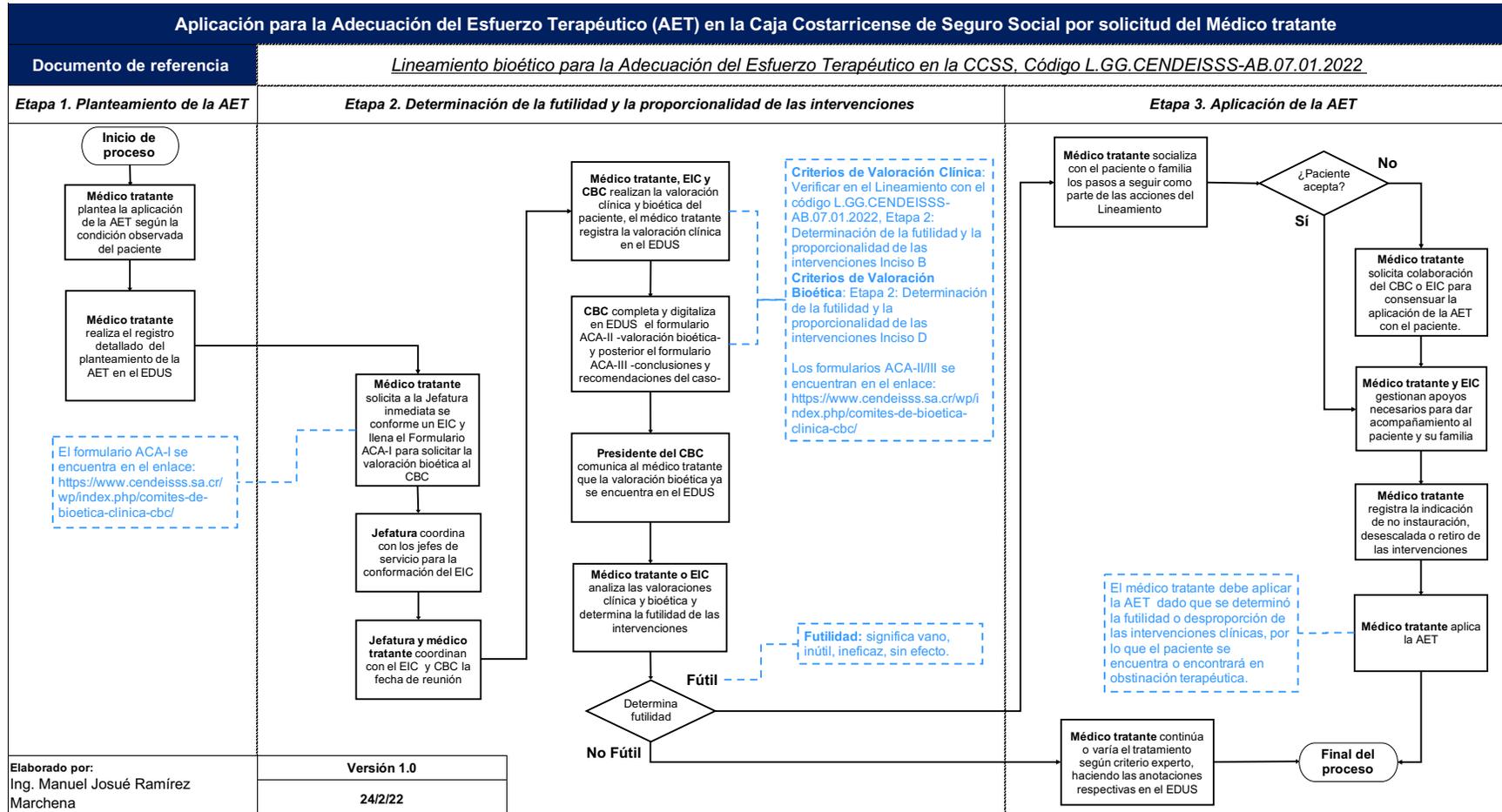
** El médico tratante o el EIC -en caso de haberse conformado- determinan la futilidad de las intervenciones y lo registran en la historia clínica digital.

Aplicación para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en la Caja Costarricense del Seguro Social por solicitud de Médico Tratante						
Versión	1.0	Flujograma		Pág. 2		
Fase	# Act.	Descripción de la actividad	Responsable	Flujograma	Observaciones	
Etapa 2.	10	Socializa con el paciente o familia los pasos a seguir	Médico tratante	<pre> graph TD Start([Inicio del proceso]) --> 10[10] 10 --> 11[11] 11 --> 12{12} 12 -- Acepta --> 13[13] 12 -- No Acepta --> 15[15] 13 --> 14[14] 14 --> 15[15] 15 --> 16[16] 16 --> End([Fin]) </pre>	Verificar en el Lineamiento con el código L.GG.CENDEISSS-AB.07.01.2022, 5.3.3. Etapa 3: Aplicación de la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico.	
	11	Inicia o continua con las intervenciones, revalorando continuamente el caso.	Médico tratante			
Etapa 3. Aplicación de la Adecuación de Esfuerzo Terapéutico	12	Paciente define si acepta la recomendación de aplicar la AET	Paciente / Familia			
	13	Solicita colaboración del CBC o EIC para consensuar la aplicación de la AET con el paciente.	Paciente / Familia			* La intervención de ambos equipos puede ser con la totalidad o con parte de sus integrantes. * Se consulta al CBC mediante el llenado del formulario ACA-I para que brinde apoyo en la mediación con el paciente o la familia y al EIC para el abordaje emocional y/o social, este último brinda apoyo hasta cierre total del caso.
	14	Gestiona apoyos necesarios para dar acompañamiento al paciente y su familia	Médico tratante / EIC			Verificar en el Lineamiento con el código LGG.CENDEISSS-AB.07.01.2022, 5.3.3 Etapa 3, inciso A.
	15	Registra indicación de no instauración, no escalada, desescalada o retiro de las intervenciones	Médico tratante			* Si paciente persiste rechazando la AET, el médico tratante debe aplicarla dado que se determinó la futilidad o desproporción de las intervenciones clínicas, con base en las valoraciones clínica y bioética.
	16	Se aplica la AET	Médico tratante			Se suspende, no escala, desescala o no instaura las intervenciones clínicas según lo consensuado con el paciente.

Fuente: Área de Bioética / Subárea de Bioética Clínica / Dirección de Sistemas Administrativos, 2022.

Diagrama horizontal 2

Aplicación para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en la Caja Costarricense del Seguro Social por solicitud de Médico Tratante



Fuente: Área de Bioética / Subárea de Bioética Clínica / Dirección de Sistemas Administrativos, 2022.

5.4 Diferencia entre Adecuación del Esfuerzo Terapéutico y eutanasia

La AET y la eutanasia forman parte de las reflexiones bioéticas sobre el final de la vida. A continuación, se retoman ambos conceptos, lo cuales se fundamentan -sin ánimo exhaustivo- en el derecho a la dignidad humana y en el derecho a la autodeterminación, respectivamente.

La AET es una buena práctica clínica, en la cual se suspenden o no se instauran intervenciones fútiles, garantizando una muerte digna del paciente mediante los cuidados paliativos, esto en observancia del principio de humanización y ética del cuidado. Así las cosas, en la AET existe la constatación clínica por parte del equipo de salud de que el tratamiento es fútil o desproporcionado a la situación clínica del paciente, evitando tanto la obstinación terapéutica como el abandono.

Por su parte, la eutanasia se define como aquella acción del profesional en salud impulsada por la compasión, donde se provoca deliberadamente la muerte del paciente que padece una enfermedad o lesión incurable que, por su naturaleza, le provoca un padecimiento insoportable y le causará la muerte en poco tiempo. Esta conducta responde a una petición expresada por la persona de forma libre y reiterada, y se lleva a cabo con la intención de liberarle de ese padecimiento, respetando su voluntad¹⁷.

De tal forma, la AET y la eutanasia tienen, entre otros elementos, actuaciones concretas distintas, lo que marca una importante diferencia entre ellas, tal como se señala en el cuadro 1.

¹⁷ Vieira O. Reflexión ética sobre la Limitación del Esfuerzo Terapéutico. (Versión en Internet). España: Universidad Pública de Navarra; 2014. Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11321/OhianeVieiraGalan.pdf?sequence=1>

Cuadro 1
Diferencias entre la AET y la eutanasia

CARACTERÍSTICA	AET	EUTANASIA
Actuación concreta del profesional en salud	Retirar o no instaurar un tratamiento fútil o desproporcionado.	Realizar una intervención que provoque deliberadamente la muerte del paciente.
Evita/ impide	La futilidad, la obstinación terapéutica y la medicina defensiva.	El sufrimiento del paciente.
Consentimiento informado del paciente	No necesario.	Imprescindible.
Solicitud	Médico tratante, profesional en salud, paciente o su familia.	Paciente (de manera reiterada).
Fundamentación Bioética	Evita el daño moral y físico causado por los tratamientos fútiles; proporcionalidad terapéutica (no maleficencia). Considera la voluntad, los valores y las preferencias del paciente (autonomía).	Evita el daño moral y físico causado por la condición o enfermedad (no maleficencia). Responde a la voluntad, los valores y las preferencias del paciente (autonomía).
Ordenamiento Normativo	Artículo 36 del Código de Ética Médica (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica).	Artículo 116 del Código Penal ¹⁸

Adaptado de: Trueba J. Los marcos asistenciales en la limitación del esfuerzo terapéutico. En: De la Torre J, editor. Limitación del esfuerzo terapéutico Madrid: Universidad Pontificia Comilla; 2006.

En el marco de esta diferenciación, se debe señalar que el suspender o no instaurar una intervención por solicitud expresa de un paciente que cuenta con plena autonomía -o del representante legal, en su defecto- no es eutanasia, por cuanto este tipo de prácticas no provocan la muerte, solo permiten que la enfermedad siga su curso. Tampoco es eutanasia la omisión deliberada de un cuidado o tratamiento debido, necesario y consentido, ya que esto se denomina abandono.

6. RESPONSABLES DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO

- Gerencia Médica.
- Directores de Centros Especializados.
- Directores de Hospitales Nacionales y Especializados.
- Directores de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.

¹⁸ Este artículo hace referencia al "homicidio por piedad". Textualmente indica: "Se impondrá prisión de seis meses a tres años al que, movido por un sentimiento de piedad, matare a un enfermo grave o incurable, ante el pedido serio e insistente de éste aún cuando medie vínculo de parentesco".

- Directores de Hospitales Periféricos y Regionales.
- Directores de Áreas de Salud.
- Jefaturas de Servicio.
- Área de Bioética CENDEISSS.
- Comités de Bioética Clínica.

7. DIVULGACIÓN

La Gerencia Médica propiciará la socialización del presente lineamiento de forma periódica entre los diferentes centros asistenciales y los funcionarios de la institución, a fin de que sea considerado en la determinación de la futilidad y la aplicación de la AET.

El Área de Bioética, por su parte, promoverá la socialización del presente lineamiento bioético de forma periódica entre los Comités de Bioética y las diversas instancias a las que brinde criterios y asesorías bioéticas.

Por otra parte, los directores de los centros asistenciales junto con los Comités de Bioética Clínica divulgarán este lineamiento entre todos los funcionarios que se encuentren bajo su responsabilidad.

8. ACATAMIENTO

Este lineamiento es de acatamiento obligatorio para todos los funcionarios que abordan, como médico tratante o Equipo Interdisciplinario, a pacientes con una enfermedad en fase terminal, así como para las jefaturas de servicio y los integrantes de los Comités de Bioética Clínica.

9. VIGENCIA

Este lineamiento rige a partir de su publicación en el Webmaster de la CCSS y hasta que exista una nueva versión.

10. CONTACTO PARA CONSULTAS

Área de Bioética, CENDEISSS.

Teléfono: 2519-3044; correo electrónico: bioetica@ccss.sa.cr

Horario de trabajo: de lunes a jueves de 7:00 am a 4:00 pm y viernes de 7:00 am a 3:00 pm.

El contacto de los Comités de Bioética Clínica de los distintos centros de salud se encuentra en la siguiente dirección: <https://www.cendeisss.sa.cr/wp/index.php/comites-de-bioetica-clinica-cbc/>

11. REFERENCIAS

1. Albornoz O. Calidad de vida y calidad de muerte en el contexto de cuidados paliativos. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología; 2015.
2. Área de Salud de León. Documento sobre la adecuación del esfuerzo terapéutico. (Versión en Internet). Valladolid: Junta de Castilla y León; 2017. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/experiencias.ficheros/1133891-DOCUMENTO+SOBRE+LA+ADECUACION+DEL+ESFUERZO+TERAPEUTICO.pdf>
3. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 4 ed. New York, Oxford: Oxford University Press; 1994. p. 259.
4. Betancourt GB. Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones. Rev Hum Med. 2014; 14(2): 407-422.
5. Buigues F, Torres J, Mas G, Femenía M, Baydal R. Paciente terminal. (Versión en Internet). España: Generalitat Valenciana. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf>
6. Caja Costarricense de Seguro Social. Lineamiento institucional para el abordaje de la fase terminal en los pacientes con Covid-19. Código: LT.GM.DDSS-AAIP-060420. San José: CCSS; 2020.
7. Caja Costarricense de Seguro Social. Lineamientos bioéticos ante la pandemia por SARS-CoV-2. Versión 04. (Versión en Internet). San José: CCSS-CENDEISSS; 2020. Disponible en: <https://www.cendeisss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2021/02/LINEAMIENTOS-BIOETICOS-PANDEMIA-POR-SARS-COV-2-Version-4.pdf>
8. Castilla B. En torno a la fundamentación de la dignidad personal. Foro, Nueva época. 2015; 18(1): 61-80.

9. Delgado R. La variabilidad de la práctica clínica. *Revista de Calidad Asistencial*. 1996; 11: 177-183.
10. Fúster F, Castro G, Volio Z. El Derecho a la muerte digna. *Rev Méd Costa Rica Centroam*. 1998; 15(543): 67-70.
11. Hernando P, Diestre G, Baigorri F. Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestión de profesionales o ¿también de enfermos? *An Sist Sanit Navar*. 2007; 30: 129-135.
12. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Clin Esp*. 2012; 212(3): 134-140.
13. Ministerio de Salud de Chile. 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. Chile: Ministerio de Salud; 2020.
14. Muñoz JC, Martín MP, Núñez MP, Espadas MJ, Pérez S, Cinjordis P, León A, Moreno J, Huertas MP. Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. *Enfermería Intensiva*. 2012; 23(3): 104-114.
15. Organización de las Naciones Unidas para la Educación. (Versión en Internet). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París, Francia: UNESCO; 2005. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
16. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados paliativos. (Versión en Internet). Washington D.C.: OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>
17. Real Academia Española. Dignidad. *Diccionario de la lengua española* (23.^a edición). (Versión en Internet). Madrid: RAE; 2021. Disponible en: <https://dle.rae.es/dignidad>
18. Simón P, Esteban MS, Cruz MT. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: recomendaciones para la elaboración de protocolos. (Versión en Internet). Sevilla: Junta de Andalucía; 2014. Disponible en: https://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/limitacion_esfuerzo_terapeutico_cuidados_intensivos.pdf
19. Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schobersberger W, Wennberg E, Woodcock T. End-of-life practices in European intensive care units: The Ethicus Study. *JAMA*. 2003; 290(6): 790-797.
20. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicol*. 2012; 30(1): 61-71.
21. Vera O. La adecuación del esfuerzo terapéutico en medicina crítica y terapia intensiva. *Rev Méd La Paz*. 2019; 25(2): 78-90.