

Proporcionalidad de las terapias en el magisterio de Pio XII y su aplicación en el ambiente clínico

Creation of the concept of proportionality in Pius' XII Magisterium and its application in the clinical setting

P. Fausto Pucha¹
fpucha54@gmail.com

Resumen

El presente ensayo pretende desempolvar algunos conceptos representativos de la teología moral y presentarlos a la nueva disciplina bioética como un instrumento precioso de discernimiento y aplicación en el ambiente clínico, pero no solo. Me refiero al concepto de proporcionalidad o desproporcionalidad como instrumento para tomar decisiones en situaciones conflictivas. En los grandes debates actuales que se ha generado en el seno de la bioética, se han ido presenciando muchas dificultades en los Comités de bioética, Comités éticos hospitalarios o Comités asistenciales, al momento de debatir y consensuar sobre qué decisión tomar de frente a un determinado cuadro clínico. En tal virtud, creo necesario estudiar con mayor profundidad y proponer algunos aportes que podamos hacer desde la reflexión de la teología moral. Lo que pretendo, por tanto, es referirme exclusivamente a algunos escritos del magisterio pontificio de Pio XII y sus aportaciones a la teología moral de entonces. Luego complementaré este estudio con el aporte de la Congregación para la Doctrina de la Fe en el documento magisterial “Iurat et bona”, para finalmente tentar aplicar el concepto de proporcionalidad en las decisiones clínicas posibles.

Palabras claves

Bioética, medios ordinarios o extraordinarios, onerosidad de las terapias, fase final de la vida, eutanasia, ensañamiento terapéutico, futilidad de las terapias.

Forma sugerida de citar: Pucha, Fausto (2015). Proporcionalidad de las terapias en el magisterio de Pio XII y su aplicación en el ambiente clínico. *Universitas XIII* (22), pp. 177-200. Quito: Editorial Abya Yala/Universidad Politécnica Salesiana

¹ Licenciatura en teología y maestría en bioética. (Univerisdad Pontificia Regina Apostolorum – Roma). Diplomado en Pastoral de la Salud (Centro Camiliano de Humanización Bogotá-Sao Paolo).

Abstract

This essay's intend is to dust off some representative concepts of moral theology and present them to the new bioethics discipline as a precious instrument of discernment and application in the clinical setting, but not only that. I am referring to the concept of proportionality or disproportionality as an instrument to reach decisions in conflictive decisions. In the great current debates generated at the heart of bioethics, there have been several difficulties in the bioethics committees, hospitals' ethics committees or care committees, when debating and agreeing upon what decision to make in face of a specific clinical picture. In virtue of that, I believe it is necessary to deepen the study and propose contributions to the subject using insights from moral theology. It is important to keep in mind that in reality, bioethics has borrowed several structures and concepts not only from moral theology, but also anthropology, law, and catholic ethics. The intention, therefore, is to refer exclusively to some writings from Pius' XII Pontifical Magisterium and their contributions to moral theology at the time. After that, I will supplement this work with the contribution from the Congregation for the Doctrine of the Faith in the magisterial document "Iurat et bona", to finally try to apply the concept of proportionality to the possible clinical decisions.

Keywords

Bioethics, ordinary and extraordinary, hardship of therapies, final phase of life, eutanasia, therapeutic teaching, therapy futility.

Introducción

Desde cuando apareció el neologismo "Bioética" en la historia de las disciplinas científicas, muchos términos ligados a las disciplinas con las que la bioética se interrelaciona, como la ética médica, la deontología, la antropología e incluso dentro de la misma medicina, han experimentado una reinterpretación o reformulación en sus conceptos.

Este es el caso de los conceptos: "proporcionalidad" y "desproporcionalidad" que es objeto de este pequeño estudio. Las raíces del concepto son en realidad mucho más antiguas a la aparición del neologismo bioética. El concepto de proporcionalidad o desproporcionalidad es un concepto bastante antiguo, conocido hasta la mitad del siglo pasado con los términos de "medios ordinarios" o "medios extraordinarios", y se ha formado preminentemente al interno de la teología moral. Solo en la última mitad del siglo pasado se ha re-dimensionado el concepto y se ha preferido hablar con una nueva terminología; esto es, como "proporcionado" o "desproporcionado".

El magisterio de Pio XII y su aportación a los conceptos de proporcionalidad

Las aportaciones de Pio XII sobre la formulación del principio de ordinariadad o extraordinariadad las encontramos esparcidas en sus varios discursos enunciados en diversas ocasiones. De seguro no encontraremos la formulación del principio en cuanto tal, a la manera de Gerald Andrew Kelly², pero sí su aplicación a casos concretos y puntuales, como también el tentativo de avanzar los presupuestos y los destellos de una visión diversa al principio clásico-ordinario o extraordinario-, hacia una nueva división, aquello que se convertirá en una nueva nomenclatura moderna del principio: “proporcional” o “no proporcional”.

Dada la amplitud del magisterio de Pio XII nos remitiremos solo a algunas intervenciones que a mi juicio resultan emblemáticas para este tema.

Discurso del 24 de febrero del 1957³

El discurso está enlazado en base a tres preguntas que habían sido formuladas al santo Padre sobre las implicaciones morales y religiosas de la analgesia en relación con la ley natural y con la moral cristiana: 1) ¿Hay obligación moral general de rechazar la analgesia y aceptar el dolor físico por espíritu de fe?; 2) La privación de la consciencia y el uso de las facultades superiores, provocadas por los narcóticos, ¿es compatible con el Evangelio?; 3) ¿Es lícito el empleo de narcóticos, si hay para ello una indicación clínica, a los moribundos o enfermos en peligro de muerte?; ¿pueden ser utilizados aunque la atenuación del dolor lleve consigo un probable acortamiento de la vida?

A la primera pregunta el Papa responde que el cristiano no puede aceptar nunca el dolor por el dolor. El problema no radica en la obligatoriedad de aceptar o renunciar sino en el deseo de perfección e imitación del Maestro que padeció en la cruz, centrado siempre en el marco de la fe; por tanto, el uso de la

2 Gerald A. Kelly, sacerdote Jesuita, nace en Denver (Colorado) en 1902. Doctor en teología moral preso la Pontificia Universidad Gregoriana (1935-1937). Profesor de la misma asignatura a St. Mary's (1936-1934). Fue director de la revista *Review for Religious* (1941-1959). Se interesó de manera especial por los temas medico-morales y desde 1946 fue colaborador de la *Catholic Hospital Association*. Murió en 1964 dejando una grande herencia en sus artículos. Las cuestiones afrontadas en temas medico-morales fueron publicados en las revista *Hospital Progress e Linacre Quarterly*, y en la revista *Theological Studies* desde 1946-1952.

3 Pio XII (2003, 163-190). También para la versión original en: AAS (Acta Apostolica Sedis) 49 (1957) pp. 129-149.

analgésia no lleva consigo, en sí misma, algún problema moral, sino cuanto en el modo y en el fin para el cual viene utilizado.

A la segunda pregunta, responde el Papa: “para apreciar la licitud de la supresión y de la disminución de la consciencia, es necesario considerar que la acción razonada y libremente ordenada a un fin constituye la característica del ser humano”, –por tanto–,

dado que las fuerzas naturales y los instintos ciegos son incapaces de asegurar por sí mismos una actividad ordenada, el uso de la razón y de las facultades superiores se hace indispensable. De aquí se desprende la obligación moral de no privarse de esta consciencia de sí mismo sin verdadera necesidad –por tanto concluye el Papa– [...] dentro de los límites indicados, y si se observan las condiciones requeridas, la narcosis, que lleva consigo una disminución o supresión de la conciencia, es permitida por la moral natural y compatible con el espíritu del Evangelio.

Pero es la tercera respuesta aquella que más interesa a este tema y es la más cuidadosa y matizada. Evidencia que los hombres no deberían pedir por propia iniciativa la supresión de la consciencia para afrontar la muerte. Tampoco es lícito suprimir el conocimiento a un enfermo sin una razón proporcionada, puesto que bajo la acción de los narcóticos, se le incapacitaría a cumplir deberes morales graves que le quedasen aún por realizar. El Papa se expresa así:

Pero si el moribundo ha cumplido todos sus deberes y recibido los últimos sacramentos, si las indicaciones médicas claras sugieren la anestesia, si en la fijación de las dosis no se pasa de la cantidad permitida, si se mide cuidadosamente su intensidad y duración y el enfermo está conforme, entonces no hay nada que objetar: la anestesia es moralmente lícita (Pío XII, 2003: 44).

Discurso del 24 de Noviembre de 1957⁴

Bajo la guía del doctor Bruno Haid (Jefe de la Sección de Anestesia de la Clínica Quirúrgica de la Universitaria de Innsbruck), el Instituto formula tres preguntas al santo Padre, a saber:

4 Pío XII (1967: 1818b y ss).

1. ¿Se tiene el derecho o hasta la obligación de utilizar los aparatos modernos de respiración artificial en todos los casos, aun en aquellos que, a juicio del médico, se consideran como completamente desesperados?
2. En segundo lugar, ¿se tiene el derecho o la obligación de retirar el aparato respiratorio cuando, después de varios días, el estado de inconciencia profunda no se mejora, mientras que si se prescinde de él la circulación se detendrá en algunos minutos? ¿Qué es preciso hacer en este caso si la familia del paciente que ha recibido los últimos sacramentos impulsa al médico a retirar el aparato? ¿La extremaunción es todavía válida en este momento?
3. En tercer lugar, un paciente que cae en la inconciencia por parálisis central, pero en el cual la vida, es decir, la circulación sanguínea, se mantiene gracias a la respiración artificial y sin que sobrevenga ninguna mejora después de varios días, ¿debe ser considerado como muerto “de facto” o también “de jure”? ¿No es preciso esperar para considerarle como muerto a que la circulación sanguínea se detenga a pesar de la respiración artificial? (Pio XII, 1967: 1818).

Antes de responder a estas interrogantes bastante puntuales, el Papa, cree oportuno recordar algunos principios sobre los cuales funda sus respuestas. Tanto la razón natural como la moral cristiana dicen al hombre, evidencia el Papa, que tiene el derecho y el deber, de frente a una enfermedad grave, de tomar las medidas necesarias para cuidar y conservar la salud. Tal deber y derecho viene entendido en varias dimensiones. Esto es, la responsabilidad de frente al creador de conservar la vida, de frente a la sociedad o a la comunidad que cuidan del bien común en base a una regla de justicia social, y también, de frente a los familiares de la persona enferma que esperan la ayuda oportuna de las personas a las cuales recurren. A este propósito, el santo Padre, nos ofrece su contribución significativa recordado, con voz magisterial, que tanto familiares, médicos y el mismo enfermo están obligados a utilizar solo los medios ordinarios. Eco la cita:

Pero obliga habitualmente sólo al empleo de los medios ordinarios (según las circunstancias de personas, de lugares, de épocas, de cultura), es decir, a medios que no impongan ninguna carga extraordinaria para sí mismo o para otro. Una obligación más severa sería demasiado pesada para la mayor parte de los hombres y haría más difícil la adquisición de bienes superiores más importantes. La

vida, la salud, toda la actividad temporal están en efecto, subordinadas a los fines espirituales. Por otra parte, no está prohibido hacer más de lo estrictamente necesario para conservar la vida y la salud, a condición de no faltar a deberes más graves (Pío XII, 1967: 1819).

Los elementos que evidencia el Papa son los típicamente conocidos por la tradición moral hasta ahora elaborados. Pero el Papa anota una extensión en la comprensión de estos elementos. Aquel elemento de “dificultad” que en los estudios de Kelly intentaba graduar a varios niveles, ahora se ve claramente evidenciado. Dice el Papa que los elementos deben de ser considerados según diversas circunstancias, lugares e incluso culturas. Ahora sabemos bien que la comprensión del elemento “dificultad” cambia ligera o notablemente dependiendo de un lugar, cultura o de las mismas circunstancias. De aquí se desprende que el concepto de ordinariedad o extraordinariedad no permanece fijo ni estable sino que se dirige hacia una nueva comprensión del concepto.

Respondiendo a la primera pregunta, el Papa sostiene que en los casos normales, al anestesiólogo le es lícito recurrir a este tipo de técnicas, pero que no está obligado a recurrir a ellas, a menos que no sea el único medio de dar satisfacción a otro deber moral cierto⁵. Aún más, sostiene que “las técnicas de reanimación que aquí se trata no contiene en sí nada de inmoral, ya que el paciente –si es capaz de una decisión personal– podría utilizarla lícitamente y de consecuencia, dar la autorización al médico. Por otra parte, como estas formas de tratamiento sobrepasan los medios ordinarios a los que se está obligado a recurrir, no se puede sostener que sea obligatorio emplearlos.

El Papa completa la respuesta reafirmando que existe un deber por parte de la familia, sostiene:

5 Recordemos que el Papa tiene presente los avances en materia de anestesiología y también las complicaciones que aún presentan las técnicas de anestesia y de reanimación: “la anestesiología moderna se ocupa no solamente de los problemas de la analgesia y de la anestesia propiamente dichas, sino también de la “reanimación”. Se designa así en Medicina, y particularmente en anestesiología, la técnica susceptible de remediar ciertos incidentes que amenazan gravemente la vida humana, particularmente las asfixias, que antes, cuando no se disponía de los medios de la anestesiología moderna, conducían en algunos minutos a la detención del corazón y a la muerte. La tarea del anestesista se extiende, por tanto, a las dificultades respiratorias agudas, provocadas por la estrangulación o condicionadas por lesiones torácico pulmonares abiertas; interviene para impedir la asfixia debida a la obstrucción interna de las vías respiratorias por el contenido estomacal o por ahogamiento, para remediar la parálisis respiratoria total o parcial en caso de tétanos grave, de parálisis infantil, de envenenamiento por gas, los hipnóticos o la embriaguez, o incluso en caso de parálisis respiratoria central provocada por traumatismos craneanos graves” (Cf. Pío XII, 1967: 1818).

Los derechos y los deberes de la familia, en general, dependen de la voluntad, que se presume, del paciente inconsciente, si él es mayor y “sui juris”.

En cuanto al deber propio e independiente de la familia, no obliga habitualmente más que al empleo de medios ordinarios. Por consiguiente, si parece que la tentativa de reanimación constituye en realidad para la familia una carga que en conciencia no se le pueda imponer, ella puede lícitamente insistir para que el médico interrumpa sus tentativos, y este último puede lícitamente acceder a ello (Pio XII, 1967: 1820).

A la segunda pregunta, el Papa responde afirmativamente. Considera que el médico puede retirar los aparatos de respiración artificial aún antes de la paralización definitiva de la circulación, por las razones ya referidas en la primera respuesta. Igualmente la familia puede lícitamente pedir al médico interrumpir sus tentativos.

A la última pregunta, el Papa responde con singular atención. Establecer el momento exacto de la muerte no es posible bajo ningún principio moral o religioso. Por tanto el Papa responde que no es competencia exclusiva de la Iglesia. Sin embargo reenvía la comprensión del concepto a la clásica concepción de la muerte filosófica, pero sobre todo teológica.

“Iura et bona”⁶, hacia una nueva nomenclatura: “Proporcionalidad” o “Desproporcionalidad”

El documento contiene cuatro partes bien estructuradas en su elaboración.

Dedica la primera parte a evidenciar el carácter primario de la vida humana y de su condición fundamental frente a todos los demás bienes. Resalta el carácter relacional de la criatura con el creador y el deber de realizar el designio trazado desde lo alto.

En la segunda parte se aborda el tema delicado de la “eutanasia” y la define como “una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”.

La tercera parte está dedicada enteramente a considerar el tema del dolor en la difícil etapa de la fase terminal de la vida y del uso de los analgésicos para

6 Congregación para la Doctrina de la Fe (1980: 353-367). Véase también en la edición original en: AAS 72 (1980) 542-552. O para una versión común en español en: “Eclesia” n° 1190 (12 de Julio de 1990), pp. 860ss. Citaré siempre la versión de A. Sarmiento (2003), dispuesta en numerales.

aliviar el dolor. Sostiene que en muchos casos será lícito y hasta aconsejable ayudar al paciente a soportar su dolor a base de calmantes, y recuerda aquí los principios ya conocidos formulados por Pio XII.

La cuarta parte es la que más nos interesa y que trata directamente nuestro tema. Lleva por título “El uso proporcionado de los medios terapéuticos”. La construcción del texto hace referencia a las difíciles situaciones, cada vez más numerosas, en las que el enfermo y sus familiares deben afrontar situaciones límites con una medicina muchos más tecnificada. Incluso los mismos médicos encuentran dificultades sobre cuándo actuar o no actuar en un momento crítico de la enfermedad de sus pacientes de frente a los nuevos avances de la medicina en el ámbito de la reanimación. Ya en el título de esta parte, la declaración utiliza desde su inicio una nueva terminología que parece enunciar un nuevo concepto, muchos más dinámico aunque con elementos ya conocidos. En el lugar de medios ordinarios o extraordinarios, la Congregación considera que es preciso hablar mejor de medios “proporcionados” o medios “desproporcionados”. Considera que este cambio debe realizarse, tanto por la «imprecisión del término -ordinario-, como por los rápidos progresos en el ámbito de las terapias finalizadas a preservar la vida de un paciente. He aquí el texto:

¿Pero se deberá recurrir, en todas las circunstancias, a toda clase de remedios posibles?

Hasta ahora los moralistas respondían que no se está obligado nunca al uso de los medios “extraordinarios”. Hoy en cambio, tal respuesta siempre válida en principio, puede parecer tal vez menos clara tanto por la imprecisión del término como por los rápidos progresos de la terapia. Debido a esto, algunos prefieren hablar de medios “*proporcionados*” y “*desproporcionados*”. En cada caso, se podrán valorar bien los medios poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales (Congregación para la Doctrina de la Fe, 1980: 26-27, la cursiva es mía).

Esta nueva terminología es importante y no es meramente un cambio de nombre. La nueva proposición presupone un concepto fluido y dinámico en su comprensión. Significa no solo centrarse en las características de las terapias médicas usadas tradicionalmente y catalogadas automáticamente como ordinarios o extraordinarios y por tanto obligatorias o no obligatorias; sino también, mirar el conjunto de circunstancias o elementos que rodean al enfermo: “tipo de

terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales”. Estos elementos pueden influenciar decididamente en el juicio de “proporcionalidad” o “desproporcionalidad” y por tanto considerarse como obligatorias o no obligatorias.

La Congregación cree necesario y útil complementar la comprensión de este nuevo concepto con algunas puntualizaciones pertinentes al tema y que juzgamos oportuno citarlas por entero:

Para facilitar la aplicación de estos principios generales se pueden añadir las siguientes puntualizaciones:

A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no estén libres de todo riesgo. Aceptándolos, el enfermo podrá dar así ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad. Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero, al tomar una tal decisión, deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de los médicos verdaderamente competentes; éstos podrán sin duda juzgar mejor que otra persona si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles, y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos.

Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, aunque ya esté en uso, todavía no está libre de peligro o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio: significa más bien o simple aceptación de la condición humana, o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o la colectividad.

Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares. Por esto, el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro (Congregación para la Doctrina de la Fe, 1980: n.28).

Pero podemos decir que la contribución más importante y decisiva del documento, es una re-consideración de los elementos tradicionales que acompañaban al juicio de “ordinario” o “extraordinario” hacia una nueva comprensión de los conceptos. Aún más, la Congregación retiene necesario evidenciar que la aplicación de los clásicos principios y la obligatoriedad de seguirlos no es así tanto clara y definida, no por un error en la formulación en los principios, sino cuanto por la dificultad de aplicarlos, debido a los cambios y avances que ha logrado la medicina en los últimos años. Muchos tratamientos o terapias que la medicina tradicional consideraba como tratamientos o terapias extraordinarios por su complejidad técnica o por su costo económico, hoy no parecen ser tanto coherentes⁷. Por tanto, parece oportuno y conveniente hablar con un nuevo lenguaje - proporcional o no proporcional - que afronte nuevas situaciones con nuevos problemas que pone la medicina moderna, capaz de responder satisfactoriamente a nuevas interrogantes.

Proporcionalidad o desproporcionalidad en el marco biótico

Como habíamos sostenido al inicio de esta investigación, los conceptos de proporcionalidad y desproporcionalidad tienen un inicio muchos más distante del inicio mismo de la disciplina bioética. Los conceptos se han ido formando durante varios siglos. Las contribuciones de Santo Tomás, de Gerald Kelly, sustancialmente los aportes de Pio XXII y de Iura et Bona perfeccionaron la formación de este concepto para luego ponerlo a disposición no solo de la teología moral sino de las misma bioética y deontología médica⁸.

Lo que ahora proponemos es la aplicación de este concepto al entorno clínico (bioética clínica) en situaciones de dilema ético decisional. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la aplicación de estos conceptos –“proporcionalidad”

7 Tengamos presente que los términos “proporcionados” y “desproporcionados” no resulta de la noche a la mañana, ya en la discusión teológica de mediados del siglo veintésimo está presente y es sugerida a la congregación como oportuno y conveniente utilizar esta nueva nomenclatura, aún si utiliza elementos ya conocidos pero que serían tratados de manera más decisiva en el juicio ético.

8 Si bien la aparición del neologismo bioética aparece en el 1970 con V. R. Potter (Cf. Potter, 1970: 127-153); sin embargo, la construcción evolutiva y dinámica de los conceptos “proporcional” o “desproporcional” sigue su camino en el ámbito de la Teología Moral con su propia matización. Mientras que en el ámbito de la bioética, los conceptos “proporcional” y “desproporcional”, parecen haber adquirido contornos mucho más extensos y complejos.

y “desproporcionalidad” – en el contexto bioético adquiere una estructura propia y una complejidad singular en la medida en que las nuevas biotecnologías y el pluriculturalismo abaten a nuestra sociedad. Por tanto, se trata de un concepto mucho más dinámico y evolutivo en su aplicación, considerando la diversidad de situaciones en la que pueda ser encontrado. Si tentamos ahora una definición genérica del concepto podríamos formularlo con las palabras de Carlos Simón Vázquez:

La proporcionalidad de los tratamientos indica la reflexión profesional ante los límites, obligaciones y modalidades del uso de la terapia en Medicina. Intrínsecamente unida está el concepto de balance que contempla los riesgos y los beneficios ante una toma de postura curativa (Vázquez, 2006b: 582).

Ciertamente esta definición es demasiado genérica y simplista para un panorama bioético tanto complejo. Pero puede ser completado o explicado mejor haciendo un desglose o un análisis del concepto, evidenciando los elementos que la componen. Es así como encontramos la exposición del concepto en los diccionarios de Bioética. Altobelli, por ejemplo, sostiene que el concepto de «proporcionalidad» comprende la necesidad intrínseca de una relación y un balance de medida y prioridad entre diversos componentes de una misma situación. Tales componentes o elementos de relación y medida, de una misma situación, pueden ser analizados considerando ciertos criterios asociados al concepto. Analicemos, por tanto, velozmente la estructura de estos elementos:

- a. Objetivo u Objetivos de la terapia como puede ser: la curación, prevención, prolongación de la vida, alivio del dolor físico o del sufrimiento. O sea, qué posibilidades reales ofrece la terapia que debe de seguirse. Puede relacionarse con el criterio de eficacia de la terapia, que sin embargo, se refiere más exclusivamente al criterio clínico de futilidad, del cual no nos ocuparemos en este trabajo dado que tiene un límite de extensión.
- b. La complacencia o tolerancia del paciente en el tratamiento que debe de seguirse. Esto puede verse desde una doble perspectiva: primero, desde una valoración objetiva o quirúrgica-terapéutica relacionado a los modos, a los tiempos y al ritmo en que debe ser aplicada; segundo, desde una valoración subjetiva de parte del paciente sobre el pro-

- pio convencimiento de la idoneidad de la terapia en base a su propio repertorio valorial⁹.
- c. Balance de los riesgos y ventajas, de costos y beneficios, “oneri” o razón proporcionada de la terapia, referida particularmente al análisis de una previsión post-terapia; las consecuencias resultantes a la terapia como efecto físico, psíquico, espiritual o valorial; los costos económicos de la terapia, el impacto familiar o la disponibilidad real de la terapia a ejecutarse.
 - d. Como último criterio podemos considerar la “selección” y “elección” de la terapia. De una parte, la “selección” de la terapia o del tratamiento corresponde primordialmente al médico de acuerdo a criterios médicos de mayor eficacia, de mayor beneficio, de mayor seguridad clínica, y la más adecuada a las exigencias particulares fisio-patológicas del paciente en concreto. Evidentemente para una correcta y oportuna selección de la terapia, se requiere de parte del médico u operador sanitario también un correcto y oportuno conocimiento de las terapias y técnicas disponibles, o si queremos resumir, una competencia médica en dicho campo. De otra parte, la “elección” de la terapia corresponde también al paciente o a su tutor, en caso de imposibilidad¹⁰. La “elección” de la terapia vendrá hecha seguramente en base a la complacencia y a la tolerancia de la terapia por parte del propio paciente.

Estos criterios pueden ser integrados y articulados coherentemente a la definición genérica de Vázquez. Nos resulta así un concepto bastante robusto y ciertamente algo complejo en el momento de la aplicación. Sin embargo, es preciso reconocer que quedan otros elementos, no mencionados ahora, que resultan útiles y necesarios en determinadas situaciones, sobre todo cuando se afronta situaciones de un enfermo terminal o casos de fin de vida¹¹.

9 Cf. Altobelli (2004: 921-926). La misma estructura mantiene Vázquez que parece seguir a Altobelli; Cf. Vázquez (2006b: 582).

10 Cf. R. Altobelli (2004: 923. También Cf. Vázquez (2006b: 583).

11 Para ampliar los elementos subyacentes a estos criterios véase otro artículo de Altobelli que enfoca otros criterios a los ya mencionados. Cf. R. Altobelli (2004b: 1434-1437).

Proporcionalidad y futilidad, breves diferencias

A este punto, creo necesario aludir rápidamente a una singular diferencia entre el concepto de “proporcionalidad/desproporcionalidad” y el concepto de “futilidad”¹², antes de considerar los elementos a los cuales recurre el concepto de proporcionalidad.

La formación del concepto de proporcionalidad, como hemos visto, se ha formado dentro del contexto eminentemente ético-moral y reclama a sí elementos que le son característicos, propio en este contexto. Por el contrario, el concepto de “futilidad” tiene su origen dentro del contexto eminentemente clínico y reclama a sí elementos propios que le son característicos dentro de este contexto. Consideremos que solo en los últimos años se está intentando redimensionar el concepto de futilidad, llamando en causa otros elementos no estrictamente clínicos con el intento de paragonar el concepto de futilidad al concepto ético-moral de proporcionalidad¹³.

De otra parte, los conceptos de proporcionalidad y desproporcionalidad hacen uso de criterios de carácter ético-moral para valorar justamente la eticidad o menos de una acción médica, de una terapia; no juzgan la eficacia de una terapia, o la optimización de la misma. Por tanto, el concepto de proporcionalidad nos dice fundamentalmente sobre la licitud del tratamiento, su eticidad en cuanto acción médica y su viabilidad terapéutica, siempre desde el punto ético-moral.

Por el contrario, el concepto de “futilidad” reclama el uso de criterios ante todo de carácter técnico-médico, de eficacia, de eficiencia, de viabilidad médica, de costos sanitarios e incluso criterios de calidad de la vida, entre otros¹⁴.

12 El concepto de futilidad puede ser definido como: “[...] un tratamiento médico de inutilidad en aquellas situaciones en las que o la *probabilidad* de beneficiar al paciente es tan remotamente pequeña que la hacen irreal o cuando la *calidad* del posible beneficio es tan ínfima que no se consigue el objetivo médico de curación” (Jecker y Schneiderman, 1999: 190). El concepto tiene presente dos tipos de futilidad, una de inutilidad curativa y otra de inutilidad cualitativa, pero es bastante discutida esta distinción.

13 Este es por ejemplo el objetivo de E. D. Pellegrino, uno de los principales promotores hacia una nueva lectura del concepto de futilidad, dice: “[...] en la definición de futilidad que propongo, los medios proporcionados son los medios fútiles, teniendo presente pero la posible mal interpretación de estos términos de parte de los proporcionalistas –se refiere a la discusión entre medios ordinarios y el nuevo concepto de proporcionalidad–” (Pellegrino, 2002: 879). Personalmente prefiero mantener la diferenciación de los conceptos en base a su formación conceptual original para luego integrarlos, uno como criterio clínico y el otro como criterio moral y evitar más confusiones a los ya complejos conceptos.

14 Para profundizar el concepto propongo los siguientes artículos que enfocan el concepto desde varias perspectivas (Cf Iceta Gavicagoeascoa, 2006: 386-391; Younger, 1988: 2094-2095). Sobre la definición

Por tanto, el concepto de futilidad es ante todo un concepto de carácter clínico, de aplicación, de guía terapéutica clínica y hace referencia sobre todo a la eficacia terapéutica y a su viabilidad clínica¹⁵. Bien podría darse que bajo el concepto de futilidad, una terapia no entre dentro de este cuadro de futilidad porque resulta eficiente y eficaz para una “X” enfermedad, pero bajo el concepto de proporcionalidad resulte desproporcionado, en cuanto que se configure aquella “X” terapia como una intervención demasiado gravosa, excesivamente costosa, o simplemente repugnante para el paciente; por tanto, no justificado, éticamente no lícito. Urge por tanto, unificar los dos conceptos como necesariamente complementarios si queremos lograr un juicio cabal y apropiado sobre la moralidad y viabilidad de una terapia o tratamiento. Este es una de las principales diferencias entre el concepto de “proporcionalidad” y el concepto de “futilidad” que personalmente pretendo evidenciar y mantener.

Elementos subjetivos y objetivos de aplicación en un ambiente clínico

Dicho esto, aquí nos interesa considerar esencialmente los elementos que hace referencia al concepto ético de proporcionalidad.

La aplicación del concepto, de modo general, va dirigida a los problemas inherentes relacionados a los límites, a las obligaciones y a la modalidad de uso de los medios terapéuticos, o sencillamente de las terapias. Pero estos elementos van asociados al cuadro clínico actual del paciente, a sus condiciones de enfermo y al contexto circundante. La Congregación para la Doctrina de la Fe en el ya citado documento “Iura et bona”, sostenía que la valoración de los

que considera criterios eminentemente médicos: The American Medical Association (1999: 937-941); Copelman (1995: 109-121); Nelson y Nelson (1995: 244-250); Díaz-Prieto y Garrigosa (2000: 110-114). Para los autores que consideran un criterio de futilidad integrado con los criterios de beneficio del paciente: Pellegrino (2002: 867-895); Suaudeau (2005: 1149-1197); Truog, Brett y Frader (1992: 1560-1564); Iceta Gavicagogeascoa (2000: 93-109); Brody y Halevy (1995: 123-144).

15 Por ejemplo, Pellegrino reconoce que el concepto de futilidad es ante todo un concepto clínico, empírico. Sostiene: “Sin embargo la futilidad no es un principio moral, sino una valoración empírica de un probable éxito clínico, con costos y beneficios. Por tanto, esa contextualiza y especifica el principio de beneficiabilidad en cada caso clínico, volviéndose criterio decisional en cuanto que ofrece una aproximación definible del bien del paciente” (Pellegrino, 2002: 874). Algunos párrafos más adelante, Pellegrino propone una relectura del concepto de futilidad paragonando al concepto de proporcionalidad o desproporcionalidad. Personalmente prefiero mantener la diferenciación de los conceptos en base a su formación conceptual original, para luego, integrarlos y evitar más confusiones a los ya complejos conceptos.

medios proporcionados a usarse dependen del “tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comportan, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales”¹⁶. Naturalmente cada caso médico es singular por que diversas son las enfermedades, diversas las personas enfermas, diversas las circunstancias y muchas veces diversas las posibilidades terapéuticas. Por tanto, aplicamos el concepto no a un caso particular, aunque sería en verdad útil y necesario para hablar verdaderamente de aplicación de criterios; sino a un cuadro de situaciones hipotéticas que consideran elementos y circunstancias más generales. Tal vez sería preferible decir que detallamos los elementos y los criterios del concepto para su uso. De todas formas ofrezco estas consideraciones.

Comienzo entonces enunciando estos puntos, dividiéndolos en dos grupos: unos objetivos y otros subjetivos.

Criterios objetivos

Cuadro clínico de la enfermedad

El cuadro clínico comprende básicamente el “hic et nunc”, o sea el “aquí y ahora”¹⁷ de la enfermedad, naturalmente con sus previsiones, pronóstico y diagnóstico de la enfermedad. Esto es:

- la historia clínica en base a la anamnesis que puede revelar la etiología de la enfermedad
- el diagnóstico que revela la naturaleza de la enfermedad
- el pronóstico que pretende revelar la acción médica a seguirse, es decir, las terapias a aplicarse.

16 Cf. Congregación para la doctrina de la Fe (1980: 364, n.27).

17 El “aquí y ahora” no debe entenderse en modo absoluto como el tiempo lineal, como el segundo o instante del día o la hora, sino como el *presente* de la enfermedad en dicha fase, en dicho estadio de la enfermedad. Seguramente habrán enfermedades que presentarán futuras complicaciones que habrá que tenerlas en cuenta, pero que por ahora no absolutizan la elección terapéutica como desproporcionado en base a esas complicaciones, justamente porque forman parte del cuadro clínico de una siguiente fase de la enfermedad.

Terapias a seguirse

Sustancialmente las terapias pueden ser consideradas como los remedios mismos de la enfermedad. De naturaleza suya, las terapias están siempre ordenadas a curar parte o toda la enfermedad. Estas pueden ser desde un simple hábito, un fármaco o un procedimiento quirúrgico de rutina, que a su vez, pueden ser invasivas o menos invasivas.

Valoración del beneficio de la terapia

Cada terapia, por tanto, cuenta con su objetivo específico, la curación de la enfermedad o parte de la enfermedad para la cual se está aplicándose. El grado de eficacia de la terapia puede valorarse en diversos grados según el cuadro evolutivo de la enfermedad y/o el modo o dosis de aplicación. Consideremos estos criterios más precisos para valorar su beneficio (Iceta Gavicagogeascoa, 2000: 104):

- cuando la terapia mejora la enfermedad de base
- cuando la terapia mejora las enfermedades intercurrentes
- cuando la terapia mejora la sintomatología del paciente
- la respiración cardiopulmonar, la ventilación asistida y la nutrición parental deben ser evaluadas cuidadosamente en base al pronóstico de la enfermedad, preferencias del paciente, valoración de los efectos secundarios y complicaciones. Un examen especial merecen las terapias conocidas como “salvavidas” que deben ser encuadradas dentro del cuadro clínico específico de cada paciente¹⁸(Casini, 2006: 1205-1215).

Por tanto, cuando una terapia no cumple su objetivo o función para la cual ha sido aplicada y no modifica positivamente el cuadro clínico del enfermo, puede considerarse como un punto en desventaja para el juicio de “proporcionalidad» y un criterio precioso a favor del juicio de “desproporcionalidad” de la misma.

Sin embargo, a cada enfermedad, puede corresponder un tratamiento o varios tratamientos, como a un tratamiento puede corresponder un conjunto de terapias. Por tanto, cuando se habla de la ineficacia de la o las terapias, no se

18 El artículo también afronta la temática si las decisiones expresadas precedentemente tienen la misma fuerza decisional y carga ética en relación al momento mismo en el que adviene verdaderamente el fenómeno clínico. Se responde que no.

habla estrictamente de ineficacia del o de los tratamientos, sino de o de las terapias. El análisis y el juicio es siempre en singular, pormenorizado, dirigido a cada terapia.

Esperanza de suceso o beneficio proporcionado de las terapias

Puede verificarse que ciertas terapias reaccionen positivamente en favor del enfermo, modificando los estados antes descritos, pero en un grado demasiado reducido, a baja escala, debido tal vez a la misma complicación del cuadro clínico. Además, la terapia puede que se encuentre en fase experimentación o no haya sido probada suficientemente en dicha enfermedad con dicho cuadro clínico. Entonces conviene ponderar la posibilidad real de su viabilidad, porcentaje de eficacia o suceso, y si es posible, gradar el beneficio que se espere sea de parte del especialista, sea de parte del paciente. Esto por que el paciente puede recurrir a este tipo avanzado de medicina, aún en fase experimental, si cuenta con una “razón proporcionada”¹⁹ para solicitarla²⁰.

Sin embargo, puede suceder que en algunos casos como, por ejemplo, el síndrome terminal de la enfermedad, la evolución de la enfermedad, sea realmente avanzada que los mismos tratamientos en general, aún aquellos de bajo soporte de las funciones vitales como la nutrición, la hidratación parental u otra, no constituyan un verdadero bien para el paciente y deben ser considerados como “desproporcionados”, propiamente en cuanto que alargarían inútilmente la vida del paciente por unas cuantas horas o minutos de frente a la muerte eminente²¹.

Relación costo/beneficio

Este criterio hace referencia sustancialmente al costo económico de las terapias y al beneficio que se espera obtener, confrontando objetivamente los dos aspectos.

Existen un sin número de terapias que son ejecutadas ordinariamente en las estructuras sanitarias privadas o estatales, sea porque son de soporte básico indispensable, de uso técnico sostenido, o sea porque son de fácil acceso económico sea al paciente o a la misma estructura sanitaria. Sin embargo, existe otra

19 Sobre la “razón proporcionada” lo trataremos más adelante cuando consideremos los criterios subjetivos vistos desde el paciente.

20 Estos elementos los considera ya el documento de la Congregación para la Fe. Cf. 1980: 365, n. 28.

21 Cf. Noriega (2002: 161).

gama de terapias que no entran en este contexto, que no son ofrecidas por la estructura sanitaria sea por su nivel de tecnificación, por su fase experimental o simplemente por su costo. Aquí conviene igualmente ponderar y relacionar objetivamente las posibilidades reales de acceso económico a las terapias de esta categoría, con los beneficios y esperanzas del paciente. Este punto toca las posibilidades de oferta de las estructuras sanitarias y las posibilidades de acceso por parte del paciente, involucrando este, a su vez, (el paciente) a su familia e incluso a la comunidad o sociedad a la cual pertenece. Aquí, por tanto, el juicio de proporcionalidad varía según la presencia o ausencia, la posibilidad de acceso y el beneficio que debe equiparar entre la presencia y el costo de la terapia.

Criterios subjetivos

El paciente

El paciente visto ciertamente, como el enfermo sumamente necesitado de ayuda y en muy diversos niveles como: biológico, psicológico, social y espiritual. El enfermo, reclama por tanto, una atención particular e integral.

En este contexto, el paciente tendrá que hacer uso de una de sus capacidades propias a su naturaleza. La autonomía. En base a su “autonomía”, entendida como la capacidad de las personas autónomas de comprender, de reflexionar y de actuar coherentemente, el paciente debe participar activamente en cada acto médico, eligiendo de atenerse o menos a los tratamientos, terapias o protocolos previsto previo la debida información necesaria. De esta misma autonomía nacen los derechos del paciente, uno de los cuales, fundamental en este caso, incluyen la posibilidad de aceptar, rechazar o interrumpir una acto médico ya iniciado (Delbron y Garzetti, 2006: 154-169). Así mismo, tengamos presente que junto a los derechos del paciente están las obligaciones del mismo que deben ser ponderados entre ellos. En este momento, estos tópicos nos resultan sumamente útiles. A partir de esto consideremos:

Las preferencias del paciente

El paciente puede elegir qué medios terapéuticos preferir de entre las posibilidades terapéuticas puestos a disposición por el médico para su cuadro clínico. Esto es, el paciente, debe elegir el tipo de tratamiento o terapia en base: a)

su propia capacidad de adaptamiento, de tolerancia o de límites de soportar la terapia o tratamiento y sus posibles efectos y consecuencias secundarias. Esto, entendido desde el punto de vista físico-biológico (dolor) y psíquico espiritual (sufrimiento). b) su propio cuadro de valores, según su estado social, según su formación cultural, y su profesión religiosa. Se trata naturalmente de un criterio muy variable, subjetivo y algo peligroso, pero que debe relacionarse con sus propias obligaciones de enfermo y con las del médico. c) su impacto emotivo a los efectos como consecuencia de las terapias; es decir, su capacidad de adaptamiento y tolerancia psíquico-espiritual (sufrimiento) a los efectos y consecuencias post terapia o tratamiento (Altobelli, 2004: 922-923). Piénsese, por ejemplo, en los caso de trasplante de órganos de tipo xenotrasplante, trasplante de mano, trasplante de labios, o en cierto casos, incluso de casi todo el rostro facial.

“Razón proporcionada” y valoración del beneficio esperado

La razón proporcionada hace referencia a las expectativas del paciente que espera recabar de la terapia o del tratamiento, en base al beneficio que él atribuye esperar de dicho acto médico. Por tanto, notemos que este “beneficio” difiere singularmente del beneficio atribuido clínicamente por parte del médico o especialista. Es un beneficio de carácter subjetivo-objetivo. Este “beneficio” puede hacer referencia sustancialmente a los contenidos valoriales de carácter psíquico, espiritual o familiar. Por consiguiente, si el beneficio atribuido por el paciente es consistente, entonces la “razón” de acceder a determinadas categorías de terapias, aún en fase experimental, pueden ser valoradas como proporcionadas, en razón a este beneficio proporcional o “razón proporcionada”. La razón proporcionada depende de la valoración del beneficio esperado²². Piénsese, por ejemplo, a un paciente que debe saludar, despedirse, perdonar, encargar una obligación adquirida o revelar una verdad a un miembro de su familia

22 Paolo Catorini, afrontado el tema de la eutanasia y del acanimiento terapéutico desde el punto de vista clínico, evidencia muy bien este aspecto, sostiene: “[...] dos enfermos, que se encuentran en la misma situación patológica en la cual el final de la vida se anuncia como eminente, pueden optar con plena legitimidad moral por vías diametralmente opuestas: uno puede pedir en coherencia con su vida, las medicinas o remedios más invasivos, riesgosos, experimentales, que le permitan esperar al menos una mínima posibilidad de recuperación. El otro enfermo, por el contrario, puede contentarse del tiempo de vida que le queda, viviendo en su casa y libre de factores medicables y por tanto concentrándose en las cosas que a él le parecen más importantes (la relación con la familia, amigos). Aquello que hace la diferencia es el diverso sentido que los dos enfermos atribuyen a las alternativas terapéuticas que les han sido propuestas” (Cattorini, 2006: 72).

o pariente distante que espera su llegada; y que él, (el paciente) considera de suma importancia. Por consiguiente, si el efecto de una terapia es considerada escasamente bajo desde el punto de vista clínico, o incluso fútil; desde el punto de vista del paciente –valoración espiritual o familiar de un beneficio– puede ser considerado útil y justificar la aplicación de dicha terapia (razón proporcionada) como lícita y proporcionada sin caer en lo que se puede denominar “ensañamiento terapéutico”. Lo mismo puede suceder con pacientes que tiene que cumplir con obligaciones religiosas de carácter sustancial tales como los sacramentos en el cristianismo²³, por ejemplo, u otros.

Aquí el juicio moral de proporcionalidad se ve enriquecido en la medida en que se presente la “razón proporcionada” ponderada en base al beneficio atribuido por el paciente.

La carga económica

La carga económica, ya lo hemos mencionado, afrontado los elementos objetivos visto dentro de las terapias. Pero ahora, vamos a evidenciar un elemento más. La carga económica que se hace referencia aquí, está ligada generalmente con aquellas terapias innovativas, de última generación, de alta tecnificación; y por tanto, no contenidas en la gama de tratamientos o terapias de libre acceso a costo de la estructura sanitaria. Si como ya hemos dicho que le es lícito al paciente acceder a esta categoría de terapias o tratamientos, aunque si no está obligado en absoluto, el acceso a ellas, implica un costo económico real. La pregunta es, ¿cuánta posibilidad económica real existe para acceder a ello? Esta posibilidad real debe contrastarse con la real economía familiar, y si se quiere, también de la sociedad, si ésta decide intervenir. Si el costo económico no supera las posibilidades reales de la familia y de la sociedad, sin descargar un peso o carga económica excesiva, entonces podemos decir que tenemos un elemento más en favor de su licitud y viabilidad del tratamiento o de la terapia; o sea, a favor de su proporcionalidad. De verificarse el contrario, el juicio moral se inclina por su ilicitud y no viabilidad, esto es, en favor del juicio de desproporcionalidad.

Fundamentalmente podemos considerar estos elementos como criterios base para elaborar nuestro juicio de proporcionalidad o desproporcionalidad de un tratamiento o de una terapia. Como ya hemos mencionado, las circunstan-

23 Cf. Pio XII (1967: 1818b y ss).

cias son infinitas como infinitos son los casos. El análisis se vuelve, por tanto, pormenorizado, detallado, caso por caso, tratando de englobar todos los elementos y haciendo recurso a los criterios necesarios para obtener un correcto juicio ético de proporcionalidad o desproporcionalidad de un acto médico. Evidentemente, sopesar todos estos elementos, no es siempre fácil ni para el paciente y su familia, ni para el mismo médico. Sin embargo, son necesarios para un completo y correcto juicio ético de la acción médica o sanitaria.

Finalmente, conviene tener presente que la oportunidad que tenemos de definir algunos criterios que nos permitan valorar la proporcionalidad o menos de un tratamiento o de una terapia, no deben excluir también la necesidad de saber usarlos con espíritu de prudencia y de sabiduría. Como ya he mencionado antes, el concepto de proporcionalidad o desproporcionalidad es un concepto bastante dinámico y fluido en sus elementos, que no se rigen ciertamente en base a una plantilla absoluta de números o de parámetros estadísticos.

Conclusiones

La formación de los conceptos de proporcionalidad y desproporcionalidad tiene una larga tradición histórica. Este concepto encuentra su origen en el seno de la tradición de la teología moral conocida en sus inicios como medios ordinarios o medios extraordinarios. Con la aparición de los nuevos avances médicos, se impulsa a los Teólogos y Filósofos a reflexionar sobre un nuevo concepto que permita atraer a sí nuevos elementos o criterios que posibiliten la aplicación Ética más eficaz y adecuada a las nuevas circunstancias que la medicina moderna propone. De consecuencia, se pasa del clásico concepto de medios ordinarios o medios extraordinarios hacia un concepto mucho más dinámico y armónico, es decir, medios proporcionados o desproporcionados.

Los conceptos de proporcionalidad y desproporcionalidad dentro del marco de la bioética, mantendrán siempre una connotación moral. Sin embargo, desde la implantación de la bioética como disciplina, los conceptos han tomado una propia autonomía y se perfecciona continuamente la interior de cada disciplina, esto es, dentro de la bioética y la moral. Dentro de la disciplina de la bioética, los conceptos de proporcionalidad y desproporcionalidad son conceptos de carácter esencialmente ético-morales. Los criterios que se tiene en consideración para el juicio ético de proporcionalidad son también de carácter ético-moral y no clínico. Los elementos y criterios que llama en causa estos conceptos deber

ser integrados y evaluados atentamente, intentando conjugar armónicamente tres realidades centrales en cada caso; esto es, la realidad clínica del enfermo, el paciente- enfermo y el médico tratante.

Finalmente, considero que la aplicación de los conceptos de proporcionalidad y desproporcionalidad deben ser aplicados en el marco de otros conceptos fundamentales. Es decir, apoyarse sobre una sana antropología de fondo que considere a todo paciente-enfermo como “persona” en sentido clásico y holístico. Una visión de la medicina preeminentemente humanística, que considere verdaderas líneas y políticas de prevención de las enfermedades, que intente curar cuando hay la posibilidad, cuidar y acompañar cuando las posibilidades médicas terapéutica hayan perdido su eficacia. Una visión correcta de aquello que significa ser médico o agente sanitario, teniendo presente que son una entidad profesional que existen y se institucionalizan en la sociedad, en función de aquella pequeña o grande franja de personas enfermas necesitadas. Del mismo modo, teniendo presente que las estructuras sanitarias son entidades que existen en función de esta franja de la sociedad, teniendo como objetivo primario el servicio a la persona enferma y la sociedad, y no como una entidad de naturaleza lucrativa como parece configurarse actualmente.

Bibliografía

Altobelli, R.

2004 Proporzionalità delle cure, Principi. En: S. Leone y S. Privitera, *Nuovo dizionario di Bioetica* (pp. 921-926). Roma/Arcireale: Città Nuova Editrice, Istituto Siciliano di Bioetica,

2004 Proporzionalità delle cure, Principi. En: G. Russo, *Enciclopedia di Bioetica e Sessuologia* (pp. 1434-1437). (TO): Elle Di Ci, Leumann.

Brody, B.A. y Halevy, A.

1995 Futility a futile concept? *The Journal of Medicine and Philosophy*, 20(2), 123-144.

Casini, M.

2006 Il dibattito in bioetica. Il rifiuto anticipato delle cure “salvavita” è uguale al rifiuto attuale. *Medicina e Morale*, 56(6): 1205-1215.

Cattorini, P.

2006 *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*. Milano: Masson, 3ed.

- Congregación para la Doctrina de la Fe
5 de mayo de 1980 Declaración “Iura et Bona” sobre la Eutanasia. En A. Sarmiento (Comp.), *El don de la vida. Textos del Magisterio de la Iglesia sobre Bioética*, 2003, 2ª. Ed. Madrid: BAC.
- Copelman, L.M.
1995 Conceptual and Moral Disputes about Futile and Useful Treatments. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 20(2), 109-121.
- Delbron, P. y Garzetti, V.
2006 Il diritto del paziente al rifiuto delle cure, *Bioetica e Cultura*, 15(31), 154-169.
- Díaz-Prieto, A. y Garrigosa, F.
2000 *Pacientes críticos y futilidad. Labor Hospitalaria*, 32(256), 110-114.
- Giovanni Paolo II
1980 Ai partecipanti a due Congressi di medicina e chirurgia, 27 ottobre. En: ID., *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, Vol. III / 2, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano.
- Iceta Gavicagoeascoa, M.
2000 Calidad de vida y tratamiento fútil: concepto y aplicaciones prácticas. *Labor Hospitalaria*, 31(256), 93-109.
2006 Futilidad. En: S.C. Vázquez, *Diccionario de Bioética* (pp. 386-391). Burgos: Monte Carmelo.
- Jecker, N.S. y Schneiderman, L.J.
1999 Poner fin al tratamiento médico inútil: cuestiones éticas. En: D.C. Thomasma y T. Kushner, *De la vida a la muerte* (pp. 188-195). Cambridge: Cambridge University Press.
- Nelson, R.M. y Nelson L.J.
1995 Ética y provisión del tratamiento inútil, perjudicial o gravoso a los niños. *Labor Hospitalaria*, 27(235), 244-250.
- Noriega, J.
2002 L'azione medica e la sua bontà. La cura del malato in stato vegetativo permanente En: J. Noriega y M. Di Pietro, *Nè accanimento ne eutanasia* (pp. 153-163). Roma: Lateran University Press.
- Pellegrino, E.D.
1987 Altruism, Self-interest, and Medical Ethics. *Journal of American Medical Association*, 258, 1939.
2002 Le decisione al termine della vita: uso ed abuso del concetto di futilità. *Medicina e Morale*, 52(5), 867-895.

- 2004 Medicina, modelli. En: G. Russo, *Enciclopedia di Bioetica e Sessuologia* (pp. 1166-1171). (TO): Elle Di Ci, Leumann.
- Pio XII
- 2003 Discurso “Le neuvième Congrès” al Congreso Internacional de la Sociedad Italiana de anestesiología. En: A. Sarmiento (Comp.), *El don de la vida. Textos del Magisterio de la Iglesia sobre Bioética*, 2003. Madrid: BAC, 2 ed.
- 1967 Discurso a los miembros del Instituto italiano de genética “Gregorio Mendel” sobre reanimación y respiración artificial. En: *Colección de Encíclicas y Documentos Pontificios I*. Madrid.
- Potter, V.R.
- 1970 Bioethics: The Science of Survival. *Perspectives in Biology and Medicine*, 14(1), 127-153.
- Suaudeau, J.
- 2005 La futilità delle terapie: aspetti scientifici, questione etiche e giuridiche. *Medicina e Morale*, 55(6), 1149-1197.
- The American Medical Association. Council on Ethical and Judicial Affairs
- 1999 Medical Futility in End-of-life Care, Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281, 937-941.
- Truog, R.D. y Brett, A.S. y Frader, J.
- 1992 The problem with futility. *The New England Journal of Medicine*, 326, 1560-1564.
- Vázquez, C.S.
- 2006 Médico. En: S.C. Vázquez, *Diccionario de Bioética* (pp. 501-503). Burgos: Monte Carmelo.
- 2006b Proporcionalidad de los tratamientos, En: S.C. Vázquez, *Diccionario de Bioética* (pp. 582-587). Burgos: Monte Carmelo.
- 2006 *Tratamientos*, En: S.C. Vázquez, *Diccionario de Bioética* (pp. 31-35). Burgos: Monte Carmelo.
- Younger, S.
- 1988 Who Defines Futility?. *Journal of the American Medical Association*, 260, 2094-2095.

Fecha de recepción: 15/12/ 2014; fecha de aprobación: 7/5/2015