

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>



Vol. 27, No. 1, 1998 [ver índice]

## **EL PRINCIPIO DE PROPORCIONALIDAD TERAPEUTICA EN LAS DECISIONES DE LIMITAR TRATAMIENTOS**

Dra. Paulina Taboada Rodríguez  
Profesor Auxiliar  
Depto. de Medicina Interna y Centro de Bioética  
Pontificia Universidad Católica de Chile

"Déjenme morir mi propia muerte y no la muerte de los médicos", dijo R.M. Rilke - uno de mis poetas favoritos - enfrentando el diagnóstico de leucemia al final de su vida. La afirmación de Rilke dirige nuestra atención al núcleo del problema que abordaré en este artículo: la pregunta sobre la licitud moral del rechazo o limitación de ciertas intervenciones médicas en el estado actual de desarrollo tecnológico.

El famoso caso Quinlan en los EEUU (1976) atrajo el interés de la opinión pública hacia este problema, poniendo de manifiesto la necesidad de identificar los criterios morales que legitiman las decisiones de limitar terapias médicas en determinadas circunstancias. El avance de las medidas de soporte vital ocurrido en las últimas décadas en las unidades de cuidados intensivos confiere mayor complejidad a esta pregunta, pues se sabe que el retiro o limitación de estas medidas conduce casi siempre a la muerte del paciente.

En este contexto, la identificación de criterios que permitan establecer cuales intervenciones médicas son moralmente obligatorias, haría posible evitar caer en conductas extremas, ya sea por exceso (la así llamada "medicalización de la muerte") o por defecto (eutanasia por omisión, comunmente llamada eutanasia pasiva). Esta distinción no resulta siempre fácil en el estado actual de progreso médico. Por otro lado, los tratamientos en unidades de cuidados intensivos involucran el gasto de una parte importante del producto nacional bruto en muchos países del mundo (Schieber, 1994), de modo que el problema en cuestión plantea importantes interrogantes clínicas, éticas, financieras y políticas. La necesidad actual de encontrar criterios sólidos que delimiten el rango de lo éticamente válido resulta evidente.

La tradición judeo-cristiana propone utilizar el principio de proporcionalidad terapéutica como guía en la resolución de este tipo de dilemas. Algunos autores contemporáneos han criticado este enfoque por considerarlo ambiguo y, por tanto, poco útil en la práctica clínica. Intentaré mostrar que, de hecho, es necesario realizar un juicio de proporcionalidad toda vez que nos planteamos la pregunta acerca de la licitud moral de limitar o rechazar ciertas intervenciones médicas actualmente disponibles. Para ello me referiré, en primer lugar, al contenido del principio de proporcionalidad terapéutica, distinguiéndolo de la doctrina ético-filosófica del Proporcionalismo. Un análisis detallado de los diversos elementos involucrados en un juicio de proporcionalidad nos revelará los fundamentos objetivos de un acto válido de rechazo a determinadas terapias médicas y su distinción de actos como la eutanasia por omisión o el suicidio médicamente asistido.

La adecuada comprensión del principio de proporcionalidad terapéutica implica la imposibilidad de establecer reglas universalmente válidas acerca de la obligatoriedad moral

de determinadas intervenciones médicas, siendo por lo tanto necesario emitir un juicio de conciencia particular en cada caso concreto. Este juicio de proporcionalidad requiere el ejercicio de la virtud de la prudencia y un profundo respeto por la dignidad de cada persona, como actitudes fundamentales que guíen el actuar médico. Propongo, por tanto, como conclusión, que la aplicación del principio de proporcionalidad terapéutica resulta de utilidad en las decisiones de limitar terapias médicas siempre y cuando sea aplicado dentro del marco de una concepción personalista de la atención de salud, que es el contexto en el que fue concebido originalmente.

### Principio de proporcionalidad terapéutica

No resulta difícil aceptar que nadie está obligado a utilizar todas las intervenciones médicas actualmente disponibles, sino sólo aquellas que ofrecen una razonable probabilidad de beneficio en términos de preservar y/o recuperar la salud. Mayor dificultad involucra la pregunta acerca la licitud moral de rechazar tratamientos potencialmente beneficiosos, pues ella nos confronta con el problema los límites de nuestra obligación moral respecto de la salud.

En un intento por delimitar las intervenciones médicas consideradas como moralmente obligatorias, la Iglesia Católica ha propuesto, desde 1957 (Papa Pío XII, AAS 49, 1957), la distinción entre medidas ordinarias y extraordinarias. Sin embargo, muchas de las medidas que anteriormente constituían algo "extraordinario" están hoy ampliamente disponibles y se consideran algo ordinario. Es por esto que en los últimos años la Iglesia ha actualizado esta enseñanza proponiendo el Principio de Proporcionalidad Terapéutica. Este principio sostiene que existe obligación moral de implementar todas aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible. Aquellas medidas en que esta relación de proporción no se cumpla, se consideran desproporcionadas y no serían moralmente obligatorias.

Cabe destacar que esta idea de proporcionalidad no es algo propio de la Iglesia Católica. Ya en la Antigüedad griega encontramos testimonios de filósofos que enfatizaban lo inadecuado que resultaban aquellos esfuerzos médicos que sólo lograraban prolongar los sufrimientos. Así, por ejemplo, Platón, en La República, propone que la medicina es para aquellos que "están sanos en su naturaleza, pero aquejados por alguna enfermedad específica" y no para "aquellos, cuyos cuerpos están en un estado de enfermedad interna", de modo que los tratamientos médicos sólo lograrán "hacer de su vida una prolongada miseria". Los médicos griegos aprendían a reconocer aquellas situaciones en las cuales la enfermedad representa un obstáculo para la realización de una naturaleza que en sí misma está sana, de aquellas situaciones en las que es la misma naturaleza la que está enferma, llevando la vida humana a su término natural. La muerte, por tanto, no es considerada como una falla de la medicina, sino el término natural de la vida humana. También la medicina hipocrática (Corpus Hippocraticum) invitaba a los médicos a reconocer aquellas situaciones en las que no se puede esperar que los esfuerzos médicos logren superar una enfermedad.

En términos modernos, la percepción de inutilidad médica derivada del Corpus Hippocraticum podría considerarse como una noción probabilística. Hipócrates rechaza

aquellos esfuerzos médicos que no lograrán la cura en términos de probabilidades. Platón, en cambio, sostiene un concepto cualitativo de inutilidad, rechazando aquellas terapias que conducirán a prolongar una agonía. Es así como las tradiciones más antiguas reconocen tanto aspectos cuantitativos como cualitativos del concepto de inutilidad médica. Sin embargo, tanto los aspectos cuantitativos como los cualitativos se relacionan con una noción subyacente, que es la idea de que el resultado no guarda relación con los esfuerzos. Y es precisamente éste el contenido del principio de proporcionalidad terapéutica.

## **Principio de proporcionalidad terapéutica y Proporcionalismo**

A fin de prevenir malos entendidos acerca de la compatibilidad de la aplicación del principio de proporcionalidad terapéutica con otras orientaciones morales más generales de la Iglesia Católica, es necesario aclarar desde el comienzo la diferencia que existe entre este principio y la doctrina ético-filosófica del Proporcionalismo. Decir que la Iglesia propone realizar un juicio de proporcionalidad para fundamentar la licitud moral de limitar ciertas terapias médicas no equivale a decir que ella apruebe la doctrina del Proporcionalismo, una de las formas del Consecuencialismo, puesto que es sabido que este tipo de razonamiento moral ha sido explícitamente criticado por Juan Pablo II, por ejemplo, en su encíclica *Veritatis Splendor* (Nº 79, 80, ss.).

El considerar las consecuencias previsibles de nuestras acciones es, indudablemente, una parte constitutiva de todo juicio moral, ya que ello es reflejo de nuestra naturaleza racional. De este modo, si alguien no considera los efectos negativos predecibles de sus actos, se hace moralmente responsable de ellos. La claridad con que el Consecuencialismo captó el momento de la vida moral en el que balanceamos los resultados positivos y negativos de nuestras acciones es, sin duda, uno de los grandes méritos de esta postura ético-filosófica. Sin embargo, el error de esta posición está en reducir el razonamiento moral a este único aspecto, proponiendo que la esencia de la moralidad está dada por la maximización de los resultados positivos y la minimización de las consecuencias negativas de nuestras acciones.

El balancear las consecuencias de nuestras acciones es sólo uno de los elementos del juicio moral, y no necesariamente el más importante. En la valoración moral de nuestros actos es necesario tomar en cuenta, en primer lugar, la naturaleza del objeto del acto, así como la intención del agente y las circunstancias concretas que rodean el acto (tema tratado en el artículo "Ética Clínica, principios básicos y modelo de análisis", publicado en este número). Además, y dado que la moralidad se refiere a un aspecto cualitativo de nuestros actos y no a uno cuantitativo, la valoración de las consecuencias no puede ser concebida como un cálculo matemático. La tradición católica recalca este punto afirmando la existencia del así llamado *intrinsic malum*, es decir, de acciones que de acuerdo a la naturaleza de su objeto moral, no son susceptibles de ser ordenadas al bien, sino que constituyen siempre un mal en sí mismas, independientemente de la intención del agente, de las circunstancias particulares que las rodean y de los efectos buenos que ellas pudieran tener (*Veritatis Splendor*, Nº 79, 80).

De este modo, al proponer realizar un juicio de proporcionalidad en las decisiones de limitar o rechazar ciertas intervenciones médicas, la Iglesia Católica no afirma que éste sea el único ni el más importante de los criterios a utilizar. Por el contrario, es sabido que de acuerdo a

esta tradición, el más básico de los principios que orientan el actuar médico es el que sostiene que a nadie está permitido matar o dañar en su integridad corpóreo-espiritual a una persona inocente. Esta norma moral deriva del quinto mandamiento y encuentra su expresión positiva en el precepto del amor. Por tanto, cuando la Iglesia propone aplicar un juicio de proporcionalidad en la toma de decisiones en medicina, no está entendiendo esta evaluación de la forma en el que lo hace el Proporcionalismo. Cuando ella habla de una relación de debida proporción presupone que, desde el comienzo, se han excluido las opciones que involucran una acción intrínsecamente mala, pues sostiene que ningún buen fin justifica el recurso a un medio ilícito.

### **Criterio de Verificación para la relación de debida proporción**

Hablar de proporcionalidad terapéutica podría resultar todavía demasiado vago. ¿Existen criterios objetivos que permitan establecer cuándo se cumple esta relación de debida proporción, de la que venimos hablando? En la Carta a los Agentes de la Salud (1994, p.71), el Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud propone ciertos criterios de validación para los juicios de proporcionalidad terapéutica: "Con el propósito de verificar y establecer si se da o no la relación de proporción en una determinada situación, se deben valorar bien los medios confrontando el tipo de terapia, el grado de dificultad y el riesgo que comporta, los costos necesarios y la posibilidad de aplicación, con el resultado esperado, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales."

Un primer aspecto que llama la atención al leer el párrafo citado es que los juicios de proporcionalidad se refieren siempre a situaciones clínicas particulares. No es posible dar reglas universalmente válidas acerca de la proporcionalidad de determinadas medidas médicas; cada situación clínica debe ser juzgada particularmente. Afirmar lo anterior no equivale a decir que los juicios de proporcionalidad sean algo meramente subjetivo; es distinto afirmar que este tipo de juicios se refiere a situaciones particulares, que decir que sean subjetivos. De hecho, para que un juicio de proporcionalidad particular sea legítimo, requiere estar fundado en un estado de cosas objetivo. Es posible, por tanto, referirse a ciertos elementos objetivos que deben ser tomados en cuenta en un juicio de proporcionalidad terapéutica. En lo sucesivo me referiré brevemente a aquellos elementos que han mostrado ser útiles en el proceso de toma de decisiones en nuestra experiencia en el Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad Católica. Como ya dije, emitir un juicio de proporcionalidad terapéutica supone balancear los medios a utilizar en relación a un determinado fin (o resultado) que se espera alcanzar. Deberemos, por tanto, detenernos en cada uno de estos aspectos.

### **Consideraciones respecto de los medios**

**Certeza del diagnóstico clínico.** Aunque parezca obvio, antes de emitir un juicio acerca de la proporcionalidad de una determinada medida terapéutica, es necesario acceder a un grado razonable de certeza en el diagnóstico clínico. Por tanto, el recurso a todas las medidas que sean necesarias para establecer un diagnóstico clínico fundado, es una condición previa, necesaria aunque no suficiente, para emitir un juicio de proporcionalidad. Se asume que el proceso diagnóstico es un proceso en beneficio de la salud y que, por ende, está respaldado

por el principio de beneficencia (por supuesto, siempre que no se transgreda el clásico *primum non nocere*).

Recalcar la importancia de la certeza diagnóstica puede parecer una perogrullada. Sin embargo, en la experiencia hasta ahora recogida no son pocas las veces en las que el aporte del Comité de Ética al análisis de situaciones clínicas complejas se limita, en una primera instancia, a sugerir completar el proceso diagnóstico, a fin de poder, en un segundo tiempo, realizar el análisis ético propiamente tal. Existen, no obstante, situaciones en que los dilemas ético-clínicos surgen precisamente ante la necesidad de implementar medidas terapéuticas sin haber podido alcanzar previamente un grado aceptable en la certeza diagnóstica.

Todo médico con cierta experiencia clínica sabe que no siempre es fácil establecer un diagnóstico cierto. Es importante, no obstante, distinguir este tipo de situaciones de otras en las que los médicos comenzamos a cuestionarnos la proporcionalidad de ciertas medidas terapéuticas sin antes haber realizado todos los esfuerzos diagnósticos que la condición clínica del paciente amerita. En este sentido, la aplicación de reglas formales de evidencia, como propone hoy la Medicina Basada en Evidencias, puede suponer una valiosa ayuda en la obtención de la información clínica éticamente relevante.

Utilidad/inutilidad terapéutica. Existe un deber moral de implementar aquellas medidas terapéuticas que juzgamos necesarias o útiles. Esta obligación se refiere no sólo a las medidas curativas, sino también a aquellas de carácter paliativo. Sin embargo, no siempre resulta fácil determinar la verdadera utilidad de las intervenciones médicas. En los últimos años se ha escrito mucho sobre la noción de utilidad/inutilidad médica. La abundancia de la literatura refleja la dificultad que comporta precisar esta noción.

Schneiderman, uno de los autores que se ha dedicado a estudiar específicamente este tema, propone una noción de inutilidad centrada en el beneficio del paciente, que incluye tanto aspectos cuantitativos como cualitativos. El componente cuantitativo de su definición propone considerar como inútiles aquellas medidas terapéuticas para las cuales los datos empíricos disponibles arrojan una probabilidad menor o igual al 1% de beneficiar al paciente. Sin embargo, este aspecto cuantitativo no es independiente del componente cualitativo, pues la definición de utilidad/inutilidad propuesta por este autor se basa en una distinción entre beneficios y efectos. De acuerdo a Schneiderman (1990, p. 949), los efectos terapéuticos son aquellos que se limitan a una parte del organismo, mientras que los beneficios involucran a la persona considerada como un todo. Según este autor, debería considerarse inútil un tratamiento que sólo tuviera efectos y que no ofreciera beneficios al paciente.

A pesar de que la distinción entre efectos y beneficios podría parecer clarificadora en una primera lectura, un análisis más profundo de la dimensión cualitativa de su definición plantea algunos problemas. En mi opinión, su concepción de la utilidad terapéutica enfatiza excesivamente la experiencia consciente del beneficio, incurriendo en los riesgos del subjetivismo. De hecho, la experiencia subjetiva de los beneficios aportados por una determinada medida terapéutica no es un parámetro fidedigno para evaluar su eficacia, como puede apreciarse en situaciones como la terapia antihipertensiva o la terapia hipoglicemiante en los pacientes diabéticos.

Compartiendo la idea de que la noción de utilidad/inutilidad terapéutica incluye tanto aspectos cuantitativos como cualitativos, prefiero seguir a Christensen (1992) en la distinción entre inutilidad absoluta, fisiológica y desproporcionada. El concepto de inutilidad absoluta se aplica a aquellas intervenciones que son completamente inefectivas en términos fisiológicos. Dado que existe consenso acerca de que nadie está obligado a hacer cosas inútiles, se acepta una limitación unilateral de este tipo de intervenciones. La "inutilidad estadística" expresa una baja probabilidad de alcanzar un determinado resultado. Esta información estadística no implica una valoración moral, pero constituye un dato éticamente relevante que ha de ponderarse en el juicio de proporcionalidad. La expresión "inutilidad desproporcionada" califica el juicio moral que, basado sobre una "inutilidad estadística", concluye que la implementación de una determinada intervención no se justifica en relación a los sufrimientos que puede ocasionar, a sus riesgos o costos, etc. Pienso que una distinción como esta permite diferenciar aquellas dimensiones de la utilidad que se refieren exclusivamente a probabilidades de alcanzar un determinado objetivo, de aquellas que se incluyen un juicio valórico acerca del resultado previsible. Ello permite delimitar el componente cuantitativo de la utilidad, cuya valoración compete al médico, en virtud de sus conocimientos técnicos, del componente cualitativo, cuya valoración corresponde al paciente y/o su familia, pues incluye juicios valóricos.

**Posibilidad real de implementar las medidas.** El concepto de inutilidad clínica debe distinguirse de expresiones como "imposibilidad práctica" o "terapias raras" o "poco habituales". La evaluación de la posibilidad real de implementar una determinada terapia es también una parte constitutiva del juicio de proporcionalidad. En la Carta (1994, pág. 70) citada anteriormente, se establece el deber moral implementar los cuidados posibles de los cuales se pueda obtener un beneficio. De este modo, no sólo la utilidad, sino también la posibilidad real de llevar a cabo una terapia debe tenerse en cuenta al emitir un juicio de proporcionalidad. Una terapia podría definirse como beneficiosa, pero ser juzgada desproporcionada en una situación dada, si es, por ejemplo, demasiado difícil obtener, demasiado cara o demasiado costosa. Por lo tanto, en casos calificados, la obligación moral de implementar aquellas terapias juzgadas como beneficiosas podría ser suspendida. Esta es una situación frecuente en países en vías de desarrollo, donde los recursos médicos no siempre están ampliamente disponibles. Ello plantea dilemas morales muy complejos relacionados con la justicia social en la distribución de recursos en salud, que sobrepasan los objetivos de este artículo.

Los riesgos de las diferentes alternativas terapéuticas. Toda intervención médica implica un determinado riesgo. La obligación moral de procurar la salud incluye el deber de asumir sólo los riesgos proporcionados. Podrían introducirse aquí consideraciones análogas a las desarrolladas anteriormente en relación al concepto de utilidad, distinguiendo aspectos cuantitativos y cualitativos en la evaluación de los riesgos. Agregaré sólo algunas reflexiones en relación al uso de terapias nuevas, para las cuales los riesgos son aún elevados o no se conocen suficientemente. En estos casos se acepta que su implementación puede ser moralmente aceptable, pero no obligatoria. De este modo, en ausencia de otras terapias, sería lícito implementar medidas que aún estén en fase experimental y no exentas de riesgos, pero alguien podría negarse a recibir este tipo de terapias sin desatender por ello su deber moral de velar por su salud.

**Costos.** Los costos de las intervenciones médicas también forman parte del juicio de proporcionalidad. Cabe destacar que la expresión costo no se refiere aquí exclusivamente a los aspectos económicos, sino también a las cargas físicas, psicológicas o espirituales que un determinado tratamiento pueda llevar aparejado. Es así como la Carta a los Agentes de Salud, a la que me referí anteriormente, sostiene que "es lícito interrumpir la aplicación de medios (terapéuticos) cuando no se da la proporción entre los costos de inversión en instrumentos y personal ... o cuando las técnicas utilizadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios posibles de obtener" (p. 72). Se enfatiza, asimismo, la necesidad de tener en cuenta "las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales" (p. 71). Es indudable que estas afirmaciones plantean interrogantes acerca de la posibilidad de establecer criterios objetivos para estos juicios de valor, cuestión que sobrepasa los objetivos de este artículo.

Con respecto a los costos económicos asociados a las intervenciones médicas, habría que agregar que, a pesar de que el principio de justicia establece el deber moral del médico de procurar una distribución justa de los recursos en salud, es importante destacar que "el primer compromiso del médico es para con el paciente individual" (ACP Ethics Manual, 1992, p. 948). Por tanto, el médico debe evitar recurrir a razonamientos relacionados con la justicia distributiva a la hora de justificar decisiones individuales de limitar terapias. La justificación moral de las decisiones de limitar terapias basadas en las cargas económicas depende de quién es el que toma la decisión. La naturaleza misma de relación de médico-paciente impide que sea el médico quien, en forma unilateral, decida en base a los costos económicos. Este aspecto del juicio de proporcionalidad pertenece al paciente, a su familia o a la sociedad en su conjunto.

## **Consideraciones respecto de los resultados**

**La precisión del pronóstico.** Intuitivamente, suponemos que la objetivación del pronóstico de un paciente debería facilitar la toma de decisiones en medicina. Sin embargo, esta intuición no ha sido demostrada empíricamente aún. La habilidad de estimar objetivamente la probabilidad de muerte de un determinado paciente es algo relativamente nuevo en clínica. Es así como sólo desde comienzos de la década de los '80 se están utilizando en las unidades de cuidados intensivos escalas destinadas a estimar la severidad de la condición clínica de un paciente. Tenemos, por ejemplo, los sistemas APACHE III, SAPS II, MPM II y otros, basados en algunos parámetros clínicos y fisiológicos, que han demostrado guardar una estrecha relación con el pronóstico de sobrevida de pacientes hospitalizados en UCI. Aunque estos sistemas de evaluación de riesgo han sido útiles en investigación clínica, no se ha podido probar aún su eficacia en disminuir la incertidumbre a la hora de tomar decisiones frente a un paciente individual.

Recientemente, se han emprendido estudios destinados a evaluar si la entrega activa de información estadística es capaz de facilitar la toma de decisiones médicas. Tenemos así, por ejemplo, los estudios HELP y SUPPORT (1995). A diferencia de los sistemas previos, que fueron diseñados para pacientes de UCI, estos modelos pronósticos buscan predecir la probabilidad de muerte de pacientes hospitalizados en otros servicios o incluso de adultos mayores que se encuentran en sus casas. Ellos podrían representar, por tanto, herramientas

útiles en la identificación de aquellas condiciones clínicas que los médicos griegos denominaron "organismos enfermos en su naturaleza". En tales casos, deberíamos aceptar que la existencia humana ha llegado a su fin natural, justificándose plenamente las decisiones de rechazar o limitar las intervenciones médicas.

Sin embargo, a pesar del enorme esfuerzo informativo realizado, SUPPORT no logró demostrar que el disponer de datos empíricos efectivamente facilitara la toma de decisiones por parte de médicos y pacientes. Dado que la intuición indica que mejorar la certeza del pronóstico y la comunicación entre médico y paciente debería facilitar las decisiones clínicas, especialmente aquellas de limitar terapias, surge la pregunta por las razones del aparente fracaso de SUPPORT. Una posible explicación de este hallazgo está dada por la dificultad que existe al intentar aplicar las estadísticas generales a los casos particulares. Siempre es necesario complementar el componente cuantitativo del pronóstico con un juicio prudencial respecto de la situación particular, y ello es fuente de importantes dilemas morales en la toma de decisiones médicas. Además, es importante tener presente que la mortalidad representa sólo uno de los pronósticos en clínica. En la actualidad no contamos con buenos modelos predictivos para establecer otro tipo de pronósticos, hecho que representa una nueva fuente de incertidumbres y dilemas morales en las decisiones de limitar terapias. Llegamos así a otro componente de los juicios de proporcionalidad, dado por la calidad de vida.

**Calidad de vida.** Toda evaluación de la calidad de vida incluye juicios de valor. No corresponde, por tanto, al médico emitir en forma unilateral este tipo de valoración, puesto que correría el riesgo de proyectar sus propios valores al paciente. Ello podrá dar pie, por ejemplo, a la segregación de determinados pacientes o grupos de pacientes, negándoles sistemáticamente el acceso a determinadas terapias. Por consiguiente, en los juicios acerca de la calidad de vida y del peso que se atribuya a este componente en las decisiones de limitar terapias, siempre debieran participar el paciente y/o su familia. Surgen aquí complejos problemas relacionados con la objetividad de este tipo de juicios, que no es posible tratar aquí.

### Juicio de proporcionalidad terapéutica y actitudes fundamentales

Al hablar aquí de juicios de valor, surge la pregunta acerca de la posibilidad de proponer la aplicación de un principio desarrollado al interior de la tradición judeo-cristiana a una sociedad secular pluralista. ¿Podría el principio de proporcionalidad terapéutica, tal como lo hemos analizado aquí, tener utilidad al ser aplicado con independencia de una determinada concepción religiosa?

### **Respeto por la dignidad de la persona y compasión como guías del juicio de proporcionalidad**

Pienso que la clave de la respuesta a la pregunta anterior la encontramos en el deber moral de respetar a cada persona en virtud de su dignidad intrínseca, (tema tratado en el artículo "Ética Clínica, principios básicos y modelo de análisis", publicado en este número). En la actualidad, la afirmación de la dignidad de la persona es un postulado básico común a posturas éticas de orientaciones filosóficas diversas. Esta norma moral fundamental se

traduce en la práctica médica en el deber de respetar a cada paciente en su dignidad de persona, sea ésta mentalmente competente, incompetente, permanentemente inconsciente, crónica o agudamente enferma, mayor o menor, etc. Como establece el Manual de Etica de la American Medical Association (AMA) (1992, p. 948): "el médico debe mantener en toda instancia la dignidad de la persona y el respeto por la unicidad de cada persona."

Sin embargo, esta norma general debe traducirse en cada caso en acciones concretas. En mi opinión, la guía para aplicar este principio general a situaciones particulares viene dada por una actitud fundamental del médico: la compasión. Con frecuencia se considera que el término compasión es sinónimo de pena. Siguiendo a Dougherty & Purtilo (1995, p. 427), yo lo definiría más bien como la virtud por la que tomamos conciencia del dolor o sufrimiento de otra persona y nos empeñamos en aliviarlo en lo que de nosotros dependa. Distinguimos así dos elementos importantes de la compasión:

1. una habilidad de empatizar con el sufrimiento ajeno
2. la voluntad de aliviar a la persona que sufre.

Por tanto, si la compasión se dirige primariamente a una persona que sufre y sólo secundariamente al sufrimiento, se comprende que nunca pueda ser lícito eliminar a la persona a fin de suprimir el sufrimiento. Así, una actitud compasiva permitirá al médico identificar aquellas líneas de acción que le permitan aplicar tanto sus conocimientos técnicos como los principios éticos generales al caso individual, respeto la dignidad inconmesurable de cada persona humana. Esta idea está en los Principios de Etica Médica de la AMA: "El médico debe proporcionar cuidados competentes, con compasión y respeto por la dignidad humana."

## **El papel de la prudencia en los juicios de proporcionalidad**

Hemos visto que los juicios de proporcionalidad terapéutica se refieren siempre a situaciones clínicas particulares. En la ponderación de los diferentes elementos en ellos involucrados ha intervenir, por tanto, la virtud de la prudencia. Habría que precisar aquí lo que entendemos por prudencia, puesto que en la actualidad este concepto no tiene un significado unívoco. Como ha propuesto Wildes (1995, p.110), la filosofía contemporánea ha identificado la prudencia con la noción de defensa de intereses personales. Sin embargo, esto no corresponde al concepto clásico, en que la prudencia es concebida como una virtud cardinal, que confiere una sabiduría moral práctica. Es decir, la prudencia se refiere a la habilidad de tomar decisiones acerca de lo que debe hacerse o evitarse en una situación particular, a la luz conocimientos morales generales. El hombre prudente es el que posee el sentido común o la sabiduría práctica a la hora de actuar. En la tradición judeo-cristiana, las decisiones de rechazar o limitar terapias médicas se basan en un juicio prudencial, que busca discernir la voluntad de Dios en una situación concreta.

Toda decisión de limitar terapias se apoya, en última instancia, un juicio de conciencia. De la concepción de la conciencia como norma próxima de moralidad (Veritatis Splendor, 1993) o ley práctica que gobierna nuestros actos concretos, se deriva el deber moral de respetar los juicios de conciencia de cada persona. Por consiguiente, las mismas razones que obligan al

médico a respetar las decisiones de sus pacientes, fundamentan el derecho que tiene el médico a no ser forzado a obrar en contra de su conciencia y de lo que le dicta el estado actual de su arte. Si en algún caso excepcional existiera una discrepancia de opiniones importante, que persistiera aún después de optimizar los esfuerzos de comunicación, un médico podría verse obligado a derivar al paciente que solicite intervenciones que él objete en conciencia. "No puede exigirse al médico que viole sus valores personales fundamentales, ni las normas que dicta la de práctica científica, la ética, o la ley." (ACP Ethics Manual 1992, p.948).

## Conclusión

Como criterio moral para legitimar las decisiones de limitar terapias médicas se ha propuesto el principio de proporcionalidad terapéutica. Todo juicio de proporcionalidad terapéutica incluye tanto aspectos cuantitativos como cualitativos referentes a los medios y al fin. A pesar de que ambos aspectos están estrechamente vinculados, resulta metodológicamente útil hacer un esfuerzo por separarlos. Se podría decir así, simplificando, que la evaluación del componente cuantitativo de un juicio de proporcionalidad corresponde principalmente al médico en virtud de su capacidad técnica, mientras que la valoración del componente cualitativo debe involucrar necesariamente al paciente y/o sus familiares, en virtud del principio de autonomía. La correcta aplicación del principio de proporcionalidad terapéutica presupone una concepción personalista de la práctica médica y exige actitudes morales fundamentales, como el respeto por la dignidad de cada persona humana y la compasión. Cuando se aplica en este espíritu personalista, el principio de proporcionalidad resulta muy útil para discernir acerca de la legitimidad moral de decisiones de rechazar o limitar terapias médicas en el actual estado del desarrollo tecnológico.

## Referencias escogidas

1. American Medical Association. Principles of Medical Ethics. Chicago, Illinois: AMA, 1981.
2. American College of Physicians. ACP Ethics Manual. Third Edition. Ann Intern Med 1992; 117: 947-960.
3. Christensen K. Applying the concept of futility at the bedside. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 1992; 1: 239-248.
4. Dougherty Ch, Purtilo R: Physician's duty of compassion. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 1995; 4: 426-433.
5. Juan Pablo II. Veritatis Splendor. En: Encíclicas de Juan Pablo II, Madrid: EDIBESA, 1993.
6. Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la Salud. Carta a los Agentes de la Salud. Buenos Aires: Ed. Paulinas, 1994.
7. Schneiderman L. Commentary: Bringing clarity to the futility debate: Are the cases wrong? Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 1998; 7: 269-278.
8. Schneiderman L, Jecker N, Jonsen A. Medical futility: Its meaning and ethical implications. Ann. Intern. Med. 1990; 112: 949-954.
9. Wildes, K: Conserving life and conserving means: Lead us not into temptation. In: Philosophy and Medicine 51, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995.