

**MEDIOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS DE CONSERVACIÓN DE LA VIDA:
LA ENSEÑANZA DE LA TRADICIÓN MORAL¹**

Paulina Taboada, MD, PhD

**Profesor Adjunto
Directora Centro de Bioética
Pontificia Universidad Católica de Chile**

Dirección electrónica: ptaboada@med.puc.cl

Dirección postal: **Centro de Bioética
Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile
Casilla 193, Correo 22
Santiago - Chile**

¹ Conferencia dictada durante el Congreso Científico Internacional: “*Accanto al malato inguaribile e al morente: aspetti scientifici ed etici*”. XIV Asamblea General, Pontificia Academia para la Vida (Roma, 25-27 Febrero 2008)

I. INTRODUCCIÓN ^{2,3}

La tradición moral de la Iglesia Católica ha hecho un significativo aporte para responder la pregunta por los límites del deber de preservar la salud y la vida, al proponer la distinción entre medidas ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’. Los organizadores de este Congreso me han solicitado que ofrezca una breve revisión de esta enseñanza tradicional. Al realizar esta revisión, un médico con formación filosófica - como yo - no puede dejar de preguntarse acerca del modo en que esta doctrina está presente, iluminando la literatura bioética y la práctica médica hoy. Una rápida búsqueda en las principales bases de datos médicas (e.g. PubMed, MeSH, etc.) permite encontrar cerca de un centenar de referencias.⁴ Podría parecer que la clásica distinción entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’ hubiese sido incorporada al lenguaje de la ética médica contemporánea.⁵ Sin embargo, la literatura pone en evidencia ciertas ambigüedades e incongruencias en la interpretación y aplicación de la enseñanza tradicional, lo que refleja que su contenido no siempre es comprendido adecuadamente.

Por tanto, en lo sucesivo me referiré fundamentalmente a dos aspectos:

1. El desarrollo histórico y el contenido esencial de la clásica distinción entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’ de conservación de la vida.
2. Algunas formas de interpretación y aplicación inadecuadas de esta enseñanza en el campo de la ética médica hoy.

² Agradezco sinceramente al Presidente y al Consejo Directivo de la Pontificia Academia para la Vida la invitación a participar en este Congreso Internacional, dedicado a analizar los aspectos científicos y éticos relacionados con la atención a los moribundos. Esta oportunidad de poner mi trabajo académico al servicio de la Iglesia y del Evangelio de la Vida constituye para mí un motivo de especial alegría, que agradezco profundamente.

³ Agradezco los valiosos aportes y comentarios recibidos de Alfonso GÓMEZ-LOBO, Alejandro SERANI y William F. SULLIVAN durante la elaboración de este texto.

⁴ Cabría notar aquí que un centenar de referencias no es mucho, si se compara con las miles de referencias que suelen obtenerse cuando se consultan palabras clave como ‘utilidad/futilidad’, ‘orden de no reanimar’, ‘testamento vital’, etc.

⁵ Cf. Editorial, *Ordinary and extraordinary means*. J Med Eth, 1981, 7 (2): 55-56.

II. DESARROLLO HISTÓRICO Y CONTENIDO ESENCIAL DE LA TRADICIONAL DISTINCIÓN ENTRE MEDIOS ‘ORDINARIOS’ Y ‘EXTRAORDINARIOS’.

Una revisión histórica y sistemática de la tradicional distinción entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’ no necesita partir *de novo* hoy. Afortunadamente, contamos con excelentes contribuciones de autores como Mons. Daniel Cronin⁶ (Arzobispo de Hartford, USA), los sacerdotes jesuitas norteamericanos Gerard Kelly⁷ y Kevin Wildes⁸ y – más recientemente – Mons. Maurizio Calipari⁹. Basándome fundamentalmente en las contribuciones de estos autores y otros, resumiré brevemente el desarrollo histórico y el contenido esencial de esta enseñanza tradicional.¹⁰

2. 1. Análisis histórico y sistemático de la enseñanza tradicional.

La existencia de un deber moral ‘positivo’ de cuidar la salud y la vida - propia y ajena – ha sido reconocida desde los orígenes del Cristianismo. Ya en los escritos de San Basilio (329 – 379) encontramos párrafos destinados a elogiar el arte médico como un don divino que nos permite

⁶ Cf. CRONIN D., *Conserving human life*, in SMITH R. (Ed.), *Conserving human life*, Massachusetts: Pope John XXIII Medical-Moral Research and Educational Center, 1989: 1 - 145.

⁷ Cf. KELLY G., *The Duty to Preserve Life*. Theological Studies 1951, 12: 550 - 556.

⁸ Cf. WILDES K., *Conserving Life and Conserving Means: Lead us not into Temptation*. In: *Philosophy and Medicine* 51, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995. Cf. también: WILDES K., *Ordinary and extraordinary means and the quality of life*. Theological Studies 1996, 57 (3): 500 – 512.

⁹ Cf. CALIPARI M., *Curarse y hacerse curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico*. Buenos Aires: Educa, 2007. Cf. también: CALIPARI M., *The principle of proportionality in therapy: foundations and applications criteria*. NeuroRehabilitation 2004, 19 (4): 391 – 7.

¹⁰ El contenido de esta sección está basado fundamentalmente en las contribuciones de CALIPARI, 2004, 2007, CRONIN, 1989 y WILDES, 1995, 1996, así como también en los artículos de McCARTNEY J.J., *The Development of the Doctrine of Ordinary and Extraordinary Means of Preserving Life in Catholic Moral Theology Before the Karen Quinlan Case*. Linacre Quarterly 1980 Aug, 47 (3): 215 – 24 y MEILAENDER G., *Questio Disputata. Ordinary and Extraordinary Treatments: When does quality count?* Theological Studies 1997, 58 (3): 527 – 31.

aliviar a los enfermos.¹¹ Sin embargo, teniendo en mente a la medicina, San Basilio condenó “todo aquello que requiera una indebida cantidad de reflexión o preocupación o que suponga una gran inversión de esfuerzo y cause que toda la vida gire en torno a la solicitud por la carne.”¹² Esta cita invita a una reflexión teológica sobre los límites del deber moral de preservar la vida (física), reflexión que los moralistas del siglo XVI llevarían a cabo desarrollando la tradicional distinción entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’.

2.1.1. Tratado sobre el suicidio y distinción entre preceptos ‘positivos’ y ‘negativos’.

Para el desarrollo de esta enseñanza, los moralistas de la tradición se basaron fundamentalmente en los conceptos previamente expuestos por Santo Tomás de Aquino (1225 - 1274) en su análisis del suicidio y la mutilación (cuestiones 64 y 65 de la *Secundae Secundae*).¹³ El análisis del Doctor Angélico muestra que no sólo existe una obligación moral ‘negativa’ de no privarse voluntariamente de la propia vida (mediante el suicidio), sino que existe también una obligación ‘positiva’ de usar los medios necesarios para conservar la vida (física). Esta idea dará origen a la reflexión teológica sobre los deberes ‘positivos’ relacionados con el cuidado y la preservación de la salud y vida (propia y ajena).

Siguiendo a Santo Tomás, la tradición ha distinguido entre los preceptos ‘afirmativos’ (*bonum est faciendum*) y los preceptos ‘negativos’ (*malum vitandi*) de la ley natural, proponiendo que las prescripciones ‘negativas’ obligan siempre y bajo cualquier circunstancia (*semper et pro semper*),

¹¹ “Each of the arts is God’s gift to us, remedying the deficiencies of nature...the medical art was given to us to relieve the sick, in some degree at least.” Cf. ST. BASIL: *The long rules* (Transl. Sister Monica Wagner). Washington D.C: Catholic University of America Press, 1962: 330-31. Citado en: ENGELHARDT T. & SMITH A., *End-of-life: the traditional Christian view*. The Lancet 2005, 366: 1047.

¹² Traducción propia de la cita en inglés: “whatever requires an undue amount of thought or trouble or involves a large expenditure of effort and causes our whole life to revolve, as it were, around the solicitude for the flesh.” Cf. ST. BASIL, *The long rules* (Transl. Sister Monica Wagner). Washington D.C: Catholic University of America Press, 1962: 330-31. Citado en: ENGELHARDT T. & SMITH A., *End-of-life: the traditional Christian view*, The Lancet 2005, 366: 1047.

¹³ Cf. SANTO TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, II - II, q. 64, a. 5; q. 65, a. 1.

mientras que los preceptos ‘afirmativos’ obligan siempre, pero no en todas las circunstancias (*semper sed non pro semper*). La razón es que los preceptos afirmativos (*bonum est faciendum*) nos instan a cumplir todo el bien posible en una determinada situación, pero ese bien podría verse limitado si existen causas proporcionalmente graves que así lo justifiquen. Por el contrario, los preceptos ‘negativos’ (*malum vitandi*) no admiten límites en su cumplimiento. La prohibición de realizar el mal moral vale siempre y obliga en toda circunstancia, pues nada podría excusarnos de la obligación de abstenernos de cometer un mal moral.¹⁴ Esta distinción básica entre preceptos negativos y afirmativos se aplica también al bien de la vida humana y al deber moral de conservarla.¹⁵

2.1.2. Avances de la medicina del Renacimiento y desarrollo de la enseñanza tradicional.

La aplicación formal de estos conceptos a la pregunta por los límites de la obligación moral de preservar la salud y la vida mediante la utilización de terapias médicas comenzó a realizarse de un modo sistemático recién a partir del siglo XVI, gracias al trabajo de algunos famosos comentadores de Santo Tomás de Aquino, como Francisco de Vitoria, Domingo de Soto y el Cardenal Juan de Lugo, por nombrar sólo algunos.

Los avances de la medicina del Renacimiento obligaron a los moralistas de la época a abordar directamente la pregunta por las causas que podrían eximir a un cristiano del deber moral de preservar la salud y la vida mediante el recurso a las nuevas terapias que la medicina comenzaba a ofrecer. Cabe recordar que fue precisamente en el siglo XVI cuando Vesalio (1514 – 1564) publicó su libro *De humani corporis fabrica* (1542), que dio origen al estudio de la anatomía, como la

¹⁴ Cf. JUAN PABLO II, *Veritatis Splendor*, Ciudad del Vaticano, 1993, n. 52. Cf. también CONCILIO ECUMÉNICO VATICANO II, *Constitución pastoral Gaudium et Spes (sobre la Iglesia en el mundo actual)*, n. 10; SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración Persona Humana (acerca de ciertas cuestiones de ética sexual)*, 4: AAS 68 (1976): 80.

¹⁵ CALIPARI, *Curarse y...* p. 159.

entendemos hoy; Harvey (1578 – 1657) hizo los descubrimientos que le llevaron a proponer la teoría de la circulación sanguínea; y Sydenham (1624 – 1689) publicó su libro *Observationes medicae* (1676), con una descripción sistemática de las enfermedades, introduciendo así el método de observación científica a la práctica clínica.

Estos descubrimientos hicieron posible el desarrollo de nuevas terapias, como - por ejemplo - la amputación quirúrgica. Frente a estos avances de la medicina del Renacimiento, los moralistas se vieron en la necesidad de explorar los límites de la obligación moral de conservar la salud y la vida mediante la utilización de estas nuevas técnicas. Así, entre los problemas concretos que se plantearon está, por ejemplo, la duda acerca del deber moral de someterse a una amputación quirúrgica, en una época en la que la asepsia y la técnica anestésica aún no se conocían.

Entre los comentaristas de Santo Tomás que abordaron los ‘nuevos’ problemas morales destaca Francisco de Vitoria (1483 - 1546), cuyos escritos sentaron las bases para el desarrollo de la enseñanza tradicional que distingue entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’. En sus famosas *Relectiones Theologiae*, Vitoria trata algunos problemas morales vinculados con la conservación de la vida mediante la ingesta de alimentos. De acuerdo con el Aquinate, sus argumentos a favor de la existencia de una obligación moral de alimentarse se basan en la inclinación natural a la auto-conservación, en el amor a sí mismo y en la maldad del suicidio.¹⁶ En un famoso pasaje, Vitoria afirma:

¹⁶ Argumentando acerca de la maldad moral del suicidio, el Doctor Angélico propuso fundamentalmente tres razones (Cf. SANTO TOMÁS DE AQUINO: *Summa Theologiae*, II- II, q. 64, a. 5):

- La primera se refiere a la violación de la ley natural, según la cual todo hombre se ama a sí mismo y tiende a la auto-conservación, resistiendo todo lo que pueda destruirlo.
- La segunda se funda en el hecho de que todo individuo es parte de un todo social. Suicidándose cometería un agravio a la comunidad humana a la que pertenece, pues la privaría de uno de sus miembros.
- La tercera razón se basa en la pertenencia radical de toda vida humana a Dios Creador, que la ha querido y que la mantiene en la existencia. Por tanto, privarse de la propia vida supondría un agravio a Dios, arrogándose el hombre el derecho de juzgar acerca del valor de la propia existencia, sin tener su ‘jurisdicción’ sobre ella, pues el juicio sobre la vida y la muerte pertenece sólo a Dios.

“que si un enfermo puede tomar alimento con alguna esperanza de vida, tiene obligación de tomarlo, como se tiene también de dárselo si no puede él tomarlo.

[...] si el decaimiento de espíritu es tan grande y tanta la alteración del apetito, que sólo con gran trabajo y casi con cierto tormento puede el enfermo tomar alimento, entonces se considera como imposibilitado y se excusa de pecado, por lo menos mortal, principalmente cuando es escasa la esperanza de vida, o nula.”¹⁷

Por tanto, a pesar de afirmar que existe un deber moral de auto-conservación a través de la ingesta de alimentos, Vitoria sostiene que una persona enferma podría ser excusada de pecado mortal si experimentara una imposibilidad moral en el cumplimiento de ese deber, especialmente si su esperanza de vida fuese escasa o nula. De acuerdo con la mentalidad de la época, Vitoria centra su análisis fundamentalmente en la obligación moral de la persona enferma. Este enfoque es característico de los moralistas del Renacimiento, que estaban interesados en identificar aquellos elementos que podrían excusar a una persona de pecado mortal en caso de no recurrir a los ‘nuevos’ medios de conservación de la vida que la medicina ponía a su disposición. Desde esta perspectiva, centrada en los deberes del enfermo, Vitoria contrasta la obligación moral de alimentarse con la obligación de utilizar terapias médicas y concluye que:

“... No es lo mismo de la medicina que del alimento. Pues el alimento es de suyo medio ordenado a la vida animal y natural, mas no la medicina, y no tiene el hombre obligación de echar mano de todos los medios posibles para conservar la vida, sino de los medios de suyo ordenados a ello.

Segundo, que una cosa es morir por defecto de alimento, lo que se imputaría al hombre [...] y otra cosa morir en fuerza de una enfermedad que ha invadido el cuerpo naturalmente. Y así, no comer fuera matarse; mas no tomar la medicina fuera no impedir la muerte que amenaza [...] una cosa es no alargar la vida y otra cosa acortarla. Lo segundo es siempre ilícito, mas no lo primero.

¹⁷ Cf. VITORIA F., *Relecciones Teológicas* (trad. del latín por Jaime Torrubiano), Argentina: Ed. Enero, 1946. *Relecciones de la Templanza*, p. 448.

Cf. cita en latín:

*"Ad argumentum in contrarium [...] secundo dico quod si aegrotus potest sumere cibum vel alimentum cum aliqua spe vitae, tenetur sumere cibum, sicut teneretur dare aegrotanti. Tertio dico, quod si animi deiectio tanta est et appetitivae virtutis tanta consternatio, ut non nisi per summum laborem et quasi cruciatum quendam aegrotus possit sumere cibum, iam reputatur quaedam impossibilitas et ideo excusatur, saltem a mortali; maxime ubi est exigua spes vitae aut nulla". Cf. VITORIA F. *Relecciones Theologicae*, Lugduni, 1587, *Relectio de Temperantia* n. 1, citado en: CALIPARI, *Curarse y...* p. 96.*

Tercero, que si alguno tuviese certidumbre moral de que por la medicina habría de recobrar la salud y sin la medicina moriría, no parece que se pueda excusar de pecado mortal.”¹⁸

Esta analogía con el deber moral de alimentarse - introducida por Vitoria en la *Relectio de Temperancia* – le lleva a proponer que la justificación de la obligación de utilizar terapias médicas se funda en la ‘certeza moral’ de sus eventuales beneficios, entendidos como la posibilidad de recuperar la salud y de prevenir una muerte evitable. Por otro lado, en la *Relectio de Homicidio*, Vitoria sostiene que aún en aquellos casos en los que el recurso a la medicina pudiese servir para prolongar un poco la vida, una persona podría estar eximida del deber moral de utilizarlo si existiesen condiciones que le causen una ‘imposibilidad moral’ como – por ejemplo – un gasto excesivo:

“[...] En el caso que se ha planteado creo que la persona no está obligada a dar todo su patrimonio para conservar la vida [...]. De esto resulta que, si uno se enfermase sin esperanza de vida, admitiendo que un cierto fármaco precioso pudiera procurarle horas o incluso días de vida, aquél no estaría obligado a comprarlo, sino que sería suficiente utilizar los remedios comunes.”¹⁹

2.1.3. Naturaleza de los medios ‘ordinarios’.

De este modo, en los escritos de Francisco de Vitoria encontramos el reconocimiento explícito de dos requisitos que la tradición ha reconocido como fundantes de la obligatoriedad moral de los medios ‘ordinarios’ de conservación de la vida:

¹⁸ Cf. VITORIA F. *Relecciones Teológicas... Relecciones de la Templanza*, p. 449.

Cf. Cita en latín:

“...aliud est non protelare vitam, aliud est abrumpere: nam ad primum non semper tenetur homo et satis est quod det operam per quam homo regulariter potest vivere; nec puto, si aeger non posset habere pharmacum nisi daret totam substantiam suam, quod teneretur facere”. Ibid. n. 12 - “...non tenetur quis uti medicinis ad prolongandam vitam, etiam ubi esset probabile periculum mortis, puta quotannis sumere pharmacum ad vitandas febres, vel aliquid huiusmodi”. Cf. VITORIA F. *Relecciones Theol... Relectio de Temperantia* n. 9, citado en: CALIPARI, *Curarse y...* p. 96.

¹⁹ Cf. VITORIA F. *Relecciones Teológicas... Relección del Homicidio*, p. 487.

Cf. Cita en latín:

“Unde in casu posito credo quod non tenetur dare totum patrimonium pro vita servanda [...]. Ex quo etiam infertur quod cum aliquis sine spe vitae aegrotat, dato quod aliquo pharmaco pretioso posset producere vitam aliquot horas, aut etiam dies, non tenetur illud emere, sed satis erit uti remediis communibus”. Cf. VITORIA, *Relecciones Theol... Relectio de Homicidio*, n. 35, en: CALIPARI, *Curarse y...* p. 97.

1. la esperanza obtener un beneficio razonable (entendido como recuperación de la salud o prevención de una muerte evitable). Los moralistas de la tradición suelen designar este requisito con la expresión latina *spes salutis*, que en la literatura médica contemporánea podría corresponder al - tan debatido - criterio del ‘beneficio’ o la ‘utilidad’ científico-técnica de la medida;²⁰ y
2. la ausencia de una imposibilidad física o moral en su utilización por parte del individuo (designada con la expresión latina *quaedam impossibilitas*).²¹

La tradición sostiene que ambas condiciones deben cumplirse simultáneamente para que un medio pueda ser definido como ‘ordinario’ y – por tanto – moralmente obligatorio.²² Así, entre las expresiones que los moralistas de la tradición utilizaron para describir la naturaleza de los ‘medios ordinarios’ están:²³

- “esperanza de salud”(*spes salutis*);
- “medios comunes”(*media communia*);
- “según la proporción del estado” (*secundum proportionem status*);
- “medios fáciles” (*media facilia*); y
- “medios no difíciles” (*media non difficilia*)

²⁰ Entrar en el debate acerca de los conceptos de ‘utilidad’/‘futilidad’ médica sobrepasaría los límites de este trabajo. Se podrían mencionar aquí, no obstante, algunas referencias. Cf. SCHNEIDERMAN L., *Commentary: Bringing Clarity to the Futility Debate: Are the Cases Wrong?* Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 1998; 7: 269-278; SCHNEIDERMAN L., JECKER N., JONSEN A., *Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications*. Ann Intern Med. 1990; 112: 949-954; SCHNEIDERMAN L., FABER-LANGENDOEN K., JECKER N., *Beyond Futility to an Ethical Care*. Am J Med. 1994; 96: 110-114; SCHNEIDERMAN L., JECKER N. et al., *Medical Futility: Response to Critiques*. Ann Intern Med. 1996; 125: 669-674; CHRISTENSEN K., *Applying the Concept of Futility at the Bedside*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 1992; 1: 239-248.

²¹ Cf. CRONIN, *Conserving...*, p. 102.

²² Cf. WILDES, *Ordinary and...*, p. 506.

²³ Cf. CRONIN, *Conserving...*, pp. 84 - 98. Cf. también CALIPARI, *Curarse y...* pp. 151 – 158.

Es llamativo que, para describir los medios ‘ordinarios’, en los textos clásicos se utilicen con frecuencia formulaciones ‘negativas’, en el sentido de definir como medios ordinarios aquellos cuyo uso *no* tiene las características típicas de los medios extraordinarios.²⁴ Dado que - como veremos más adelante - los principales elementos que connotan el carácter ‘extraordinario’ de un medio de conservación de la vida se refieren a diversas dificultades ligadas a su empleo, un recurso que los moralistas de la tradición utilizaron para describir el carácter ‘ordinario’ de un medio de conservación de la vida fue precisamente la negación de graves dificultades (físicas o morales).

2.1.4. Naturaleza de los ‘medios extraordinarios’ y causas de imposibilidad moral.

Desarrollando esta idea, los moralistas del Renacimiento²⁵ realizaron importantes esfuerzos por identificar las diversas causas de imposibilidad física o moral que una persona podría experimentar en la utilización de los medios de conservación de la vida. Así, por ejemplo, analizando el problema de la obligatoriedad moral de someterse a una amputación quirúrgica (en la era pre-anestésica), Domingo de Soto (1494 - 1570) concluye que los superiores de una orden religiosa no podrían obligar a sus subalternos - sometidos bajo el voto de obediencia - a recurrir a intervenciones que les causen un dolor enorme (*ingens dolor*), pues nadie estaría obligado a sufrir tantos tormentos (*cruciatu*) para conservar su vida.²⁶

De este modo, la identificación de las diversas causas de imposibilidad física o moral que una persona pudiese experimentar para utilizar las ‘nuevas’ terapias de la medicina del Renacimiento sirvió para que los comentaristas de Santo Tomás desarrollaran y precisaran progresivamente el

²⁴ Cf. CALIPARI, *Curarse* y... pp. 156 – 157.

²⁵ Me refiero, por ejemplo, a Domingo de Soto, Luis de Molina, Domingo Bañez, Francisco Suárez, Juan de Lugo, etc.

²⁶ Cf. SOTO [D.], *Theologia Moralis, Tractatus de Justitia et Jure*, Lib. V, q. 2, art. 1 - "... *praelatus vero cogere posset subditum propter singularem oboedientiam illi promissam, ut medicamina admittat quae commode recipere potest. At vero quod ingentissimum dolorem in amputatione membri aut corporis incisione ferat, profecto nemo cogi potest: quia nemo tenetur tanto cruciatu vitam servare. Neque ille censendus est sui homicida. Imo vera est illa Romani vox dum crus illi aperietur: Non est tanto dolore digna salus.*" En: CALIPARI, *Curarse* y... p. 97.

contenido de la enseñanza moral tradicional acerca de los límites del deber moral de preservar la vida mediante la distinción entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’.

Entre las posibles causas de imposibilidad física, podríamos mencionar que la medida simplemente no esté disponible o que no pueda ser utilizada; que las condiciones físicas del enfermo sean incompatibles con su uso; etc.²⁷ Entre las expresiones que los moralistas de la tradición utilizaron para designar las causas de imposibilidad moral destacan:²⁸

- “Sumo esfuerzo” (*sumus labor*) y “medios bastante duros” (*media nimia dura*);
- “Cierta tormento” (*quidam cruciatus*) y “enorme dolor” (*ingens dolor*);
- “Costo extraordinario” (*sumptus extraordinarius*), “medios valiosos” (*media pretiosa*) y “medios exquisitos” (*media exquisita*);
- “Horror severo” (*vehemens horror*).

Es así como se originó la enseñanza tradicional que sostiene que un medio de conservación de la vida que suponga para un individuo al menos uno de estos cuatro elementos de ‘imposibilidad moral’ o que no sea capaz de ofrecerle un beneficio razonable, debería ser considerado como ‘extraordinario’ y – por tanto - moralmente no-obligatorio (facultativo). Por el contrario, aquellos medios capaces de ofrecer un beneficio razonable (*spes salutis*) y que no impongan cargas excesivas para el paciente (*summus labor*), deben considerarse como ‘ordinarios’ y - por consiguiente - moralmente obligatorios.

Como dato anecdótico, cabría mencionar que fue Domingo Bañez (1528 – 1604) quien - en 1595 - introdujo los términos ‘ordinario’ y ‘extraordinario’ en el debate acerca de la obligatoriedad moral

²⁷ Cf. CALIPARI, *Curarse y...* p. 160.

²⁸ Cf. CRONIN, *Conserving...*, pp. 98 - 112. Cf. también CALIPARI, *Curarse y...* pp. 158 - 166

de los medios de conservación de la vida.²⁹ Por tanto, fue recién a fines del Siglo XVI cuando los moralistas comenzaron a articular sus enseñanzas mediante las expresiones ‘medio ordinario’ y ‘medio extraordinario’.³⁰

2.1.5. Norma absoluta vs. norma relativa.

De lo hasta aquí dicho se desprende que, de acuerdo con las enseñanzas de la tradición, la distinción entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’ no se refiere primariamente al tipo de medio en general, sino más bien al carácter moral que la utilización de ese medio tiene para una persona en particular. Se trata de una distinción centrada en la persona del enfermo y en su obligación moral de cuidar su salud y su vida.³¹ Por tanto, los elementos que se deben tomar en cuenta para determinar el grado de obligatoriedad moral de un determinado medio de conservación de la vida más que describir los aspectos técnicos del medio en cuestión tienden a caracterizar la situación particular por la que atraviesa el enfermo.

Cabe preguntarse, entonces, si para definir el carácter ‘extraordinario’ (i.e. no-obligatorio) de un medio de conservación de la vida en un caso concreto bastaría con identificar algún elemento que cause una imposibilidad física o moral para esa persona en particular (norma relativa) o si habría

²⁹ McCARTNEY J.J., *The Development of the Doctrine of Ordinary and Extraordinary Means of Preserving Life in Catholic Moral Theology Before the Karen Quinlan Case*. Linacre Quarterly 1980 Aug, 47 (3): 216.

³⁰ Bañez destacó que, aunque es razonable afirmar que toda persona está obligada a poner los medios necesarios para conservar su propia vida, nadie estaría obligado a emplear medios ‘extraordinarios’, sino sólo aquellos medios que son comunes a todos, como la alimentación, el vestido o las medicinas ordinarias. Por el contrario, aquellos medios que causen un dolor insoportable, supongan un excesivo esfuerzo o causen gastos extraordinarios y desproporcionados a las condiciones de vida del enfermo (*sumptus extraordinarius*) no podrían ser moralmente exigibles para esa persona. Cf. JANINI J., *La operación quirúrgica, remedio ordinario*. Revista Española de Teología 1958; 18: 331 – 348.

³¹ CALIPARI recalca esta idea del siguiente modo:

“Lo que distingue el pensamiento de la tradición sobre el tema en estudio es la gran atención que estos autores han mostrado frente a la persona humana. Es justamente la persona, en efecto, con su dignidad peculiar e inalienable resultante de haber sido creada “a imagen y semejanza de Dios” y cuyo destino se cumple en plenitud en la vida eterna, es decir en la comunión plena y definitiva con la Santísima Trinidad, la que está firmemente en el centro de todo razonamiento moral; constituye la verdadera “norma”, la medida de los principios y de los análisis éticos propuestos, cuyo único fin es guiar las decisiones y las acciones de los individuos singulares, en un campo tan delicado como el de la conservación de la vida, hacia el logro del bien auténtico e integral de la persona necesitada de cuidados .” Cf. CALIPARI, *Curarse y...* p. 166-167.

que referirse, más bien, a aquellas circunstancias que causen imposibilidad a todos los seres humanos en general (norma absoluta). De acuerdo con la tradición, bastaría con adoptar la ‘norma relativa’ a la hora de definir el carácter ‘ordinario’ o ‘extraordinario’ de un medio de conservación de la vida. Sin embargo, es necesario hacer algunas precisiones. En caso de existir una imposibilidad física no resulta difícil concluir que la persona puede ser excusada del deber de conservar su vida, según el clásico aforismo ‘nadie está obligado a lo imposible’ (*nemo ad impossibilia tenetur*).³² Sin embargo, cuando se trata de una imposibilidad moral se debe tener en cuenta la distinción entre preceptos negativos y afirmativos. Dado que los primeros obligan siempre y en toda circunstancia (*semper et pro semper*), no cabría justificar una acción que viole directamente un precepto negativo, ni siquiera aduciendo una pretendida imposibilidad moral para obrar de otra manera. Pero cuando nos referimos a los deberes positivos relacionados con el cuidado y la conservación de la vida, la existencia de una imposibilidad moral podría eximir de su cumplimiento.³³ Es, por tanto, en el ámbito de los deberes positivos relacionados con la conservación de la vida donde sería suficiente con adoptar la ‘norma relativa’ para definir el carácter ‘ordinario’ (i.e. moralmente obligatorio) o ‘extraordinario’ (no-obligatorio) de un medio.³⁴ Es decir, lo que es ‘ordinario’ o ‘extraordinario’ para un paciente en una determinada condición clínica, podría no serlo para otro paciente en una situación similar o incluso para el mismo paciente en otras circunstancias.³⁵

2.1.6. Fundamento teológico de la enseñanza tradicional.

³² Cf. CALIPARI, *Curarse y...* p. 160.

³³ *Ibid.* p. 161

³⁴ Cf. CRONIN, *Conserving...*, pp. 91 – 92; KELLY, *The duty...* p. 214; CALIPARI, *Curarse y...* pp. 166 – 168.

³⁵ Cf. CALIPARI, *Curarse y...* pp. 166 – 168.

Otra cuestión que debemos analizar en relación al contenido de la enseñanza tradicional se refiere a su fundamentación. Siguiendo a Santo Tomás, los moralistas de la tradición entendieron el deber moral de conservar la vida en el contexto de la virtud de la justicia y, en particular, de la justicia conmutativa.³⁶ De hecho, el Aquinate abordó el tema del suicidio en su tratado sobre la virtud de la justicia.³⁷ No nos debe sorprender – por tanto - que al analizar los fundamentos del deber moral de preservar la vida, el Cardenal Juan de Lugo, S.J. (1583 – 1660) recalcará la diferencia radical que existe entre el dominio que el hombre tiene sobre las cosas y el dominio que tiene sobre su propia vida. Así, mientras una persona puede afirmar que las cosas le pertenecen, no sería correcto afirmar que su vida le pertenece de igual modo. Dado que la vida es un don, la persona no tiene perfecto dominio sobre ella, sino que es más bien su administrador.³⁸

La vida (física) es reconocida por los moralistas de la tradición como un bien fundamental y primario de la persona, pero no como un bien absoluto, pues sólo la eterna bienaventuranza puede ser considerada como un bien absoluto.³⁹ La enseñanza clásica que distingue entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’ afirma que el deber positivo de conservar y promover este bien primario (la vida física) admite algunos límites circunstanciales (como todas las prescripciones morales positivas). Sin embargo, dada la importancia del valor que está en juego - la vida de una persona - se pide realizar todos los esfuerzos que sean razonables para tutelarla. Por tanto, sólo causas proporcionadamente graves podrían eximir de los deberes positivos relacionados con la conservación de la vida.

³⁶ Cf. CALIPARI, *The principle...* p. 393.

³⁷ Cf. SANTO TOMÁS DE AQUINO: *Summa Theologiae*, II- II, c. 64, a.5. Como hemos recordado anteriormente, al argumentar acerca de la maldad moral del suicidio, el doctor *Angélico* propuso fundamentalmente tres razones. El tercer argumento se basa en la pertenencia radical de toda vida humana a Dios Creador, que la ha querido y que la mantiene en la existencia. Por tanto, privarse de la propia vida supondría un agravio a Dios, arrogándose el hombre el derecho de juzgar acerca del valor de la propia existencia, sin tener su ‘jurisdicción’ sobre ella, pues el juicio sobre la vida y la muerte pertenece sólo a Dios.

³⁸ Cf. JUAN PABLO II: *Evangelium Vitae*, Ciudad del Vaticano, 1995, n. 34.

³⁹ Cf. CALIPARI, *Curarse y...* p. 167; Cf. también CALIPARI, *The principle...* p. 393.

La salud, en cuanto calidad positiva de la vida física, también merece ser conservada y custodiada. “Subsiste así el deber de curarse y de hacerse curar.”⁴⁰ La tradicional distinción entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’ ofrece los criterios para establecer los límites de esta obligación moral positiva, afirmando que es moralmente obligatorio el uso de terapias ‘ordinarias’ y moralmente facultativo el empleo de las terapias ‘extraordinarias’. Sin embargo, una adecuada comprensión y aplicación de esta enseñanza tradicional a los casos particulares se apoya en la premisa de que toda vida humana merece un respeto incondicionado – desde su concepción hasta la muerte natural – en razón de su dignidad ontológica. Al margen de esta concepción antropológica es fácil que el contenido de esta enseñanza tradicional sea interpretado y aplicado en forma inadecuada, como ocurre con alguna frecuencia en la actualidad.

2. 2. Incorporación de la enseñanza tradicional en los documentos del Magisterio.

La enseñanza tradicional, propuesta por los moralistas del siglo XVI, se transmitió durante alrededor de cinco siglos sin grandes variaciones. Su vigencia actual ha sido reconocida oficialmente por la Iglesia Católica, que en el siglo XX ha incorporado esta doctrina en algunos documentos magisteriales. Dado que los pronunciamientos del Magisterio han sido analizados en profundidad por el Prof. John Haas (en este volumen), me limitaré a ofrecer aquí una breve enumeración de algunos de estos documentos, con el propósito de destacar la confirmación que ha dado la Iglesia a la enseñanza tradicional en el contexto de los avances de la medicina contemporánea, avances que indudablemente plantean ‘nuevos’ y complejos desafíos a la pregunta por los límites del deber moral de conservar la vida.

⁴⁰ Cf. CALIPARI, *Curarse y...* p. 167

- Es bien conocido que - en el año 1957 – el Papa Pío XII aplicó la clásica distinción entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’ en su discurso a un grupo de anestesistas, que le consultaba por la obligatoriedad moral del uso de las (entonces) ‘nuevas’ técnicas de reanimación cardiopulmonar.⁴¹
- En el año 1981, la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe promulgó la Declaración *Iura et Bona* (sobre la Eutanasia).⁴² En la IV parte de este documento se hace referencia a la distinción entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’ en el contexto de las decisiones de limitar esfuerzos terapéuticos al final de la vida, proponiendo - por primera vez en un documento magisterial - el uso alternativo de los términos terapias ‘proporcionadas’ y ‘desproporcionadas’ (principio de proporcionalidad terapéutica).⁴³ Se afirma que “es lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer”⁴⁴ y que “ante la inminencia de una muerte inevitable [...] es lícito en conciencia la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia.”⁴⁵ También se recalca el deber de no interrumpir los cuidados “normales debidos al enfermo en casos similares.”⁴⁶
- Poco después, en el mismo año 1981, el Pontificio Consejo *Cor Unum* promulga un documento sobre “Cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y moribundos”.⁴⁷ En este documento - conocido por su nombre francés *Dans le Cadre* - también se utiliza la distinción entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’ y se precisa que al juzgar la eficacia

⁴¹ Cf. PIO XII, *Answers to some relevant questions on resuscitation* AAS 49, 24 Noviembre 1957.

⁴² Cf. SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE: *Declaración Iura et Bona (Sobre la Eutanasia)*, Ciudad del Vaticano, 5 Mayo 1980.

⁴³ El origen de esta nueva terminología se adscribe al pensamiento de algunos autores que proponen. Sin embargo, el documento no hace referencia a sus nombres. Cf. CALIPARI, *Curarse y ...* p. 117 + 144.

⁴⁴ Cf. SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE: *Iura et Bona*, n. 28

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ Cf. PONTIFICIO CONSEJO *COR UNUM* : *Dans le Cadre*, Ciudad del Vaticano, 27 Junio 1981.

global de un medio de conservación de la vida se deben tomar en cuenta tanto elementos cuantitativos, como cualitativos. Se insiste en la obligación moral de utilizar los llamados cuidados ‘mínimos’, definidos como aquellas medidas que en condiciones normales están destinadas a mantener la vida de una persona (como, por ejemplo, la alimentación).⁴⁸

- En 1995, el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la Salud, publica la Carta de los Agentes de la Salud,⁴⁹ en la que se propone – entre otras cosas - que la distinción entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’ (o medios ‘proporcionados’ y ‘desproporcionados’) no sólo aplica en las decisiones al final de la vida, sino también en cualquier situación a lo largo de la vida de una persona en la que se plantee la pregunta por la obligatoriedad moral de utilizar una terapia médica.⁵⁰
- El mismo año 1995, Su Santidad el Papa Juan Pablo II, publica la Encíclica *Evangelium Vitae*, que es sin duda el documento magisterial más importante que confirma la enseñanza tradicional. Esta encíclica destaca la diferencia fundamental que existe entre la eutanasia (“que se sitúa en el nivel de las intenciones o de los métodos usados”⁵¹) y el rechazo al llamado ‘ensañamiento terapéutico’ (es decir, el recurso a “ciertas intervenciones médicas ya no adecuadas a la situación real del enfermo, por ser desproporcionados a los resultados que se podrían esperar, o bien por ser demasiado gravosas para él o su familia”⁵²). La conclusión es que “la renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no equivale

⁴⁸ *Ibid.*, n. 2.4.

⁴⁹ PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD: Carta a los Agentes de la Salud. Ciudad del Vaticano, 1995., n. 64 – 65.

⁵⁰ Cf. CALIPARI, *The principle...* p. 395.

⁵¹ JUAN PABLO II: *Evangelium Vitae*, Ciudad del Vaticano, 1995, n. 65.

⁵² *Ibid.*

al suicidio o a la eutanasia; expresa más bien la aceptación de la condición humana ante la muerte.”⁵³

- Otro documento - indudablemente muy importante - es el Catecismo de la Iglesia Católica, que confirma esta doctrina al afirmar que “conviene evaluar si los medios terapéuticos a disposición son objetivamente proporcionados con respecto a las perspectivas de mejoramiento”.⁵⁴

III. INTERPRETACIONES Y APLICACIONES INADECUADAS DE LA ENSEÑANZA TRADICIONAL EN LA ÉTICA MÉDICA CONTEMPORÁNEA.

Si bien la distinción entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’ de conservación de la vida parece haber sido incorporada al lenguaje de la ética médica contemporánea⁵⁵ y se menciona con alguna frecuencia en la literatura biomédica como criterio capaz de orientar las decisiones de limitar esfuerzos terapéuticos, una revisión actualizada muestra que esta distinción no siempre se entiende y aplica adecuadamente. En lo sucesivo resumiré brevemente algunas de las formas en las que – en mi opinión - el contenido de la enseñanza tradicional está siendo inadecuadamente interpretado y aplicado hoy, procurando poner en evidencia las razones que subyacen a estos equívocos.

3. 1. Interpretación inadecuada del significado de los términos ‘ordinario’ y ‘extraordinario’

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ JUAN PABLO II: *Catecismo de la Iglesia Católica*. Asociación de Editores del Catecismo, Madrid, 1992, n. 2278.

⁵⁵ Cf. *Editorial. Ordinary and extraordinary means*. *J Med Eth*, 1981, 7 (2) : 55-56.

Como afirma el teólogo moral británico Dunstan,⁵⁶ en un artículo publicado en el *Dictionary of Medical Ethics*, el significado de los términos medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’ tiene una connotación diferente para médicos y moralistas. Entre los profesionales de la salud es frecuente que la expresión ‘medio ordinario’ se equipare a la idea de terapias ‘comunes’, ‘habituales’ o ‘no-excepcionales’, mientras que el término ‘medio extraordinario’ sea referido a aquellas terapias que son ‘poco comunes’, ‘inhabituales’, ‘excepcionales’ o que ‘se encuentran aún en etapa experimental’. De hecho, esta es la interpretación de los términos que proponen, por ejemplo, la American Medical Association (AMA)⁵⁷ y la President’s Commission for the Study of Ethical Problems and Behavioral Research de EEUU.⁵⁸ No es de extrañar, por tanto, que la actitud prevalente entre los médicos sea interpretar la distinción entre ordinario/extraordinario como la diferencia entre usual/inusual, equiparando las medidas ‘ordinarias’ las así llamadas ‘terapias estándar’ según la patología.⁵⁹

Aunque esta interpretación tiene alguna relación con la distinción entre ‘ordinario’ y ‘extraordinario’ propuesta por los moralistas de la tradición, parece evidente que la simple referencia a lo ‘usual’ o a lo que se considera la ‘terapia estándar’ para una determinada condición clínica no bastaría para determinar si esa terapia es moralmente obligatoria o no para un paciente en particular. Así, por ejemplo, la terapia anti-retroviral triasociada es actualmente la terapia estándar para el tratamiento de la infección por VIH. Sin embargo, podría suceder que un paciente particular estuviera física o moralmente imposibilitado para someterse a dicha terapia (como de

⁵⁶ Cf. DUNSTAN, GR. Citado en: *Editorial*, *J Med Eth*, 1981, 7: 55.

⁵⁷ Cf. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. *Principles of Medical Ethics*. Chicago, Illinois: AMA, 1981. Para un análisis crítico de la interpretación de la AMA cf.: FISCHER S.A., *Correspondence: "Ordinary" and "extraordinary" vary with the case*. *Hastings Center Report*, 1983; 13 (5): 43 - 4.

⁵⁸ Cf. *The President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: Deciding to forgo life-sustaining treatment*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1983.

⁵⁹ Cf. MEYERS C., *Intended goals and appropriate treatment: an alternative to the ordinary/extraordinary distinction*. *J Med Eth*, 1984, 10 (3): 128 – 130.

hecho nos ha ocurrido en el hospital).⁶⁰ En estas circunstancias, la utilización de esa terapia no sería moralmente exigible para ese paciente en particular, aunque su uso sea lo que se hace habitualmente en estos casos. Así, aun siendo la terapia estándar, se trataría de una medida ‘extraordinaria’ para ese paciente en particular (norma relativa).

Por tanto, equiparar la distinción ordinario/extraordinario con la dupla usual/inusual supone incurrir en un error lógico, como han mostrado algunos autores contemporáneos.⁶¹ De hecho, no sería correcto inferir una obligación moral de la mera frecuencia estadística con la que un hecho ocurre. Derivar el carácter ‘ordinario’ (moralmente obligatorio) o ‘extraordinario’ (facultativo) de una terapia exclusivamente de la frecuencia con la que ella se utiliza en clínica, supondría incurrir en una versión ‘estadística’ de la falacia naturalista: identificar la ética con la estadística.⁶²

Recordemos que los moralistas de la tradición introdujeron los términos ‘ordinario’ y ‘extraordinario’ para referirse al carácter moral (obligatorio vs. facultativo) que el uso de medio de conservación de la vida tendría para un paciente individual. En otras palabras, recogiendo el significado de su raíz latina (*ordo-ordinis*), las expresiones ‘ordinario’ y ‘extraordinario’ denotan el ‘orden’ o el ‘desorden’ moral que la utilización de una terapia médica supone en la vida de un

⁶⁰ El caso corresponde a una situación clínica real ocurrida el Hospital Clínico de nuestra Universidad y que motivó una consulta al Comité de Ética. Cf. Taboada P., *Principles of Bioethics in Palliative Care*. En: Bruera E., Higginson I., Ripamonti C., von Gurten C., *Textbook of Palliative Medicine*. London: Hodder Arnold, 2006: 85-91; Taboada P., *Ethical Issues in Palliative Care*. En: Bruera E, De Lima L, Wenk R, Farr W., *Palliative Care in the Developing World. Principles and Practice*. Houston: IAHP Press, 2004: 39 – 51; Taboada P., *Principios éticos en Medicina Paliativa*. En: Bruera E., De Lima L. (Eds.), *Cuidados Paliativos: Guías para el Manejo Clínico* (2nd. Ed) Washington D.C.: IAHP/OPS: 2004: 9-14; Taboada P., *El derecho a morir con dignidad*. Acta Bioethica. 2000; VI (1): 91 – 101.

⁶¹ Cf. BEAUCHAMP T., CHILDRESS J., *Principles of Biomedical Ethics*. (Fifth Edition). Oxford: Oxford University Press, 2001: 200 -201; MEYERS C., *Intended goals...* p. 128, PERRY C., *Ordinary, extraordinary and neutral medical treatment*. Theor Med 1983, 4 (11): 43 – 56; BOLE T., *The ordinary-extraordinary distinction reconsidered: a moral context for the proper calculus of benefits and burdens*. HEC Forum. 1990; 2 (4): 219 – 232;

⁶² Cf. MOORE G.E., *Principia Ethica*. New York, Cambridge University Press, 1959: 39 - 40.

Moore describe la falacia naturalista del siguiente modo:

“I shall deal with theories which owe their prevalence to the supposition that good can be defined by reference to a *natural object* [...] and I give it but one name, the naturalistic fallacy.[...] This method consists in substituting for ‘good’ some one property of a natural object or of a collection of natural objects; and in thus replacing Ethics by some one of the natural sciences. “

paciente individual.⁶³ Este ‘orden’ o ‘desorden’ moral se refiere al lugar que se le concede a la obligación moral de ‘curarse y hacerse curar’⁶⁴ en el contexto más amplio de las otras obligaciones morales y de las sus circunstancias particulares en la vida de una persona, teniendo en cuenta una adecuada escala axiológica. Esta connotación moral de los términos ‘ordinario’ y ‘extraordinario’ no coincide necesariamente con la idea de lo que habitualmente se hace o suele hacerse desde la perspectiva médica, como he intentado mostrar anteriormente.

3. 2. Interpretación de la distinción ordinario/extraordinario centrada en los medios.

Otra interpretación inadecuada de la distinción entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’ – estrechamente vinculada con la señalada en el punto anterior y también frecuente en el ámbito médico – consiste en centrar la distinción en los ‘medios’ y no en la persona que utiliza esos medios. Se intenta, así, hacer un listado de aquellas intervenciones médicas que siempre deberían realizarse por considerarse ‘ordinarias’, contraponiendo esta lista con la enumeración de aquellas intervenciones que caerían en el ámbito de lo facultativo, por estimarse ‘extraordinarias’.⁶⁵ En la supuesta lista de las intervenciones médicas ‘ordinarias’ se enumeran aquellas terapias de uso ‘común’ en medicina, por ser relativamente simples, como - por ejemplo - los antibióticos, los esteroides, las transfusiones sanguíneas, etc.⁶⁶ Por el contrario, en la enumeración de las terapias ‘extraordinarias’ se incluyen aquellas intervenciones que se utilizan sólo excepcionalmente, pues

⁶³ Cf. McCARTNEY J.J., *The Development of the Doctrine of Ordinary and Extraordinary Means of Preserving Life in Catholic Moral Theology Before the Karen Quinlan Case*. *Linacre Quarterly* 1980 Aug, 47 (3): 215 – 24; WILDES K., *Conserving Life and Conserving Means: Lead us not into Temptation*. In: *Philosophy and Medicine* 51, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995; WILDES K., *Ordinary and extraordinary means and the quality of life*. *Theological Studies* 1996, 57 (3): 500 – 512.

⁶⁴ Cf. CALIPARI, *Curarse y...* p. 41 – 45.

⁶⁵ Cf. *Editorial. Ordinary and extraordinary means*. *J Med Eth*, 1981, 7 (2) : 55-56; PERRY C., *Ordinary, extraordinary...*p. 43 – 56; Meyers, *Intended goals...*p. 128-129; O’NEIL R., *In defense of the “Ordinary”/“Extraordinary” Distinction*. *Linacre Quarterly*, 1978; 45 (1) 37 – 40;

⁶⁶ Cf. PERRY C., *Ordinary, extraordinary...*p. 43 – 56.

son altamente complejas o se encuentran aun en etapa experimental, como por ejemplo, la circulación extracorpórea con cámara hiperbárica, la terapia regenerativa con células estaminales provenientes de cordón umbilical, ciertas formas de terapia génica, etc.

Esta forma de entender la distinción entre ‘ordinario’ y ‘extraordinario’, más centrada en los ‘medios’ que en el deber moral de la persona que utiliza esos medios, incurre en una falacia similar a la señalada en el punto anterior.⁶⁷ Si bien es cierto que aquellas intervenciones médicas relativamente simples de implementar es más probable que caigan en el ámbito de lo moralmente obligatorio para un paciente, no sería correcto identificar lo simple con lo éticamente debido.⁶⁸

Pues podría ocurrir que una intervención simple y en sí misma efectiva, no sea moralmente exigible para un paciente en una situación particular. Ese podría ser, por ejemplo, el caso de un paciente con un elevado nivel de potasio en la sangre (hiperkalemia) secundario a una insuficiencia renal causada por la infiltración tumoral de sus uréteres. Aunque desde el punto de vista médico existen medidas simples y eficaces para reducir el potasio en la sangre, recurrir a esas medidas podría resultar moralmente facultativo para este paciente en particular, pues es portador de un cáncer en etapa terminal, lo que implica que la causa de su hiperkalemia no puede ser corregida.⁶⁹

Por otro lado, sostener que los valores inherentes a la clasificación (es decir, el carácter moralmente obligatorio de los medios ‘ordinarios’ y el carácter facultativo de los medios ‘extraordinarios’) están principalmente relacionados con los procedimientos médicos en cuanto

⁶⁷ Cf. PERRY C., *Ordinary, extraordinary...*p. 43 – 56;

⁶⁸ Cf. BEAUCHAMP T., CHILDRESS J., *Principles of ...* pp. 200 -201.

⁶⁹ La descripción del caso corresponde a una situación real ocurrida recientemente en el Hospital Clínico de nuestra Universidad, que motivó una consulta al Comité de Ética. Cf. TABOADA P., *Principles of Bioethics in Palliative Care*. En: BRUERA E., HIGGINSON I., RIPAMONTI C., VON GURTEN C., *Textbook of Palliative Medicine*. London: Hodder Arnold, 2006: 85-91; TABOADA P., *Ethical Issues in Palliative Care*. En: BRUERA E, DE LIMA L, WENK R, FARR W., *Palliative Care in the Developing World. Principles and Practice*. Houston: IAHP Press, 2004: 39 – 51; TABOADA P., *Principios éticos en Medicina Paliativa*. En: BRUERA E., DE LIMA L. (Eds.), *Cuidados Paliativos: Guías para el Manejo Clínico* (2nd. Ed) Washington D.C.: IAHP/OPS: 2004: 9-14; TABOADA P., *El derecho a morir con dignidad*. Acta Bioethica. 2000; VI (1): 91 – 101.

tales supondría aceptar que su carácter moral se podría determinar con independencia de las circunstancias particulares en las que una terapia se va a utilizar, lo que no parece razonable.⁷⁰

Por tanto, identificar las terapias éticamente obligatorias (medidas ‘ordinarias’) con un listado de intervenciones médicamente simples o de uso común (y viceversa) parece inadecuado. De hecho, los textos de los moralistas nunca intentan ofrecer una lista exhaustiva y completa de medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’. Las referencias a situaciones concretas que aparecen en sus escritos tienen una función meramente ejemplificadora, que busca mostrar que la cualidad moral de ‘ordinario’ o ‘extraordinario’ no puede ser evaluada en abstracto, sino que debe ser juzgada aquí y ahora (*hic et nunc*), de acuerdo a las circunstancias específicas de cada paciente.⁷¹

3. 3. Confusión entre ‘proporcionalidad terapéutica’ y ‘proporcionalismo’

Un grupo de destacados teólogos morales del siglo XX⁷² ha propuesto una forma de razonamiento ético que se conoce como ‘teoría de la proporcionalidad’. El proporcionalismo ético – una variante del consecuencialismo – sostiene que la bondad o maldad moral de una acción deriva exclusivamente de la proporción de consecuencias buenas y malas que de ella se sigan o puedan seguir, incluyendo en este balance algunos bienes pre-morales o no-morales.⁷³ En el contexto de situaciones concretas en las que el bien y el mal coexisten, planteando un dilema ético de difícil

⁷⁰ Cf. PERRY C., *Ordinary, extraordinary...* p. 44 – 45; RACHELS J., *More impertinent distinction*, en: MAPPS T.A., ZEMBATY J.S. (eds.), *Biomedical Ethics*, New York: McGraw Hill 1981: 335 359.

⁷¹ Cf. CALIPARI, *The principle...* p. 393:

“Contrary to what is affirmed in some quarters, a careful reading of the texts of these moralists shows that they were careful not to attempt to draw up exhaustive and definitive lists of ordinary and extraordinary therapeutic means (possible references to specific medical actions present in their tracts, in fact, have a purely example-giving function), and they well brought out how the ‘ordinary’ or ‘extraordinary’ character of a therapeutic action was an ethical *quality* that can and must be fully assessed not in the abstract but in the concrete circumstances of clinical use, *hic et nunc*, and for a specific patient. All this clearly bears witness to the centrality that the classic moralists gave to the person as such in the way in which they argued and justified their ethical conclusions.”

⁷² Me refiero aquí, concretamente, a autores, como Janssens, Knauer, Fuchs, Schüller, Van de Poel, Van der Marck y McCormick

⁷³ Cf. JUAN PABLO II: *Veritatis Splendor*, Ciudad del Vaticano, 1993, n. 74 - 79.

resolución, esto autores proponen que el juicio moral se centre en la proporción reconocida entre los efectos buenos o malos, en vista del ‘bien más grande’ o del ‘mal menor’, que sean efectivamente posibles en una situación determinada.⁷⁴

Basándose en esta corriente ética, algunos bioeticistas contemporáneos – como Paul Schotsmans⁷⁵ y Ludger Honnefelder⁷⁶ – critican la clásica distinción entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’, pues consideran que estos conceptos sólo operan en el contexto del modelo ético denominado ‘deontología de acto’⁷⁷, que ellos no comparten. Para Schotsmans, por ejemplo, la principal insuficiencia del modelo clásico radica en que es ‘estático’ y – por tanto - incapaz de integrar dinámicamente en su análisis las perspectivas cambiantes que caracterizan la evolución de la medicina contemporánea.⁷⁸ Para superar esta supuesta insuficiencia del modelo tradicional, Schotsmans propone adoptar la teoría proporcionalista,⁷⁹ que – según este autor - más que un ‘sistema’ o ‘metodología’ de análisis, consistiría en una nueva forma de mirar las acciones

⁷⁴ Cf. JUAN PABLO II: *Veritatis Splendor*, n. 75.

⁷⁵ Cf. SCHOTMANS P., *Equal Care as the Best Care: A Personalist Approach*. En: ENGELHARDT H.T., CHERRY M. (Eds.), *Allocating Scarce Medical Resources: Roman Catholic Perspectives*, Washington, D.C., Georgetown University Press, 2002: 125 – 139.

⁷⁶ Cf. HONNEFELDER L., *Quality of Life and Human Dignity: Meaning and Limits of Prolongation of Life*. En: ENGELHARDT H.T., CHERRY M. (Eds.), *Allocating Scarce Medical Resources: Roman Catholic Perspectives*, Washington, D.C., Georgetown University Press, 2002: 140 – 153.

⁷⁷ Designan con ese nombre a la teoría clásica de la acción moral, según la cual las fuentes de la moralidad están dadas por el objeto, el fin y las circunstancias de un acto humano. Esta teoría clásica sostiene que la primera calificación moral de un acto le viene dada por su objeto o ‘especie’ moral, de lo que se deduce la existencia de acciones que siempre y en cualquier circunstancia serían moralmente malas (*intrinsicse malum*). Cf. SANTO TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, I-II, q. 6 – 21.

⁷⁸ Cf. SCHOTMANN, *Equal Care...*p. 134:

“Traditionally, moral theology applied in this context the concepts of ‘ordinary’ and ‘extraordinary’ means. ... This distinction may be adequate for static and poor medical environments, but it is no longer apt to cope with the rapid evolutions of medical technology at the moment. From a more methodological point of view, we may say that these concepts functioned indeed very well in the context of the ethical model of so-called act deontology, but they lack sufficient dynamic integration of new evolutions and changing perspectives.”

⁷⁹ Cf. SCHOTMANN, *Equal Care...*p. 134:

“All this makes clear that speaking in terms of ‘proportionate and disproportionate’ is preferable. The general dissatisfaction with the concepts of ‘ordinary’ and ‘extraordinary means’ (e.g. in situations in which good and evil coexist) led many eminent moral theologians, including Janssens, Knauer, Fuchs, Schüller, Van de Poel, Van der Marck and McCormick, to explore a way of reasoning that is known as the ‘theory of proportionality’.”

humanas en términos de la relación entre los fines y el bien.⁸⁰ La moralidad de un acto debería ser evaluada de un modo diferenciado: por un lado habría que considerar su ‘bondad’ moral, que estaría dada fundamentalmente por la intención del sujeto (en cuanto referida a bienes morales, como la benevolencia, la justicia, etc.); por otro lado habría que establecer su ‘rectitud’, lo que resultaría de la proporción de los efectos y las consecuencias previsibles de la acción.⁸¹

Desde esta perspectiva, hablar de medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’ resultaría inoperante y sería preferible utilizar los términos ‘medios proporcionados’ y ‘desproporcionados’.⁸² Al juzgar la ‘proporcionalidad’ de una terapia, el bien de la salud – y en circunstancias extremas incluso el bien de la vida misma – debería ser balanceado contra otros valores vigentes en el ‘actual sistema de valores’ (p.ej. contención de costos, equidad, solidaridad, justicia, etc.).⁸³ Por tanto, la determinación de lo que constituye un tratamiento ‘proporcionado’ (el ‘mejor’ cuidado o el ‘tratamiento adecuado’) para un paciente, sería el resultado de un diálogo entre los profesionales de la salud, el paciente y las empresas aseguradoras. Así, el carácter moral de una acción terapéutica (‘proporcionada’ vs. ‘desproporcionada’) estaría dado fundamentalmente por el balance de sus resultados, siendo éticamente correcto aquel curso de acción que produzca la mayor

⁸⁰ Cf. SCHOTMANN, *Equal Care*...p. 134:

“as noted by Selling, ‘proportionality’ is neither a ‘system’ nor a ‘determinative methodology’, but is only a way of “looking at things proportionally” (Selling 1986). According to Janssens (1980-81), proportionality is a question of relation between end and good. There must not be any intrinsic contradiction between the basic or ontic good that we want to preserve and the means we use for that end. As Knauer says, this postulate of noncontradiction between the means and the end is a central norm for determining the proportionate reason of any human act (Knauer 1965).”

Las citas incluidas en el texto de Schotsmans se refieren específicamente a los siguientes textos: SELLING J., *The development of proportionalist thinking*. Chicago Studies 1986, 25: 167 – 175; JANSSENS L., *Artificial insemination: Ethical considerations*. Louvain Studies 1980-1, 8: 3 – 29; KNAUER P., *La détermination du bien et du mal moral par le principe du double effet*. Nouvelle Revue Théologique 1965, 87 : 356 – 376.

⁸¹ *Ibid.*

⁸² Cf. SCHOTMANN, *Equal Care*...p. 136:

“All this makes clear that speaking in terms of ‘proportionate and disproportionate means’ is preferable.”

⁸³ Cf. SCHOTMANN, *Equal Care*...p. 136:

“we understand by ‘best’ of care the appropriate care for every unique patient. This implies that the medical profession in dialogue with the representatives of patients (e.g., mutual insurance funds) must define adequate health care... the value of ‘health must be balanced against other values in current value systems.”

proporción de bienes o el ‘menor mal’ posible de conseguir en la situación dada.⁸⁴ Si la intención del sujeto está dirigida al bien (beneficencia, justicia, etc.), esa acción será moralmente buena (independientemente del objeto propio del acto o la ‘especie’ moral). De este modo, el balance proporcionalista incluye la posibilidad de que algunas cargas no-morales asociadas a las terapias o a las circunstancias particulares del paciente puedan sobrepasar el valor de la vida misma y justificar actos que – de suyo – podrían poner fin a la vida del paciente.

Este tipo de interpretación ‘proporcionalista’ de la distinción entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’ está muy difundida entre los moralistas en la actualidad. Es probable que su difusión se haya visto facilitada por el reemplazo de los términos medio ‘ordinario’ y ‘extraordinario’ por ‘terapias proporcionadas’ y ‘desproporcionadas’ en las últimas décadas. Por otro lado, no cabe duda que – como señala Juan Pablo II en *Veritatis Splendor* - las teorías éticas consecuencialistas y proporcionalistas “pueden adquirir una cierta fuerza persuasiva por su afinidad con la mentalidad científica, preocupada con razón de ordenar las actividades técnicas y económicas en base al cálculo de los recursos y beneficios, de los procedimientos y los efectos.”⁸⁵ Sin embargo, - continúa la cita de Juan Pablo II - “semejantes teorías no son fieles a la doctrina de la Iglesia, en cuanto creen poder justificar, como moralmente buenas, elecciones deliberadas de comportamientos contrarios a la ley divina y natural.”⁸⁶

De este modo, cuando en la enseñanza tradicional y en los documentos más recientes de Magisterio eclesiástico se propone aplicar el ‘principio de proporcionalidad terapéutica’ a las

⁸⁴ Cf. SCHOTMANN, *Equal Care...*, HONNEFELDER, *Quality of Life...*

⁸⁵ Cf. JUAN PABLO II: *Veritatis Splendor*, Ciudad del Vaticano, 1993, n. 76.

⁸⁶ *Ibid.*

decisiones de limitar esfuerzos terapéuticos,⁸⁷ la ‘proporcionalidad’ se concibe de un modo orgánicamente integrado con los conceptos de la moral clásica.⁸⁸ Como afirma Sulmasy, una adecuada interpretación y aplicación de la proporcionalidad terapéutica exige que tanto los beneficios, como las cargas asociadas con un tratamiento sean evaluadas en su conjunto y ponderadas contra la razonabilidad práctica de implementar dicha terapia, dando por entendido que se acepta la existencia de un deber moral de preservar la salud y la vida (física).⁸⁹ En otras palabras, para juzgar la ‘proporcionalidad’ (u obligatoriedad moral) de una terapia no parece adecuado contraponer el bien de la salud y la vida a un conjunto de valores morales y pre-morales – como propone el proporcionalismo - sino que se debería establecer si existen o no elementos que constituyan un inconveniente ‘proporcionadamente grave’ (una ‘imposibilidad moral’) para que una persona pueda cumplir con el deber ‘positivo’ de conservar su salud y su vida, asumiendo que la vida misma es un bien ‘indisponible’. Desde esta perspectiva, basada en la premisa que vida (física) es un bien primario y fundamental del que no tenemos un perfecto dominio, se concluye que su valor nunca podría ser contrapuesto a un conjunto de bienes no-morales, por muy adversas que sean las circunstancias. En cuanto precepto negativo, el deber moral de no cometer actos que puedan violar directamente la vida y la salud de una persona humana obliga siempre y en cualquier circunstancia (*semper et pro semper*). Este deber incluye la obligación de mantener un cierto nivel de cuidados mínimos o de tratamientos médicos (entendidos en un sentido amplio) que están

⁸⁷ Cf. SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE: Declaración *Iura et Bona*, 5 Mayo 1980, n. 27; PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD: Carta a los Agentes de la Salud. Ciudad del Vaticano, 1995, n. 64; PONTIFICIO CONSEJO *COR UNUM*: *Dans le Cadre*, Ciudad del Vaticano, 27 Junio 1981, n. 2-4; 7.2; 7.3.

⁸⁸ TABOADA P., *What is Appropriate Intensive Care? A Roman Catholic Perspective*. En: Engelhardt H.T., Cherry M. (Eds.), *Allocating Scarce Medical Resources: Roman Catholic Perspectives*, Washington, D.C.: Georgetown University Press, USA, 2002: 53 – 73.

⁸⁹ Cf. SULMASY D., *Double-Effect Reasoning and Care at the End of Life: Some Clarifications and Distinctions*. En: MONSOUR H.D., SULLIVAN W.F., HENG J. (Eds.), *Dignity in Illness, Disability, and Dying*. Toronto: International Association of Catholic Bioethicists, 2007: 49 – 109.

directamente relacionados con la preservación de la vida (física)⁹⁰ y que – en principio – nunca podrían ser considerados como ‘desproporcionados’ o ‘extraordinarios’. En otras palabras, estas medidas serían siempre ‘ordinarias’, por lo que nunca sería lícito omitirlas, si se quiere respetar la vida y la dignidad ontológica de toda persona humana.⁹¹

3. 4. Interpretación centrada en la ‘calidad de vida’.

El otorgar un valor preponderante a la ‘calidad de vida’⁹² como criterio que permitirían distinguir las terapias moralmente obligatorias de aquellas que no lo son, es otra forma muy difundida de interpretar la distinción entre medidas ‘ordinarias’ y ‘extraordinarias’ en la actualidad.⁹³

Beauchamp y Childress, por ejemplo, sugieren que sería mejor reemplazar la distinción entre ‘tratamientos ‘ordinarios’ y extraordinarios’ por una distinción entre tratamientos ‘moralmente obligatorios’ y ‘opcionales’, de acuerdo a un balance entre beneficios y cargas para el paciente en

⁹⁰ Me refiere aquí a medidas como la higiene, hidratación, nutrición, etc. Cf. HEANEY S., “*You Can’t be any poorer than dead*”: *Difficulties in Recognizing Artificial Nutrition and Hydrations as Medical Treatments*. *Linacre Quarterly*, May 1994: 77 – 87; ASHBY M., STOFFELL B., *Artificial hydration and alimentation at the end of life: a reply to Craig*. *J Med Ethics*. 1995; 21 (3): 135-40. DUNLOP R.J., ELLERSHAW J.E., BAINES M.J., SYKES N., SAUNDERS C.M., *On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far?*

⁹¹ Esta idea ha sido recalcada en numerosos documentos magisteriales recientes: Cf. SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE: Declaración *Iura et Bona*, 5 Mayo 1980, n. 28; PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD: Carta a los Agentes de la Salud. Ciudad del Vaticano, 1995, n. 120; JUAN PABLO II: Discurso a los participantes en el Congreso Internacional ‘Life-sustaining Treatments and Vegetative State: Scientific Advances and Ethical Dilemmas.’ 20 de Marzo 2004, Ciudad del Vaticano (online: www.vatican.va); SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Respuestas a algunas preguntas de la conferencia episcopal estadounidense sobre la alimentación e hidratación artificiales*. Roma, 1 de agosto de 2007.

⁹² Un análisis crítico del concepto de calidad de vida y de su rol en las decisiones de limitar terapias excedería con mucho los límites de este trabajo.

⁹³ Cf. BEAUCHAMP T., CHILDRESS J., *Principles of Biomedical Ethics*. (Fifth Edition). Oxford: Oxford University Press, 2001; BOLE T., *Intensive Care Units (ICUs), and the ordinary means: turning virtue into vice*. *Linacre Quarterly*. 1990; 51 (1): 68 – 77; BOLE T., *The ordinary-extraordinary distinction reconsidered: a moral context for the proper calculus of benefits and burdens*. *HEC Forum*. 1990; 2 (4): 219 – 232; WILDES K., *Ordinary and extraordinary means and the quality of life*. *Theological Studies* 1996, 57 (3): 500 – 512.

el que la calidad de vida juega un rol central.⁹⁴ Para estos autores, el principal criterio que permite determinar si un tratamiento es moralmente obligatorio o ‘excesivo’ es la consideración de la probabilidad y magnitud de sus beneficios, balanceada contra las probables cargas. De este modo, las condiciones que podrían justificar violar la obligación *prima facie* que tenemos de tratar, serían la ‘futilidad’ del tratamiento o el que las cargas sobrepasen los beneficios.

Desde acuerdo con esta perspectiva, la distinción entre tratamientos ‘obligatorios’ y ‘opcionales’ admite que pueden existir condiciones en las que el valor del mero vivir podría no estar adecuadamente contrabalanceado por aquellos bienes - como la felicidad y el placer - que hacen realmente valioso el vivir. Por tanto, el principio de no-maleficencia no implicaría la obligación de mantener la vida biológica, ni tampoco el deber de iniciar o continuar tratamientos en condiciones de dolor, sufrimiento y discomfort para el paciente. De este modo, cuando la ‘calidad de vida’ es muy mala, se podría considerar que el tratamiento está imponiendo más cargas que beneficios al paciente. En otras palabras, la vida no tendría un valor intrínseco, sino que valdría en virtud de los bienes que nos permite realizar y, especialmente, de la felicidad o el placer que se puedan experimentar. En este punto, el planteamiento coincide con la postura utilitarista.

De hecho, el criterio utilitarista de maximizar la felicidad para el mayor número de personas ha encontrado amplia aceptación hoy, especialmente entre moralistas y bioeticistas anglosajones. En el debate acerca de los límites de la obligación de preservar la vida, el planteamiento utilitarista se ha manifestado en forma de un fuerte rechazo a la idea de que pueda existir una obligación moral

⁹⁴ Cf. BEAUCHAMP T., CHILDRESS J., *Principles of ...* p. 202: “We conclude that the distinction between ordinary and extraordinary treatments is morally irrelevant and should be replaced by the distinction between optional and obligatory treatment, as determined by the balance of benefits and burdens to the patient.” ... *Ibid*, p. 215: “Our arguments thus far give considerable weight to quality-of-life judgments in determining whether treatments are optional or obligatory.”

de mantener la hidratación y nutrición en pacientes severamente demenciados o en estado vegetativo persistente.⁹⁵

Resulta evidente que esta interpretación de la distinción entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’ contiene profundas divergencias respecto de la enseñanza tradicional. Entre las diferencias más importantes destacan la propuesta de maximizar ciertos bienes no-morales y la idea de que la vida sólo tendría valor si es fuente de placer. La gran aceptación que la ‘calidad de vida’ ha encontrado en la literatura biomédica contemporánea como criterio preponderante en las decisiones de limitar esfuerzos terapéuticos pone en evidencia que nuestras sociedades están perdiendo el sentido del valor de la vida humana y el significado de pertenecer a la comunidad humana.⁹⁶

IV. REFLECCIONES FINALES

Recapitulando, podemos decir que el origen formal de la enseñanza moral tradicional que distingue entre medios ‘ordinarios’ y ‘extraordinarios’ de conservación de la vida se encuentra en los grandes comentaristas de Santo Tomás de Aquino del siglo XVI. Los avances de la medicina

⁹⁵ CLARK P., *Tube feedings and persistent vegetative state patients: ordinary or extraordinary means?* Christ Bioeth. 2006; 12 (1): 43 - 64. CRAIG G., *On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far?* J Med Eth, 1994, 20: 139-143; CRAIG G., *On withholding artificial hydrating and nutrition from terminally ill sedated patients. The debate continues.* J Med Eth, 1996; 22: 147-153; DUNLOP R.J., ELLERSHAW J.E., BAINES M.J., SYKES N., SAUNDERS C.M., *On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? A Reply.* J Med Eth 1995; 21: 141-143; GUEVIN B., *Ordinary, extraordinary, and artificial means of care.* Natl Cathol Bioeth Q. 2005 Autumn; 5 (3): 471-9; HEANEY S., *“You Can’t be any poorer than dead”: Difficulties in Recognizing Artificial Nutrition and Hydrations as Medical Treatments.* Linacre Quarterly, May 1994: 77 – 87; HICKEY J.V., FISCHER S.A., RACHELS J., *“Ordinary” and “extraordinary” vary with the case.* Hastings Cent Rep. 1983; 13 (5):43 – 4; SHANNON T., *Nutrition and hydration: an analysis of the recent papal statement in the light of the Roman Catholic bioethical tradition.* Christ Bioeth. 2006 Apr; 12 (1): 29 – 41; TORCHIA J., *Artificial hydration and nutrition for the PVS patient: ordinary care or extraordinary intervention?* Natl Cathol Bioeth Q. 2003 Winter; 3 (4): 719 – 30; WILKES E., *On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? A commentary.* J Med Eth, 1994; 20: 144-145.

⁹⁶ Cf. MARKWELL H., *End-of-life: A Catholic View.* The Lancet. 2005, 366: 1132 – 35; BLAKE D.C., *Reconsidering the distinction of ordinary and extraordinary treatment: should we go “back to the future”?* HEC Forum 1996; 8 (6): 355 – 71.

del Renacimiento obligaron a los moralistas de la época a abordar directamente la pregunta por los límites del deber moral de conservar la salud y la vida. Así surgió la enseñanza tradicional que afirma la existencia de un deber moral ‘positivo’ de conservar la salud y la vida mediante la utilización de las terapias médicas disponibles, siempre que estas ofrezcan una razonable esperanza de beneficio (*spes salutis*) y que su utilización no cause una imposibilidad física o moral para el paciente individual (*quaedam impossibilitas*).⁹⁷ Ambas condiciones deben cumplirse simultáneamente para que un medio de conservación de la vida sea considerado ‘ordinario’ y, por tanto, moralmente obligatorio. Cuando al menos una de estas condiciones no se cumple, la terapia se considera ‘extraordinaria’ y su uso resulta moralmente facultativo para el individuo (norma relativa). No obstante, la tradición también afirma que la utilización de un medio ‘extraordinario’ podría ser moralmente exigible *per accidens* en circunstancias particulares, como - por ejemplo - cuando su uso representara el único modo que un paciente tuviera para poder cumplir con otros deberes superiores, “como los de la piedad, la caridad o la justicia (hacia Dios, la sociedad, la familia, etc.).”⁹⁸

La vigencia actual de la enseñanza tradicional ha sido confirmada por el Magisterio de la Iglesia durante el siglo XX, en el contexto de complejos dilemas éticos que plantea la práctica de la medicina contemporánea. Los documentos magisteriales recalcan la importancia de comprender y aplicar esta doctrina a la luz del respeto incondicionado que merece toda vida humana - desde la concepción hasta la muerte natural - en razón de su dignidad ontológica (dada tanto por su origen, como por su destino). Esta concepción antropológica ofrece la clave hermenéutica para una adecuada aplicación prudencial de la enseñanza tradicional a los casos particulares. Fuera de este contexto, es fácil que el contenido de esta enseñanza tradicional sea interpretado y aplicado en

⁹⁷ Cf. MEILAENDER, 1997, p. 527; KELLY, 1951, p. 550.

⁹⁸ Cf. CALIPARI, *Curarse y...* p. 167.

forma inadecuada, como ha puesto en evidencia el breve análisis que hemos hecho de algunas de las formas de interpretar esta doctrina en el ámbito de la ética médica contemporánea.