

**Calipari, Maurizio**

*El principio de lo éticamente adecuado en el uso de medios de preservación de la vida: entre el encarnizamiento terapéutico y el abandono del paciente*

Vida y Ética. Año 9, Nº 2, Diciembre 2008

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Calipari, Maurizio. "El principio de lo éticamente adecuado en el uso de medios de preservación de la vida: entre el encarnizamiento terapéutico y el abandono del paciente"[en línea]. Vida y Ética. 9.2 (2008). Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/principio-eticamente-adecuado-uso-medios.pdf> [Fecha de consulta:.....]

(Se recomienda indicar fecha de consulta al final de la cita. Ej: [Fecha de consulta: 19 de agosto de 2010]).

# EL PRINCIPIO DE LO ÉTICAMENTE ADECUADO EN EL USO DE MEDIOS DE PRESERVACIÓN DE LA VIDA: ENTRE EL ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO Y EL ABANDONO DEL PACIENTE

*Ciudad de Santa Fe,  
jueves 12 de junio de 2008*

## Mons. Dr. Maurizio Calipari

- Sacerdote de la diócesis de Reggio Calabria-Bova (Italia)
- Desde hace ocho años desempeña su actividad académica como teólogo moralista y bioeticista en la Pontificia Academia para la Vida (Vaticano)
- Asistente Eclesiástico de la Federación Internacional de las Asociaciones de Médicos Católicos (FIAMC)
- Bachiller en Teología, Pontificia Universidad Gregoriana, (Roma, 1987)
- Doctor en Teología Moral, Academia Alfonsiana (2004) con una tesis en un tema bioético
- Magister de Bioética en el Instituto de Bioética de la Universidad del *Sacro Cuore* en conjunto con el Instituto Juan Pablo II (Roma). Tiene diversos cursos de profundización en el campo de la Bioética
- Profesor de Bioética en el Master de Bioética del Pontificio Instituto Juan Pablo II (Roma)
- Autor del libro *Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico. Etica dell'uso dei mezzi terapeutici e di sostegno vitale*, Ed. San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 2006, editado en español por el Instituto de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica Argentina (2007), y de numerosos artículos, entre ellos: "Nutrizione artificiale nei pazienti in 'stato vegetativo persistente'", en *Medicina e Morale* (1999); "The principle of Proportionality in Therapy: Foundations and applications criteria", *NeuroRehabilitation* (2004); "L'adeguatezza etica degli interventi di sostegno vitale nelle persone in stato vegetativo persistente", en *Bioetica*, anno XIII, 2 (2005) y "Ética al final de la vida. Aplicación a personas en estado vegetativo", en *Vida y Ética* (2004)

## Palabras clave

- La vida como bien
- Proporcionalidad
- Desproporcionalidad
- Ordinarietà / extraordinarietà
- Medios de conservación de la vida

## RESUMEN

Orientar la práctica clínica técnicamente no es suficiente; es necesario orientarla de manera éticamente adecuada. Como el tema no es nuevo, se repasa históricamente, y a modo de síntesis, de dónde surge el problema de la proporcionalidad del empleo de los medios de conservación de la vida. Por otra parte se explicita lo que sostiene la Doctrina del Magisterio de la Iglesia sobre el asunto de los medios terapéuticos, contenido en los principales documentos desde 1957 hasta el último discurso del papa Benedicto XVI a la Pontificia Academia para la Vida (2008).

Finalmente el autor realiza una propuesta, fruto de años de investigación sobre el tema, que pretende llegar a conclusiones operativas muy prácticas. Se proyecta en tres fases: valoración de factores objetivos, valoración de factores subjetivos, y la tercera tratará de elaborar un juicio de síntesis final para arribar a una decisión operativa que sea moralmente adecuada.

El tema que se tratará es actual e interesante. A su vez, es un argumento que se va manifestando cada vez más cada día: la necesidad de orientar la práctica clínica de manera éticamente adecuada, no sólo técnicamente. Para hacer esto se presentará el camino histórico que ha seguido esta reflexión, que

no es nueva sino que ya tiene varios siglos de vida y de historia.

El presupuesto para recordar, y que se da por descontado en este marco, es la consideración del bien de la vida humana, poniendo a la misma como un bien primario y fundamental de la persona, la condición de posibilidad para que la persona pueda desarrollar los otros bienes que posee. La exigencia de inviolabilidad de la vida, esta dignidad específica que cada uno de nosotros tenemos por naturaleza misma, de evitar con todo esfuerzo todo lo que pueda disminuir, ofender o destruir este valor, deriva desde un punto de vista ético. Claro que como consecuencia directa de esto surge el deber correspondiente y fundamental de conservar la vida, pero no hay que entender esta conservación en forma estática sino dinámica, no es una conservación porque se toma la vida y se la ubica en un lugar seguro hasta su final; el conservar la vida es asumirla de forma dinámica, activa, es asumir el compromiso de amarla, servirla, promoverla siempre en todas sus formas y cuando es necesario, incluso, tutelarla.

Hay también que considerar como presupuesto el problema de la salud, que no es como la vida que es un bien en sí mismo: la vida humana en cuanto tal no existe sino que se encuentra siempre en un humano viviente. La existencia humana encarnada en un sujeto es siempre un

bien porque la persona humana es un bien en sí mismo. La salud no es un bien en sí mismo, es un conjunto de condiciones particulares en el cual la vida humana puede encontrarse y que va cambiando con la historia del individuo, y por eso la salud es un bien derivado, una condición normalmente favorable a que la vida humana pueda desarrollarse y lograr sus fines últimos.

Normalmente, si uno posee buena salud está facilitado para realizar su vida, aunque no siempre es así. Por otro lado, cuando la salud llega a faltar no significa que uno no pueda realizar su vida. Ahora, esto no quita que no se la pueda considerar un bien, por eso tenemos el deber derivado de conservar la salud. Pero esta conservación no puede ser entendida como un no hacer nada que podría perjudicar o disminuir la salud; tener salud no es el fin último del hombre, pero es un instrumento para que el hombre pueda realizar su vida y lograr su fin último. Entonces la vía del amor, que es realmente el fin último del hombre, la llamada fundamental, se sirve también del bien de la salud. Y así, al final, una buena vida será aquella cuya salud ha sido consumada. Conservar la salud significa promoverla, recuperarla si se la ha perdido (en la medida de lo posible), emplearla para que el hombre pueda alcanzar su fin último.

Entrando en la cuestión, ¿de dónde surge este problema de la proporcionali-

dad del empleo de los medios de conservación de la vida? Hay un texto del siglo XVI, de un famoso moralista de ese tiempo, Domingo Soto, de la escuela española de la Universidad de Salamanca que, hablando de este problema, ayuda a entrar en la justa dirección para enfrentar este tema. La pregunta es si uno puede ser obligado a hacerse cortar un miembro del cuerpo, una pierna por ejemplo. Cuestión que parece rara hoy pero que no lo era en ese siglo, ya que los medios de intervención en esa época eran muy pocos y una de las más frecuentes eran de este tipo. Él contesta a este dilema diciendo que desde el momento en que en la incisión del miembro se siente un dolor grandísimo (más en ese tiempo sin analgésicos o antisépticos), desde luego que nadie puede ser obligado porque a nadie se le impone conservar la vida con tanto tormento ni se lo debe juzgar como a un suicida. Es verdadero aquel dicho romano de Cayo Mario que, mientras abría la pierna, decía: "La salud no es digna de tanto dolor". Entonces aquí está la cuestión fundamental. Ese deber de conservar la vida que todos tenemos como consecuencia de nuestra naturaleza en la dignidad de la misma, no es un deber absoluto, porque la vida misma no es un bien absoluto. Aquí se planteaba el problema desde este punto de vista: existe una situación en la cual la persona no tiene ese deber de conservar la vida, hay circunstancias en las cuales este deber

## VIDA Y ÉTICA

tiene que pararse de frente a un bien mayor. Y ¿cuáles son estas circunstancias? Y si se actúa de este modo, ¿es la persona culpable?, o mejor dicho, ¿está cometiendo un pecado?, porque ésta es la pregunta de fondo. Hoy, claramente la pregunta se plantea de modo diferente pero la cuestión fundamental es exactamente la misma.

Por ello se presenta una síntesis, para ver qué es lo que han dicho en cinco siglos, aproximadamente, todos los autores que se han enfrentado con este tema. Cabe destacar que al ser una síntesis se reducirá la riqueza y los matices que cada uno de ellos (más de cuarenta autores) han desarrollado.

La doctrina fundamental es la llamada doctrina de los medios ordinarios y extraordinarios de conservación de la vida. Clásica, tradicional y muy bien conocida, esta doctrina que llegó hasta nuestros días decía que los medios ordinarios de conservación de la vida son los caracterizados por algunos elementos particulares:

- ante todo tendrían que ser medios con una razonable esperanza de beneficios;
- deben ser medios de uso común, carácter en el que hay que hacer una aclaración, ya que esto se determina según la condición específica de vida de la persona de la cual se está tratando. Era

diferente, por ejemplo, lo que podía considerarse común por un religioso que por un laico, ya que los deberes de la vida de éstos eran diferentes;

- medios también de fácil acceso y empleo, con ausencia de cargas significativas para el paciente.

Con estas características muy generales pero en la medida en que ninguna de éstas faltaba, se podría decir que tal era un medio de conservación de la vida y, por lo tanto, desde un punto de vista moral, era un medio obligatorio. Y también en este punto habría que hacer una especificación: ¿obligatorio para quién y por quién? Ante todo para el paciente, para quien era obligatorio someterse al empleo de un medio de este tipo, y también era obligatorio para el médico, en la medida de su posibilidad, proporcionar este medio al paciente.

Con respecto a los medios extraordinarios, hay un espejo, ya que las características son las opuestas:

- son medios que ya no están en grado de proporcionar un real y significativo beneficio al paciente;
- comportan para el paciente una carga proporcionalmente grave, una *cierta imposibilidad* moral para el paciente en cuanto a su uso. Una real imposibilidad, implica, como los moralistas saben muy bien, que *nemo ad impossibilia tenetur*, es decir, que nadie puede ser obligado a

hacer algo que no pueda hacer, porque no puede surgir un deber moral frente a la imposibilidad. Aquí se habla de una "casi imposibilidad" de peso y de gravedad tal que la persona pueda enfrentarlo, pero con un esfuerzo muy grande, al límite de sus reales posibilidades humanas, por diferentes razones como dolor físico o esfuerzo para alcanzar el empleo del medio, gastos excesivos, etc.

Estos medios son lícitos y tal vez también es meritorio utilizarlos, pero son facultativos. Esto quiere decir que será el paciente el que tendrá que elegir si quiere utilizarlos o no. Si el paciente elige utilizarlos, el médico tiene el deber de proporcionarlos; si, en cambio, elige no utilizarlos, el médico debe respetar la elección del paciente. Sin embargo, hay una pequeña excepción; *per se* estos medios son lícitos pero no obligatorios, ya que en algunas circunstancias puede ocurrir que el empleo de estos medios se convierta en obligatorio para los pacientes, no porque sean obligatorios los medios en sí mismos, sino porque las circunstancias exigen que éstos sean empleados, cuando son la única vía que el paciente tiene para cumplir con otros deberes más importantes, por ejemplo deberes de caridad, de justicia, todos los valores que directamente miran al fin último del hombre, los cuales serían valores más altos que el cuidado de la salud.

Ésta es la doctrina tradicional de los moralistas, claro que también la Iglesia en sus documentos de los últimos cincuenta años ha tratado este tema mirando a lo que anteriormente ha sido dicho y luego reflexionando para actualizar el problema.

Lo que sostiene la Doctrina del Magisterio de la Iglesia está contenido en los principales documentos desde 1957, con Pío XII, hasta el último discurso del papa Benedicto XVI a la Pontificia Academia para la Vida en la última Asamblea de este año, que trataba exactamente el tema. Estos documentos dicen diferentes cosas, pero nuevamente esquematizando su contenido, puede decirse que hablan de:

- Una sustancial acogida y reconfirmación de la doctrina tradicional.
- Se constata la creciente complejidad de las situaciones clínicas, claro que no se detiene ante la consideración de la amputación de una pierna, sino que se toma en consideración lo que la medicina moderna puede realizar hoy.
- Se individualiza la oportunidad o la propuesta por parte de algunos autores de adoptar una nueva terminología, que no sea simplemente la de "ordinario" y "extraordinario" sino de "proporcionado" o "desproporcionado". Cabe aclarar de modo suficiente qué relación hay entre éstos y cuáles son las diferencias entre los dos pares de términos.

VIDA Y ÉTICA

---

En este punto es que pretendo hacer una propuesta, que es el fruto de una investigación que realicé durante varios años sobre este tema, en la que intenté individualar un camino compuesto de tres fases para llegar a conclusiones operativas muy prácticas, es decir, cómo se va a evaluar y qué hacer concretamente con el paciente en todas las situaciones en las cuales hay que actuar de manera médica y en las que este tipo de intervenciones son muy complejas.

Para no entrar en malos entendidos se introducirán unas premisas. La primera premisa es que cuando se habla de valoración ética es importante no referirla al medio de conservación de la vida en sí mismo, porque el medio es siempre una cosa, un objeto, y las cosas no tienen y no pueden tener valor moral en sí mismo. La moral exige la libre elección del hombre y por eso la valoración ética tiene que ser hecha en relación al uso consciente y libre del hombre sobre este medio.

Como segunda premisa hay que evaluar el empleo del medio en las circunstancias concretas y por ese específico paciente, siguiendo también su evolución en el tiempo. Por lo tanto no puede existir un listado de medios ordinarios y otro de medios extraordinarios, que siempre se presenten como tales, ya que esto ajena de la verdad y de la posibilidad de evaluar correctamente. Esta evaluación ética debe realizarse a la luz de

numerosos factores, algunos de características máximamente objetivas, más técnicas, conectadas con la ciencia de la Medicina en cuanto tal, y otros factores que son prevalentemente subjetivos, ligados a la persona misma del paciente en su realidad específica.

Como última característica, es necesario que esta evaluación a la luz de muchos factores sea realizado siempre en constante diálogo entre el médico y el paciente. Y no un diálogo cualquiera sino uno que tenga alejados algunos peligros, como el de un paternalismo médico excesivo. Esta actitud posible del médico es la que quiere hacer un bien al paciente pero prescindiendo del paciente mismo y, tal vez, contra el pensamiento del paciente, casi como si fuera un menor a tutelar y se diera una situación en la que el médico pensara que conoce siempre el bien del paciente y se comportara como un padre sin diálogo.

Por otra parte hay que evitar un defecto opuesto, es decir, por parte del paciente: una actitud de autonomismo. Es una postura del paciente que piensa que el médico es sólo un instrumento en sus manos para realizar sus deseos y que no posee conciencia propia, profesionalidad y ciencia.

En cada caso hay que aclarar que la responsabilidad última y primera del juicio ético es la del paciente, porque se

está hablando del paciente mismo como ser viviente y por eso él tiene la responsabilidad de su vida primeramente, antes de la ayuda del médico. Naturalmente también el médico tiene su conciencia frente a la cual debe dar respuesta. Puede ocurrir que estas dos conciencias, la del médico y la del paciente, se enfrenten y estén en posiciones opuestas e inconciliables. En este momento la única solución es que se rompa esa alianza terapéutica que se había establecido, para que cada uno de los dos quede libre de obedecer a su conciencia.

Ya explicitadas las premisas se ingresa directamente en la propuesta. La primera fase de este proceso dinámico de evaluación es la que se llamaría la valoración de los factores máximamente objetivos, de naturaleza médico-técnica. Tratando de interpretar una situación clínica, el equipo médico con su profesionalidad pone en juego sus instrumentos técnicos: los parámetros generales de la ciencia médica, los parámetros aceptados por la comunidad científica internacional, entonces, lo que la Medicina conoce y sabe utilizar para interpretar la situación del paciente. Éstos son criterios objetivos, ya que en esta fase no es importante la historia del paciente, sino que se trata más de una evaluación, de una medida.

La segunda fase va a observar la valoración de los factores subjetivos desde el

lado del paciente. Y la tercera tratará de elaborar un juicio de síntesis final para una decisión operativa que sea moralmente adecuada.

En la primera fase es muy importante la terminología. La elección que se presentará no es la única posible, podría ser cambiada, pero siempre se elige usar un término para indicar algo, es una convención, pero ésta es una propuesta bastante coherente con la tradición moral descripta con anterioridad, de modo que se propone llamar a esta primera fase de factores objetivos de tipo técnico-médico con el concepto de proporcionalidad (valoración de la proporcionalidad).

El más adecuado para desarrollar esta primera fase, tratando de evaluar los elementos técnico-médicos, es el personal médico y sanitario que cuida al paciente. La proporcionalidad o desproporcionalidad (si es que falta), es la adecuación o inadecuación técnico-médica, es decir, evaluar con criterios técnico-médicos su uso, en relación a alcanzar un determinado objetivo de salud o de soporte vital para el paciente. Se trata de hacer una hipótesis, en la que se establece un objetivo de salud, se determina cuál es la mejor vía para alcanzar este objetivo, se hace una hipótesis de intervención a la luz de algunos factores. Por eso el uso de ciertos medios de conservación de la vida debe considerarse proporcionado en la



## VIDA Y ÉTICA

medida y hasta el momento en que se demuestra adecuado, no ética sino técnicamente adecuado, en una situación clínica determinada a alcanzar determinado objetivo de salud o de soporte vital.

Para realizar este juicio de proporcionalidad en la práctica cotidiana es necesaria una valoración comparada, donde se necesitan una serie de factores para llegar a un juicio final. Estos factores son:

- La disponibilidad concreta y la plausible proporcionalidad de un medio.
- La actual posibilidad técnica de usarlo adecuadamente, esto es particularmente verdadero en caso de un equipo tecnológicamente muy avanzado que necesita presencia de personal especializado.
- Las expectativas razonables de eficacia médica real en esta situación particular clínica.
- Los eventuales efectos colaterales dañinos para el paciente. Un buen médico tiene que tomar en cuenta este tipo de variables.
- Los riesgos previsibles para la salud o incluso la vida del paciente, eventualmente implicados en el uso del medio. También este tipo de efectos pueden ser previsibles, porque la ciencia ya los conoce, ya están estadísticamente registrados y por eso se puede tomar esta posición. Observen que ésta es una consideración técnico-médica por parte del médico,

porque también hay consideraciones por el lado del paciente.

- La posibilidad actual de recurrir a alternativas terapéuticas de igual o mayor eficacia, porque, obviamente, si hay una mejor manera de enfrentar la situación, una correcta deontología médica exige que se ponga en práctica.

- Por último, la cuantificación de los recursos sanitarios necesarios para la utilización del medio. Este argumento es siempre un poco crítico; aquí no se quiere decir de ninguna manera que una específica vida humana tenga un valor correspondiente económico o de recursos sanitarios tal que merezca una determinada cantidad de recursos y no más de esto. Lo que se quiere decir es que, en particular en los países occidentales, por ejemplo, donde lamentablemente siempre los recursos sanitarios son limitados, hay que establecer criterios para distribuirlos de manera justa, correcta, ética y que puedan dar la mejor respuesta posible a los enfermos. Si se cuenta, por ejemplo, con dos lugares de reanimación y tres camas en un departamento médico y cinco enfermos, se tienen que elegir criterios para poder decidir a quiénes se les entregan estos recursos primariamente. Si no se eligieran los criterios se estaría realizando un acto de injusticia.

La segunda fase es la valoración de la ordinariedad o, por el contrario, la extraordinariedad. Ya se ha dicho que esta frase se interesa principalmente en

los aspectos prevalentemente subjetivos de la intervención médica, es decir, los que son más estrechamente dependientes de la subjetividad del paciente; es por eso que la valoración de la fase pertenece exclusivamente al paciente mismo, o cuando el paciente no está en condiciones, a su legítimo representante. Hay que tener en cuenta que es necesario que esta evaluación sea de tipo relativo, que no significa relativista, sino relativa al paciente mismo, es decir, una encarnación en el sujeto del que se está tratando.

Ahora bien, ¿cómo se hace el juicio de extraordinariedad? A causa del bien fundamental de la vida, que es esencial para cada uno de nosotros, hay que tener una presunción de ordinariedad de los medios de conservación de la vida, dicho en otras palabras: si se tiene el deber de conservar la propia vida, un medio que ayuda a este fin debe ser considerado como un medio ordinario. Por todo esto se puede decir que un medio de conservación de la vida debe ser siempre considerado como ordinario, salvo que su uso en la situación específica no comporte para el paciente, según su prudente juicio, al menos un elemento significativo que connote la extraordinariedad. En definitiva el problema es ver si hay por lo menos un elemento de extraordinariedad significativo, porque normalmente es ordinario conservar la vida, si no ocurre nada que lo vuelva extraordinario; no es que cada vez que se tiene que elaborar

una decisión se parte del nivel cero -preguntándose si se debe conservar o no la vida-, hacer eso sería no aceptar el fundamento antropológico de base.

¿Cuáles son los criterios que el paciente tiene el deber de considerar para llegar a este juicio, para verificar si hay elementos significativos de extraordinariedad? En primer lugar se debe considerar, como ya se ha mencionado según la tradición moral, la existencia o no de una cuasi-imposibilidad, es decir, una dificultad del paciente de tal grado que constituye casi una imposibilidad, por diversas causas. Una de ellas puede ser un esfuerzo excesivo para alcanzar o utilizar el medio, por ejemplo, un viaje demasiado largo o continuo que no puede ser enfrentado por parte del paciente, la experiencia de un dolor físico notorio o insoportable que no pueda ser suficientemente calmado. Segundo, mientras que en los criterios de la proporcionalidad era necesario hacer una evaluación comparada de los mismos, donde había que evaluar a todos los criterios juntos para que den una respuesta de proporcionalidad, en este caso basta con que uno de estos criterios sea considerado desproporcionado por el paciente para que un medio se demuestre como extraordinario para él. Tercero, los costos económicos conexos al uso del medio: que sean demasiado gravosos para el paciente o para sus familiares. Este elemento es particularmente importante,

## VIDA Y ÉTICA

---

por ejemplo, en los países donde no hay todavía un sistema de salud público y/o en las situaciones en las que el paciente tiene a su cargo los gastos de la curación. Cuarto, la experiencia de un tremendo pánico o una repugnancia fuerte con respecto a la utilización del medio.

Estos primeros cuatro son factores que pueden constituir tal vez una cuasi imposibilidad, pero hay otros factores, por lo menos otros tres, que no constituyen una cuasi imposibilidad pero son factores posibles de extraordinariedad. Ante todo una probabilidad racionalmente alta de que ocurran graves riesgos para la vida o salud del paciente. Aquí no se están repitiendo conceptos mencionados con anterioridad en la presentación, ya que antes se hizo referencia a la evaluación del riesgo por parte del médico, quien puede establecer según las estadísticas mundiales que, por ejemplo, tal intervención tiene tal porcentaje de riesgo, concluyendo que aquél es un riesgo estadísticamente aceptable, teniendo en cuenta la gravedad de la enfermedad y el beneficio que puede otorgar la intervención. Sin embargo, el paciente puede agradecer muchísimo la estadística y afirmar que tiene el derecho a elegir si siente someterse a este tipo de riesgo o no. Entonces es una evaluación personal.

Segundo, una baja tasa de eficacia global del medio en relación a los beneficios razonablemente esperados por el

paciente, valorados según la escala axiológica que él adopta. Puede ocurrir que un medio que tenga objetivamente una eficacia técnico-médica en la situación global del paciente, no tenga para él, sin embargo, un real valor de eficacia. Por ejemplo, si su situación es totalmente tendiente al final o tan destruida que no tiene sentido poder hacer algo que en sí mismo sería eficaz, pero no lo es para resolver su situación.

Y tercero, la permanencia del uso del medio en condiciones clínicas tales que impidan al paciente el cumplimiento de deberes morales más graves. Puede ser que una intervención médica induzca al paciente, por ejemplo, en un estado de coma farmacológico o situaciones similares, que lo pongan por un tiempo prolongado en circunstancias en las cuales el paciente no puede cumplir otros deberes más urgentes e importantes. Esto podría ser también un elemento de extraordinariedad.

Finalmente ¿qué se hace con la extraordinariedad? Ya se han mencionado todos los elementos necesarios para concluir de manera ético-normativa, es decir, para dar indicaciones operativas que sean éticamente adecuadas. Ésta es la tercera fase.

Hasta aquí se ha hablado de medios de conservación de la vida y del equipo médico que evalúa técnicamente el uso

del medio y concluye si es un medio proporcionado o no, si se adecua técnicamente al alcance de un objetivo médico. Por otra parte, el paciente evalúa el mismo medio, siempre en diálogo con el médico, y concluye con lo que es normalmente ordinario y tal vez extraordinario.

Si se intentan poner juntas estas dos posibilidades, se puede concluir en cuatro alternativas:

- Primero, medios que se presenten en la situación como proporcionados y ordinarios.
- Segundo, medios proporcionados y extraordinarios.
- Tercero y cuarto, medios desproporcionados, porque técnicamente son excesivos, pero podrían ser considerados ordinarios o extraordinarios por el paciente.

Hasta aquí se ha descrito la situación. Sólo falta decir desde un punto de vista ético en esta situación ¿a qué corresponden estas posibilidades?, ¿qué tenemos que hacer cuando los medios a utilizar presentan alguna de estas cuatro alternativas?, ¿cómo se evalúa?

La obligación moral de la utilización de algún medio de conservación de la vida puede ser categorizada en base a tres categorías morales: la primera es la de la obligatoriedad (un medio éticamente obligatorio); la segunda es la de

"opcionalidad" (por así llamarla, ya que se refiere a su carácter de opcional); y la tercera es la de ilicitud (cuando el medio se presenta como ilícito).

En el primer caso se va a evaluar el uso del medio, y si la evaluación médica considera que se trata de un medio proporcionado, adecuado y en la evaluación del paciente no hay elementos de extraordinariedad, entonces es un medio ordinario. Desde un punto de vista ético se llega a la conclusión de que el empleo de este medio es obligatorio, tanto para el paciente de emplearlo como para el médico de proporcionarlo.

Si en contra al juicio del paciente, siempre frente a un medio proporcionado desde un punto de vista técnico-médico, es que se ha evidenciado un elemento significativo de extraordinariedad (uno o más), el juicio ético será de opcionalidad, es decir que el empleo del medio será optativo. Será el paciente quien decidirá libremente si lo utiliza o no. Si elige usarlo, el médico tiene la obligación moral de proporcionar el medio. Siempre está presente la excepción, la cual los autores tradicionales ya habían subrayado, del caso en el cual este medio es la única vía que tiene el paciente de realizar deberes morales más urgentes e importantes.

¿Qué decir cuando el juicio técnico-médico de la primera fase considera que

VIDA Y ÉTICA

---

el empleo de este medio es desproporcionado, médicamente hablando? A mi parecer, por parte del paciente, ya sea que se trate de un medio ordinario o extraordinario, siempre un medio desproporcionado se convierte en un medio ilícito, porque cuando se dice que un medio es desproporcionado, es decir que no es adecuado técnicamente al alcance de un objetivo de salud, se está diciendo que es un medio ineficaz.

Cuando se dice que un medio es ineficaz es posible describir tres situaciones con este concepto. En el primer caso podría ser desproporcionado, ya que procura un cierto beneficio al paciente pero no es una eficacia suficiente para superar los eventuales efectos colaterales o nocivos; ésta es la mejor situación posible para un medio desproporcionado. La segunda posibilidad es que no está en grado de procurar algún beneficio, es ineficaz porque no logra realizar algún beneficio. El tercer caso es el peor y es

que no sólo no procure un beneficio sino que se vuelva nocivo para la salud del paciente. Sólo la primera hipótesis, cuando el medio proporciona un pequeño beneficio, podría generar también una excepción: el uso del medio podría ser lícito sólo en el caso en el que el medio proporcione un pequeño beneficio y su uso represente para el paciente el único medio que tiene a disposición para poder asumir sus deberes morales. Aunque sea un medio desproporcionado quizás sea la única manera que se tiene para prolongar dos días de la vida, pero esos días son fundamentales para cumplir deberes morales hacia la familia o hacia Dios o situaciones de este estilo. En los otros dos casos, en los que la utilización del medio hace mal o no hace nada, especialmente en este último, emplearlos sería un disfrutar de forma mala de un recurso sanitario que podría ser empleado por otros pacientes, teniendo en cuenta que al que se le está aplicando no le está ofreciendo ningún beneficio.