

5. BIOÉTICA Y MEDICINA INTENSIVA

Sergio Lucio Torales
Profesor-investigador, UAA

En este trabajo me propongo hablar de dos aspectos fundamentales de la medicina intensiva: criterios de ingreso a estos servicios de salud y limitación del esfuerzo terapéutico. La razón por la cual abordo estos dos aspectos de la medicina crítica es porque en ellos se generan los problemas y conflictos éticos más relevantes del final de la vida humana, como el valor mismo de la vida humana; el iniciar o no iniciar un tratamiento; el retirar o continuar con las medidas de soporte vital; la confusión entre la limitación de estas medidas de soporte vital y la eutanasia pasiva; la dignidad de la persona; el derecho a una muerte digna; la justicia en la distribución de los recursos; los conflictos entre principios, etcétera. El objetivo que pretendemos alcanzar en esta pequeña investigación es esclarecer estas cuestiones y darles respuesta, en la medida de lo posible.

Para lograr esta meta, adoptaremos la orientación principialista, orientación que, a pesar de todas las críticas que ha recibido,³² sigue siendo un método adecuado para plantear y

32 Críticas amplias al principialismo se encuentran en: Toulmin, Stephen, "The tyranny of Principles", *The Hastings Center Report*, vol. 11, núm. 5, 1981, pp.

resolver las cuestiones que se presentan en las unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, nuestra perspectiva no será la de los filósofos norteamericanos Beauchamp y Childress, creadores de esta corriente bioética, sino la de Diego Gracia, quien distingue dos niveles jerárquicos en estos principios: no maleficencia y justicia (nivel 1), y autonomía y beneficencia (nivel 2).³³ Esta distinción de niveles es importante porque nos proporciona un punto de partida sólido y un método para afrontar y dar respuesta a los conflictos bioéticos que se originan en la clínica.

La exposición de este tema consta de tres partes: la primera está dedicada a la clarificación del concepto de medicina intensiva, la segunda a la aplicación de los principios al tema seleccionado, y la tercera a conclusiones.

1. El concepto de medicina intensiva o crítica

La medicina intensiva o crítica surgió en un contexto de conflictos bélicos (la Guerra de Crimea,³⁴ la Segunda Guerra Mundial, la guerra de Corea³⁵ y la de Vietnam³⁶) y de grandes epidemias

31-39 y Peleegrino, Edmund, D. "La metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años", en Couceiro, Azucena, *Bioética para clínicos*, Editorial Triacastela, Madrid, 1999, pp. 80-81.

33 Gracia Guillén, Diego, "Planteamiento general de la bioética", en Couceiro, Azucena (ed.), *Op. cit.*, p. 30.

34 La Guerra de Crimea fue un conflicto bélico entre el Imperio Ruso y la alianza del Reino Unido, Francia, el Imperio Otomano (hasta cierto punto) y el Reino de Piamonte y Cerdeña, que tuvo lugar entre los años 1854-1856. http://es.wikipedia.org/wiki/Guerra_de_Crimea

35 La Guerra de Corea ocurrió entre el 25 de junio de 1950 y el 27 de julio de 1953. El conflicto fue entre Corea del Norte (comunista) y Corea del Sur (capitalista). Al primer país lo apoyó China y al segundo E.U., Australia, Canadá y el Reino Unido http://es.wikipedia.org/wiki/Guerra_de_Corea.

36 La Guerra de Vietnam, llamada también Segunda Guerra de Indochina y Guerra de Estados Unidos, fue un enfrentamiento entre los estados de Vietnam del Sur y Vietnam del Norte entre 1958 y 1975.

de poliomielitis que azotaron a Europa y América en el siglo xx. En este contexto, fue como se crearon y consolidaron las unidades de cuidados intensivos (UCI) para atender a enfermos críticos con posibilidades de revertir su situación. La primera de estas unidades, tal como hoy se conocen, nació en Inglaterra en 1964 y se difundió, a partir de esa fecha, a todo el mundo occidental.³⁷

Diversos aspectos de carácter científico-tecnológico y social contribuyeron al desarrollo y consolidación de estos centros de salud. Como muestra de los primeros, podemos mencionar: la mejora en el conocimiento fisiológico de los estados de amenaza vital y la invención de medidas terapéuticas que hicieron posible revertir algunas enfermedades que hasta entonces se consideraban mortales; los avances en la biotecnología y la tecnología aplicados a la clínica, permitieron mantener las funciones vitales con procedimientos artificiales, como los respiradores mecánicos;³⁸ los sistemas de soporte circulatorio, como el masaje cardíaco; la estimulación eléctrica del corazón, la diálisis, etc., dejaron de ser sinónimo de muerte; la monitorización electrónica, trasladada de la aeronáutica a la medicina, permitió tomar de forma inmediata y fiable ciertas decisiones. Como ilustración del segundo, tenemos el llamado *estado de bienestar*, estado que demandaba mayores niveles de salud y calidad de vida para todos, pero, al entrar en crisis en los años setenta, obligó a los clínicos a racionalizar las indicaciones, establecer criterios de ingreso a estas unidades y a elaborar protocolos y guías de actuación ante las situaciones más conflictivas. Se trataba, en última instancia, de administrar de manera equitativa los escasos recursos.

37 Un desarrollo más amplio de la historia de la medicina intensiva se encuentra en: Gómez Rubí, J. A. y Caparros Fernández de Aguilar, T. "El paciente crítico y la medicina intensiva", en Gómez Rubí, J. A. y Abizanda Campos, R. (Coords.), *Bioética y medicina intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico*, en *Medicina crítica práctica*, SEMICYUC-EDIKA MED, Barcelona, 1998, pp. 18-20.

38 El respirador mecánico puede mantener con vida a una persona.

Aunque de alguna manera ya se ha dicho en los párrafos anteriores en qué consiste la medicina intensiva, sin embargo, consideramos pertinente precisar el significado de este concepto. La Comisión Nacional de Medicina Intensiva del Consejo Nacional de Especialidades Médicas (España) lo define como aquella actividad “que se ocupa de pacientes que sufren alteración en sus funciones vitales de tal gravedad, que representan una amenaza actual o potencial para la vida y que, al menos en principio, son susceptibles de recuperación”.³⁹ Tres características resaltan en esta definición: *alteraciones graves, amenaza actual o potencial y posibilidad de recuperación*. La primera característica no presenta dificultad alguna para su comprensión. De la segunda nota habría que decir que una amenaza actual es cuando el paciente tiene alterada alguna de sus funciones vitales y necesita medidas de soporte artificial de carácter mecánico, eléctrico o farmacológico; y es potencial cuando aparentemente el estado clínico del paciente es estable, pero hay probabilidad de que aparezcan alguno de los fracasos orgánicos vitales. La tercera característica nos indica que sólo es un paciente crítico aquél que tiene posibilidades de recuperación.⁴⁰ Estas tres notas son las que se han de tener en cuenta a la hora de seleccionar a los pacientes.

2. El principialismo y sus aplicaciones

2.1. Principio de no maleficencia

Este principio, presente en el *Juramento Hipocrático* y en el *Informe Belmont*, fue considerado independiente del de

39 Comisión Nacional de Medicina Intensiva del Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Programa de formación para médicos especialistas en medicina intensiva, *Medicina intensiva*, 1993; 293-300.

40 Gómez Rubí, J.A. y Caparrós Fernández de Aguilar, T., *Op. cit.*, pp. 17-18.

beneficencia por Beauchamp y Childress. Estos autores lo formularon de la siguiente manera: “no se debe causar daño o mal”.⁴¹ Esto implica conocer la buena práctica médica, no actuar negligentemente, ni imprudentemente, minimizar los riesgos que toda actuación diagnóstica o terapéutica representa, evitando utilizar procedimientos cuya relación riesgo-beneficio no sea correcta.⁴²

Aplicación de este principio a los criterios de ingreso a las unidades de cuidados intensivos. En el mismo proceso de decidir quién ingresa o no a estos servicios de salud se puede ser maleficente, porque pueden quedar fuera pacientes críticos recuperables o ingresar a pacientes que no tienen ninguna posibilidad de recuperación. El daño que se causa en el primer caso es mortal, en el sentido de que se expone a la persona a una muerte segura; y, en el segundo, se prolonga el proceso de morir o, lo que es lo mismo, se incurre en el denominado “encarnizamiento terapéutico”. Es por eso que sólo se han de admitir a pacientes críticos con posibilidades de revertir el proceso de muerte. Cuando se obra de esta manera, los principios de no maleficencia y justicia se cumplen adecuadamente.

En el proceso de selección suelen presentarse situaciones de arbitrariedad y dificultades significativas para aplicar los llamados índices de gravedad. En el primer caso estamos ante instituciones de salud que no cuentan con criterios objetivos para decidir quién ingresa o se queda fuera de estos servicios. La decisión queda a merced de aspectos meramente subjetivos o circunstanciales (lugar donde se vive, hospital que le corresponde, el médico de guardia que esté aquel día, disponibilidad de camas, edad, etc.), provocando grandes daños a la dignidad de la persona. Esta situación merece ser

41 Beauchamp, Tom L. y Childress, Jaime F. *Principios de ética biomédica*, Masson, Barcelona, 2002, p. 181.

42 Gómez Rubí, J. A. “Medicina y sociedad: la razón de la bioética actual”, en Gómez Rubí, J. A. y Abizanda Campos, R. (Coords.), *Op. cit.*, p. 11.

repudiada por completo y exigir el establecimiento de directrices objetivas que garanticen la igualdad de derechos de todas las personas en igualdad de situaciones.

En el segundo caso, los índices de gravedad (Apache III, el SAPS II, y el MPM) son de gran ayuda en la toma de decisiones en el *triage*,⁴³ por la ayuda que prestan para identificar pacientes con mejor pronóstico, pero son muy difíciles de aplicar en casos concretos, debido a su sensibilidad. Además, si a lo anterior agregamos que en estos índices no están contemplados los aspectos del paciente, como el deseo de vivir, la respuesta individual al tratamiento, la expresión variable de la enfermedad, la concepción de la calidad de vida que éste tiene, la toma de decisiones se vuelve sumamente compleja. Pero esta complejidad no justifica abrir la puerta a la arbitrariedad, sino se debe buscar la forma de conjugar estos dos elementos para tomar decisiones.

Por otra parte, la limitación del esfuerzo terapéutico también presenta serias dificultades. En principio, esta acción se ha de realizar cuando un paciente crítico ya no tiene ninguna expectativa de recuperación. Nunca hay que olvidar que ni la vida es un valor absoluto que tenga que perseguirse a toda costa, ni la medicina debe representar una lucha ciega contra la muerte, pues dicha muerte no es más que el final natural de todo ser vivo. Seguir aplicando estas medidas de soporte vital a estos pacientes es dañar su dignidad y obstaculizar una muerte digna.

Un conflicto ético que se presenta comúnmente entre los intensivistas es el referente a no iniciar o suspender el tratamiento. Para la gran mayoría de ellos es más fácil no iniciarlo que suspenderlo cuando se ha iniciado. La respuesta a este conflicto es que, desde el punto de vista moral, no hay ninguna

43 Palabra francesa que significa "clasificar", "escoger" o "elegir". Esta palabra se ha utilizado para clasificar diversos asuntos. En la medicina intensiva se emplea para admitir o dar de alta a los pacientes.

diferencia entre estas dos acciones. Esta idea la apoya Daniel Callahan cuando afirma que los médicos deben “aceptar el hecho de que una enfermedad no puede controlarse a pesar de haber hecho un esfuerzo para ello y suspender un tratamiento es moralmente tan aceptable como decidir previamente que la enfermedad no puede ser controlada de manera eficaz y no iniciar medidas de soporte... En el caso de la retirada del respirador, es razonable decidir que, dado que la vida se mantiene artificialmente y que esta medida es necesaria debido a la existencia de una enfermedad incapacitante, dicha enfermedad es la responsable directa de la muerte del paciente”.⁴⁴

En el texto referido, Callahan no sólo resuelve la cuestión que venimos tratando, sino que también deja en claro que la limitación del esfuerzo terapéutico no es sinónimo de eutanasia. Es un error grave identificar estos conceptos, debido a la diferencia de sus propósitos. En efecto, lo que caracteriza a cualquier tipo de eutanasia es la intención de provocar la muerte, ya sea por acción u omisión; en cambio, el no iniciar el tratamiento tiene por objeto evitar una situación degradante para el enfermo que resulta incompatible con la dignidad humana. Si bien los resultados son coincidentes, la intención marca la diferencia.

Ahora bien, suspender las medidas de soporte vital a un paciente no quiere decir que se le deje de atender, ya que existe una obligación ética de acompañar al paciente durante el proceso de la muerte y garantizar que reciba las necesarias medidas de bienestar, cuidados, analgesia, sedación, asegurando la ausencia del dolor físico y psíquico.⁴⁵ En este punto es donde la medicina curativa toca sus límites y da paso a los

44 Callahan, D., *What Kind of Life*, Simon and Schuster, New York, 1990. Citado por Cabré, L. y Solana Durán, J. F. “Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva”, en *Medicina Intensiva*, vol. 26, núm. 6, Barcelona, 2002, pp. 304-311.

45 Cabre Pericas, L. y Solana Durán, J. F. “Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva”, en *Medicina intensiva*, *Op. cit.*

llamados cuidados paliativos, donde importa más el acompañamiento, la vida en familia, la atención psicológica, etcétera.

2.2. Principio de justicia

Aunque este principio también ya se encontraba en el Juramento Hipocrático y en la Declaración de Ginebra; sin embargo, fue el Informe Belmont el que lo definió con toda claridad. Tal informe define la justicia como el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios.

Este principio, en el ámbito de la toma de decisiones en medicina intensiva, se materializa en dos problemas básicos: uno de justicia distributiva y otro de equidad. En cuanto al primero, sabemos que las unidades de cuidados intensivos son las que más gastos erogan, por la tecnología y recursos humanos que consumen; sin embargo, a pesar de esto, dichos recursos no son suficientes para cubrir la demanda de estos servicios. Una muestra de ello es la limitación de camas. Este dato obliga a los intensivistas a ser muy cuidadosos en la selección de estos pacientes para no transgredir este principio.

Ciertamente, la limitación de recursos no es competencia de las instituciones hospitalarias, sino del Estado, pero éstas tienen el deber moral de exigirle mayores recursos para estas unidades. Lo que sí está en manos de estas instituciones es el no rechazar a pacientes en situaciones críticas y con posibilidades de recuperarse, pues el principio de justicia señala que ante la escasez de recursos (falta de camas) no se debe discriminar a nadie que cubra las características de paciente crítico.

Con respecto al segundo problema, el principio de justicia exige que la distribución de recursos sea equitativa. Ahora bien, si la salud se considera un derecho de toda la población, el trato debe de ser igualitario para todos. Esto implica que los criterios de ingreso han de ser muy claros en las unidades de

cuidados intensivos, de tal manera que pacientes en igualdad de condiciones deben ser aceptados o rechazados. Lo cierto es que los criterios no son tan claros, por lo que no se logra la equidad y, por tanto, estamos ante sistemas de salud injustos.

Otro problema de equidad es el relacionado con la limitación del esfuerzo terapéutico. La retirada o limitación de las medidas de soporte vital no sólo son actos en los que se impide hacer daño al paciente, sino que también son actos de justicia, ya que estas acciones traen como consecuencia que pacientes sin esperanza de recuperación o pacientes en estado vegetativo persistente sigan ocupando lugares que podrían ser de utilidad para otros con mayor grado de probabilidad de recuperación. Continuar manteniendo a estos pacientes en las unidades de cuidados intensivos es quebrantar el principio de equidad. Por eso, una vez que se ha diagnosticado la irreversibilidad de la enfermedad en un paciente ya no hay razones que justifiquen su estancia.

2.3. Principio de autonomía

Este principio aparece por primera vez en el Informe Belmont, el cual lo define de la siguiente manera: “Una persona autónoma es un individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación”⁴⁶. Este principio se materializa en el llamado consentimiento informado y en las decisiones de sustitución. Veamos cómo se expresan estos dos aspectos en la toma de decisiones de la medicina intensiva.

El consentimiento informado “es un proceso de información que debe de recibir un paciente antes de dar su consentimiento a cualquier intervención diagnóstica o terapéutica”.⁴⁷ Para que éste se produzca se requieren, según

46 Simón, Pablo, *El consentimiento informado*, Triacastela, Madrid, 2000, p. 121.

47 Gomez Rubi, J. A., *Op. cit.*, p. 11.

Simón Lorda, los siguientes requisitos: elementos iniciales (competencia para entender y decidir, y voluntariedad para decidir); elementos informativos (exposición de la información material, recomendación de un plan y comprensión de exposición y recomendación); y elementos de consentimiento (decisión a favor de un plan y autorización del plan elegido).⁴⁸

Comencemos por analizar la competencia para ver si tiene lugar en la medicina intensiva, ya que de esto depende que se den los demás elementos que conforman este proceso. Para Beauchamp y Childress, “un paciente o un individuo es competente para tomar una decisión si es capaz de entender la información material, de hacer un juicio sobre dicha información tomando como base sus valores personales, de pretender alcanzar un determinado objetivo y de exponer sus deseos ante sus cuidadores o investigadores”.⁴⁹ Si aplicamos esta idea a los pacientes que están en proceso de ser ingresados a las unidades de cuidados intensivos, podemos observar que la gran mayoría de ellos son incapaces de recibir y comprender la información que se les pudiera proporcionar, de poder realizar juicios sobre dicha información tomando en consideración sus propios deseos y valores personales, de pretender alcanzar un objetivo y de expresar sus deseos a los diferentes profesionales sanitarios que intervienen en su atención, debido a la presencia de factores biológicos y terapéuticos que pueden alterar la función cognitiva y la comunicación, como la confusión, la amnesia, la sedación, el delirio, la ansiedad, el dolor, la depresión del sueño, la medicación y la intubación traqueal.⁵⁰ Por lo tanto, la gran mayoría de estos pacientes carecen de capacidad para decidir ingresar o no a estos servicios médicos, por ser incapaces de entender el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de su enfermedad. Si esto es así,

48 Simón, Pablo, *Op. cit.*, p. 122.

49 Beauchamp, Tom L. y Childress, James F., *Op. cit.*, p. 125.

50 Cabre Pericas, L. y Solana Durán, J.F., *Op. cit.*, p. 306.

todos los demás elementos que conforman el consentimiento informado no tienen lugar en ellos.

Ante tal incompetencia, los médicos hacen uso del llamado “privilegio terapéutico”, que los exime de la obligación de informar al paciente y a sus familiares de su situación, favoreciendo el paternalismo médico, muy generalizado, por cierto, en estos centros de salud. Esta situación merece ser revisada, porque no hay ninguna razón moral que justifique prescindir de las preferencias y deseos de los pacientes, pues, aunque éstos no sean aptos para expresarlas directamente, bien pueden hacerlo a través de sus familiares más cercanos⁵¹ o de documentos escritos.

Ciertamente, el paciente puede hacerse escuchar mediante estas dos alternativas, pero no hay que desconocer que ambos medios presentan ciertos inconvenientes. Con respecto a los familiares, cabe señalar que en muchas ocasiones no hay coincidencia entre las opiniones de los familiares y las del paciente, lo cual genera verdaderos conflictos éticos. Cuando esta situación tenga lugar, el médico está obligado a desconocer las opiniones de los familiares y procurar el bien del paciente. Si no lo puede hacer por la vía de la razón, puede echar mano de mecanismos judiciales. En cuanto a los documentos escritos, éstos tienen la desventaja de no ser legales y de no contemplar la complejidad que encierra un acto terapéutico, por lo que sería más adecuado hacerse escuchar a través de representantes legales.

Así pues, los pacientes tienen derecho de aceptar o rechazar las medidas de soporte vital; pero, si la decisión es negativa y el médico no está de acuerdo con ella, éste tiene derecho de negarse a participar y dejar que otro profesional se haga cargo de él. Ahora bien, siempre que un paciente haya expresado previamente sus deseos de rechazar algunos tratamientos de

51 Brussino, Silvia L. “Limitaciones de medidas de soporte vital en terapia intensiva. Consideraciones bioéticas, en www.cuadernos.bioetica.org/reseñas8.htm.

soporte vital, hay obligación ética de respetarlos; por el contrario, ningún médico está obligado moralmente a respetar la petición de un tratamiento si éste lo considera contraindicado. Cada vez que se presentan estos casos, los principios de autonomía y no maleficencia se enfrentan, teniendo primacía el segundo sobre el primero.

Otro aspecto muy controvertido en la medicina intensiva es el criterio de futilidad. Este problema aparece cuando no hay acuerdo entre el médico y el enfermo sobre el significado de este concepto. Para un sanitario, la futilidad “es aquel acto médico cuya aplicación a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado”.⁵² El enfermo, por el contrario, puede considerar que un tratamiento es beneficioso si prolonga su vida con un nivel de calidad aceptable (por ejemplo, ventilación domiciliaria), opinión que no comparte el profesional de la salud. Según el intensivista Solsona, este problema se puede resolver “con una información adecuada al paciente y a su familia de la relación coste/beneficio del procedimiento y en último caso recurriendo a comités institucionales de ética”.⁵³

2.4. Principio de beneficencia

Este principio representó durante siglos la ética médica. En este principio se hacía caso omiso de las opiniones de los pacientes, a tal grado que se imponía incluso en contra de éstos.

52 Iceta, M., “El concepto médico de futilidad y su aplicación clínica”, Departamento de Bioética, Universidad de Navarra, Pamplona, 1995 (Tesis doctoral). Citado por Cabre Pericas, L. *et al.*, “Limitación del esfuerzo...”

53 Solosona, J. F., “Bioeticistas e intensivistas ¿Respuesta diferente a los problemas éticos de una UCI?”, *Medicina Intensiva*, vol. 20, núm. 1, Barcelona, 1996, p. 46.

Ahora, el respeto a la autonomía lo ha matizado significativamente. El Informe Belmont entiende la beneficencia no como un acto de bondad o caridad, sino como una obligación. De ahí que el profesional de la salud esté obligado moralmente a no hacer daño y a extremar los posibles beneficios y minimizar los riesgos.

Aplicado este principio a los criterios de ingreso, tiene lugar cuando sólo se admiten pacientes críticos recuperables y se rechazan los irrecuperables. Además, cuando la actitud del médico es la de restaurar, en la medida de lo posible, la salud de estos pacientes, maximizando su beneficio y minimizando los riesgos; para lo cual tiene que proporcionar al paciente una información detallada sobre el tratamiento, sus alternativas, los riesgos y los beneficios y tener en cuenta sus preferencias y valores. Es decir, todo lo anterior es imposible de alcanzar sin tener en cuenta el principio de autonomía, pues no se puede definir el bien del paciente sin contar con sus opiniones.

Por otra parte, este principio, aplicado a la limitación del soporte vital, se cumple cuando se suspenden estas medidas de soporte vital en el momento en que un paciente ya no es recuperable. Cabe señalar que el bien no sólo lo está determinan parámetros biológicos, sino también la integridad del paciente como persona, incluyendo, desde luego, su calidad de vida. Por lo que aplicar al máximo medidas de soporte vital a pacientes sin expectativas de recuperación y su relación con el mundo, en lugar de favorecer al paciente se estaría dañando su dignidad. En medicina intensiva donde la tecnología ha tenido y sigue teniendo grandes avances, no todo lo técnicamente posible resulta beneficioso para el enfermo.

Conclusión

La toma de decisiones en medicina intensiva, con todas las limitaciones que pudiera tener, no deben quedarse exclusivamente en manos de los profesionales de la salud, sino que han de contar con los deseos y valores de los pacientes (aspiraciones, temores, soledad, angustias, ansiedad, sufrimiento, consentimiento expreso o presunto, creencias religiosas y políticas, aspectos económicos, etc.), así como de los recursos que la sociedad a través del Estado destina a las unidades de cuidados intensivos. La decisión debe ser el resultado de un diálogo entre sanitarios, pacientes y sociedad. Si falta uno de estos elementos, la decisión no es propiamente bioética. La bioética aspira a que cada uno de los sujetos de la relación asuma el papel que le toca desempeñar. Nadie debe usurpar funciones que no le corresponden. Los profesionales de la salud, los pacientes y la sociedad en su conjunto han de emprender un proceso educativo, que les permita constituirse en verdaderos sujetos morales. Sólo así será posible hablar de responsabilidad moral. Ciertamente, los ideales de la bioética están muy alejados, salvo raras excepciones, de la realidad en que vivimos, pues las instituciones de salud siguen funcionando como si esta disciplina aún no hubiera nacido; los médicos continúan reproduciendo el modelo autoritario de medicina y ejerciendo papeles que no les corresponden, como el de sentirse amos y señores de los recursos que el Estado les asigna en lugar de asumir la función de meros administradores; y los pacientes muy inmaduros para asumir toda la gama de derechos que les corresponden, con sus respectivas responsabilidades.

Referencias bibliográficas

- Beauchamp, Tom L. y Childress, Jaime F., *Principios de ética biomédica*, Masson, Barcelona, 2002.
- Brussino, Silvia L., “Limitaciones de medidas de soporte vital en terapia intensiva. Consideraciones bioéticas”, en www.cuadernos.bioetica.org/reseñas8.htm.
- Cabré, L. y Solana Durán, J. F. “Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva”, en *Medicina Intensiva*, vol. 26, núm. 6, Barcelona, 2002, pp. 304-311.
- Cabre Pericas, L. y Solana Durán, J. F., “Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva”, en *Medicina intensiva*, vol. 26, núm. 6, Barcelona, 2002, pp. 304-311.
- Comisión Nacional de Medicina Intensiva del Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Programa de formación para médicos especialistas en medicina intensiva, *Medicina intensiva*, 1993; 293-300.
- Couceiro, Azucena, *Bioética para clínicos*, Editorial Triacastela, Madrid, 1999, pp. 80-81.
- Gómez Rubí, J. A. y Abizanda Campos, R. (Coord.), *Bioética y medicina intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico*, en *Medicina crítica práctica*, SEMICYUC-EDIKA MED, Barcelona, 1998.
- Peleeegrino, Edmund, D., “La metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años”, en Couceiro, A., *Bioética para clínicos*, Editorial Triacastela, Madrid, 1999.
- Simón, Pablo, *El consentimiento informado*, Triacastela, Madrid, 2000.
- Solosona, J. F., “Bioeticistas e intensivistas. ¿Respuesta diferente a los problemas éticos de una UCI?”, *Medicina Intensiva*, vol. 20, núm. 1, Barcelona, 1996.
- Toulmin, Stephen, “The tyranny of Principles”, *The Hastings Center Report*, vol. 11, núm. 5, 1981.

