

**DOCUMENTOS**



# ¿MATAR, O DEJAR MORIR?\*

Robert Spaemann

(Traducción del alemán: José María Barrio Maestre)

## La situación actual de la civilización

La perplejidad por las tesis de Peter Singer y su ruptura del tabú sobre la eutanasia, dominante desde 1945, ha ido abriendo una reflexión acerca de los motivos que han llevado a abandonar ese tabú.

En primer término, tropezamos con la situación demográfica de los países occidentales industrializados. Este estado de cosas históricamente no tiene parangón posible. El desarrollo de la Medicina conduce a que haya cada vez más personas mayores de edad, y al mismo tiempo los medios de comunicación que forman la opinión pública propagan desde hace décadas un estilo de vida según el cual pronto habrá cada vez menos personas jóvenes para poder alimentar a los mayores. La «píldora», como siempre pudo suponerse, favorece esa tendencia. Además, el llamado acuerdo generacional, que lamentablemente se concibe no entre tres sino entre dos generaciones, privilegia económicamente a quienes

prefieren dejarse mantener en la edad de los hijos de otra gente. Si las cosas siguen así, cabe esperar que estas personas no se sientan entusiasmadas ante tal perspectiva.

Pronto se llegará a esto. Sería ingenuo ver como casual que justamente en este momento y precisamente en esos mismos países industriales de Occidente se legalice la muerte de personas enfermas o ancianas o que se exija que empiece a discutirse en serio esa posibilidad. En este contexto no hace falta justificar la eutanasia con la excusa de la situación demográfica. Incluso sería contraproducente que esa relación desarrollara toda su latente sinergia. Tampoco los psiquiatras que durante el III Reich ejecutaban el programa homicida de eutanasia argumentaban desde el punto de vista sociopolítico, sino desde los intereses vitales «bien entendidos» del individuo. «Vida carente de valor» era el lenguaje empleado en aquella época; vida que para quien ha de vivirla ya no merece ser vivida. Y la película «Yo acuso» (*Ich klage an*), que con la supervisión de Joseph Goebbels buscaba promocionar el programa de exterminio, acuñó el término narcotizante de «muerte a petición». La

---

\* «Toten oder Sterbenlassen?», originalmente publicado en *Aufklärung und Kritik*, Sonderheft 11 /2006, pp. 80-88.

muerte debía aparecer como un acto de amor y compasión, como ayuda «a una muerte digna».

Probablemente hoy ya no existe ningún grupo de poderosos que instrumentalice conscientemente la compasión al servicio de una estrategia de política demográfica. Pero hay situaciones de intereses objetivos. Hay tendencias que son resultado de esas situaciones de interés, y exigencias cuya expectativa reside en que ésta acabe respondiendo a dichas tendencias. También hay «ambientes propicios».

Dos factores refuerzan la plausibilidad de la exigencia de legalizar la eutanasia. En primer lugar, el considerable aumento de las posibilidades de prolongar la vida artificialmente. La vieja fórmula de la ética profesional según la cual el médico siempre ha de hacer todo lo que pueda para impedir la muerte —lo que no significa otra cosa que demorarla— se torna problemática, si ese poder sobrepasa una determinada medida. Desde luego, las prótesis pueden sustituir las funciones vitales de un organismo y mantener artificialmente con vida a personas moribundas, con o sin su consentimiento. La decisión de no emplear esos medios, o de terminar de hacer uso de ellos, parece equivalente a una muerte por omisión, sobre todo si el tránsito de la acción a la omisión sólo se lleva a cabo mediante una nueva acción, por ejemplo por la desconexión de un aparato. Sin embargo, ante tal decisión, al ser a menudo admisible y a veces sencillamente inevitable, es natural preguntarse: ¿en qué se distingue realmente una

tal omisión de la activa «ayuda a morir» [eutanasia]? Peter Singer cuestiona esa diferencia: ¿En qué se distingue que una madre asfixie a su hijo con una almohada y que le deje morir de sed? Por su parte, Singer supone que dejar morir de sed o prescindir del respirador artificial son omisiones de la misma especie tan sólo porque ambas conducen por igual a la muerte.

Otro factor decisivo es la orientación básica de la civilización occidental, que propone, por un lado, como fin último de la vida humana, el pasarlo bien, o al menos sentirse bien, y, por otro, que el más alto deber moral estriba en optimizar el mundo mediante el incremento de la cantidad de sensaciones placenteras (incluso los servicios religiosos se evalúan según su capacidad de suministrar «entretenimiento» o diversión, sin tener en cuenta que un clérigo que se hace pasar por *showman* está, sin ningún género de duda, en desventaja si entra en competencia con cualquier payaso o presentador profesional de televisión). En este contexto es ilustrativo lo que Heidegger llamaba «olvido del ser» (*Seinsvergessenheit*): lo relevante no es lo que hombres, animales o plantas *son*, sino cómo *están*, en qué situación se encuentran y qué tipo de vivencias experimentan. El hombre no es más que un portador de ciertas situaciones o estados. Lo que en ningún caso debe ocurrir es hallarse en una situación displacentera. El sufrimiento debe ser alejado a cualquier precio. Y si no hay otra forma de eliminarlo que eliminar al paciente, en ese caso dicha eliminación está plenamente justificada.

## «¿Valor de la vida?»

El concepto de dignidad humana juega un decisivo papel en la exigencia de legalizar la eutanasia. En la mencionada película de los nazis se hablaba del «derecho a una muerte digna», y esta idea es interpretada por el teólogo Hans Küng exactamente en el mismo sentido en que lo hace el párroco que aparece en la película: dignidad humana debe consistir en la capacidad de decidir el momento oportuno para la propia muerte. «¿Acaso no ha dado Dios al hombre la razón?», pregunta el párroco de la película. Con esta interpretación de la dignidad humana se liquida el elemento ético esencial que representaba el nexo de unión entre las grandes tradiciones religiosas.

## El enjuiciamiento del suicidio

Del derecho al suicidio se derivará entonces el derecho a dejarse matar. Esa inferencia es errónea. La despenalización del suicidio es completamente independiente de su enjuiciamiento moral; tampoco significa que esté «permitido por la ley», sino más bien que se sustrae de toda norma jurídica. Ciertamente hay algunas leyes que protegen de modo «paternalista» a los hombres de sí mismos, pero siempre a título de salvaguarda delegada de unos intereses que en todo caso están subordinados al de la propia existencia.

La acción con la que alguien niega definitivamente ese interés y busca separarse de esa red de vínculos que une a todo ser vivo, especialmente a todos los hombres unos con otros, no puede ser

evaluada con los parámetros vigentes dentro de esa red. Ahora bien, todas las acciones y omisiones de otros que impiden, reclaman o ayudan al suicidio de un miembro de la comunidad humana se hallan incluidas en esa red de vínculos, estando por tanto sujetas a las leyes. El suicidio no es un «derecho», sino una acción que se disocia de la esfera del Derecho. De ahí no sale ningún camino que lleve a inferir la existencia de un derecho a matar a otra persona, o bien a ser muerto por ella.

Aun cuando el suicida se excluya del marco jurídico, para un ser social no es irrelevante el modo en que su conducta es percibida moralmente por los demás. El enjuiciamiento del suicidio en nuestra civilización en modo alguno tiene origen judeo-cristiano, tal como se afirma una y otra vez. Ese juicio responde mucho más a una gran tradición filosófica que va desde Sócrates hasta Spinoza y desde Kant hasta Wittgenstein. El Sócrates platónico observa que la vida humana tiene asignada una tarea que nosotros mismos no establecemos, ni de al cual nos está permitido desvincularnos por decisión propia. El sentido de la vida —así como el hecho mismo de vivir— es algo patentemente dado en nosotros pero no por nosotros, y de ahí que no se nos desvele por entero en un determinado momento de ella. «Si se permite el suicidio, entonces todo está permitido», afirma Wittgenstein.

En la mayor parte de los casos el suicidio no es sino la expresión de una debilidad extrema y del empobrecimiento de la capacidad de evaluar la realidad. Legitimar esa conducta como manifestación

de la dignidad humana tiene el perverso efecto de consolidarla mediante la legalización de la ayuda activa al suicidio [eutanasia]. Allá donde la ley permita, o la moral apruebe, el matarse o dejarse matar, los ancianos y enfermos pronto tendrán que responder ante sus cuidadores, parientes y conciudadanos por todos los desvelos, privaciones y cuidados que detraen en su beneficio. Ya no contará el destino, ni la moral, ni la solidaridad, que exigen esos sacrificios; tan sólo interesará que quien demanda esos cuidados pueda exonerar a los demás del cumplimiento de sus obligaciones, y que para eso pueda encargar a otros que le quiten de en medio si por egoísmo o cobardía es incapaz de desalojar él mismo la plaza que ocupa. ¿Quién querría seguir viviendo en tales circunstancias? Del derecho al suicidio surge inevitablemente un deber. Como informa Diógenes Laercio, los estoicos ya habían sacado esa conclusión, e incluso habían instituido un premio moral para el suicida. Quien libremente se quita de en medio puede hacerlo con la conciencia de cumplir con su deber para con la patria y los amigos.

Detrás de esta visión se encuentra el ideal del sabio estoico, que concibe al hombre como sujeto puro de razón, libre de emociones humanas particulares y libre de temor y esperanza, de amor, compasión y odio. No por casualidad relata Diógenes Laercio, inmediatamente después del pasaje referido al suicidio, que entre los sabios estoicos dominaba la promiscuidad, que en las relaciones amorosas se desconocían los celos y las envidias, y que los sabios se apropiaban

de todos los niños. Para ellos no existen la cercanía ni la lejanía, pues esas categorías corresponden al hombre como ser viviente finito. Los sabios aconsejaban siempre el suicidio si la autonomía de la razón pura se veía amenazada por estorbos biológicos. Los estoicos desconocían si realmente existen sabios de este tipo. Ellos lo planteaban como un «ideal». En todo caso, un ideal al que no se puede acercar uno por fases, puesto que la sabiduría encierra todas las virtudes en sí misma: o se posee enteramente o por completo se carece de ella. Agustín ha advertido de la inhumanidad de ese ideal. El sabio «no se alegra con los alegres, y no llora con los que lloran». Así, renuncia también al deseo y a la esperanza de que alguien lllore con él. Cuando se percibe que la vida carece de sentido para el que se sufre, entonces nos encontramos con una sociedad insolidaria como consecuencia de la rehabilitación moral del suicidio y de la muerte a petición, es decir, del silencioso gesto que sin palabras indica: «Por favor, ahí está la salida».

### **El narcótico**

Por lo demás, la muerte a petición solamente constituye el narcótico para hacer más tragadera la eliminación del tabú: ya se podrá dar muerte a quien lleva una «vida indigna de ser vivida», incluso sin su consentimiento. Como dice el viejo Father Smith en el *Síndrome de Tannatos* (1987), de Walker Percy: «¿Sabe Vd adónde conduce el sentimentalismo?... A la cámara de gas». El sentimentalismo es la primera máscara de los asesinos. En

relación con los procesos seguidos contra los médicos que practicaron la eutanasia en el III Reich, el médico americano Leo Alexander escribió en 1949 que «todos los que se ocuparon del origen de esos delitos manifestaron con toda claridad que fueron desarrollándose poco a poco a partir de detalles insignificantes. Al comienzo se apreciaban sutiles modificaciones de acento eutanásico en la actitud fundamental. Se empezaba diciendo que hay circunstancias en las que ya no se puede considerar que una persona lleva una vida digna, consideración ésta que es primordial para el movimiento pro eutanasia. En un estadio inicial esa postura se refería solamente a los enfermos graves y crónicos. Cada vez se fue ensanchando más el campo de quienes caían bajo esa categoría, y así se extendió a los socialmente improductivos, a los indeseables desde el punto de vista ideológico, a los que eran clasificados como racialmente indeseables... No obstante, es decisivo reconocer que la actitud respecto a los enfermos incurables fue el sórdido detonante que tuvo como consecuencia ese cambio total de la conciencia». Que aquí no se trata de una concurrencia histórica casual, sino de una conexión de principio, lo muestra el caso de Holanda, país en el que más de un tercio de las personas eliminadas legalmente al año —hablamos de miles— ya no lo son a petición propia, sino a juicio de parientes y médicos, que entienden que son vidas que ya no merecen vivirse. Lo más terrible es que no se haya escuchado un grito de horror en todo el mundo civilizado a la vista de este hecho. C.S. Lewis no se dejaba

engañar cuando en 1943, en «La abolición del hombre» (*The Abolition of Man*), escribió: «El proceso que, de no ser frenado, puede llegar a destruir a la humanidad, se desarrolla tanto bajo los comunistas y demócratas como lo que se está viendo entre los fascistas. Los métodos pueden variar por la brutalidad. Pero más de un científico con binóculo, más de un dramaturgo de éxito y más de un filósofo aficionado, a la larga persiguen precisamente el mismo objetivo que los nazis que dominan en Alemania». El hecho de que esta catástrofe suceda precisamente en Holanda —un país que presentó tan significativa resistencia al nacionalsocialismo— y que el propio Peter Singer sea un descendiente de las víctimas de aquel crimen —cuyos métodos se ejercieron especialmente contra los débiles— es algo trágico, y no ha ocurrido por casualidad. La certeza de estar del lado bueno fácilmente puede cegar incluso la propia experiencia.

El proceso que va desde la muerte a petición hasta la muerte sin ella, por lo demás tiene la misma lógica que el paso de la aceptación social del suicidio a la legalización de la muerte a petición. Esta última se presenta con la apariencia del derecho a la libre decisión. Pero si se tomara en serio, entonces habría que ejecutar cualquier deseo de morir de un hombre adulto, responsable de sus actos e informado. Mas esto nadie realmente lo quiere. Siempre se establecerá la restricción de que la eutanasia activa sólo podrá ser admitida cuando los motivos de quien desea morir sean «racionales». «Racional» quiere decir la posibilidad

de hacer efectiva esa ayuda por quienes deban prestarla. Y para ejecutar esa ayuda a no pocos les bastaría la justificación de una enfermedad incurable. Sin embargo, tal restricción no tiene nada que ver con el principio de la autodeterminación, e incluso la contradice. ¿Por qué no debería tener cada hombre el derecho a decidir por sí mismo los criterios para evaluar su vida? ¿Por qué debería perjudicar el suicidio ese balance? ¿Por qué no el suicidio por amor? A menudo se dice que tal candidato al suicidio estará contento después de que se le haya impedido realizar esa acción. Pero si se le pone en el instante de su situación desesperada y responde: «Yo sé que el tiempo cambia la valoración de la propia vida, y también cambiaría la mía, pero yo aborrezco esa misma dependencia del tiempo, por lo cual quiero morir tal como estoy ahora», ¿qué podríamos contestarle?

Quien plantea que somos libres para decidir acerca de la condición de posibilidad de toda decisión —es decir, sobre la vida— ¿puede pretender decirle a otro cómo ha de entender él la duración de su vida? ¿No es acaso esto un regreso a un paternalismo antiliberal? ¿Y quién se considera autorizado para decidir acerca de la racionalidad de una evaluación global de la vida que arroje como resultado un balance negativo en términos de felicidad, y que en consecuencia concluya que es mejor ponerle fin? Si concluimos que el suicidio es siempre irracional, cada criterio de racionalidad se convertirá en una orientación tutelar no susceptible de fundamentación. Si finalmente se llega a que en un caso dado lo racional no es la

autodeterminación sino el deseo de morir, y si la decisión sobre esa racionalidad se confía a terceras personas, entonces son ellos los que pueden decidir sobre la vida, incluso en el caso de incapacidad de autodeterminación del candidato a morir, y en su supuestamente «bien entendido» interés. El paso de la muerte a petición a la muerte sin ella se ha producido ya, y ¡Dios nos libre si perdemos el conocimiento o nos volvemos demasiado débiles para defendernos!

### La pérdida de la solidaridad

La petición de despenalizar la eutanasia paradójicamente se justificará con dos argumentos opuestos entre sí. Por un lado, que los hombres son personas, y por tanto sujetos de autodeterminación incondicional y, por otro, que determinados seres humanos no son personas, careciendo así de la dignidad humana, y por tanto han de sobrellevar su eliminación por su propio interés o por el interés de otros. Peter Singer se muestra favorable a liquidar los bebés discapacitados con objeto de hacer sitio a quienes sí poseen una mayor capacidad para disfrutar de su vida. Según él, esto contribuiría a un mundo mejor, y de esto es de lo que en el fondo se trata. En ese sentido, «ser persona» no quiere decir ser «alguien» con una naturaleza que le habilita para encontrarse a veces en ciertas situaciones específicamente personales como la autoconciencia, el recuerdo o un consciente interés en la propia vida; «ser persona» consiste más bien, y únicamente, en la actualización de esas situaciones. De ahí

que los bebés no sean personas, ni tampoco los débiles, ni quienes duermen. Esta postura ya la mantenía John Locke. Pero Leibniz, Kant y Thomas Reid pusieron de relieve hasta qué punto contradice nuestras intuiciones fundamentales, e incluso nuestros usos lingüísticos. Cada uno de nosotros dice: «Yo nací en tal fecha o en tal otra», pero de acuerdo con ese punto de vista no debería expresarse de esa manera, pues quien entonces nació ciertamente era un hombre, pero no la persona que ahora habla; en suma, no era persona, ya que en el fondo no decía la palabra «yo» en aquel momento. Ahora bien, ninguno de nosotros hubiera aprendido a decir «yo» si su madre no le hubiera hablado como a una persona y no le hubiera tratado como tal: o bien los seres humanos son siempre personas, o nunca habrían llegado a serlo.

Sin embargo, aunque los seres humanos expresan su personalidad y pueden decir «yo», no son lo que el individualismo liberal considera de ellos, a saber, seres que deciden en solitario, con autonomía soberana sobre su vida y sobre su muerte, y con capacidad de reclamar una ejecución profesional de esa decisión. Personas existen sólo en plural, únicamente como miembros de una comunidad universal de personas. Lo que constituye esencialmente esa comunidad es la recíproca, irrestricta e incondicional afirmación de la existencia de cada uno por parte de los demás hasta su declive natural, es decir, la mutua corresponsabilidad para con esa existencia.

La muerte es un elemento más de esa existencia y, si bien depende del devenir

natural, se acoge humanamente en el rito de la solidaridad. Quien desea alejarse voluntariamente de esa comunidad tiene que hacerlo solo. Suponer que otros —en especial los médicos, cuya ética se define por el servicio a la vida— han de cooperar en esa auto-exclusión, supone destruir el fundamento de toda solidaridad. Esto significa exigir que todos sean capaces de decir al otro: «Tú ya no debes existir». Tal exigencia constituye una monstruosidad. La consiguiente destrucción de la ética que de este modo inevitablemente se produce, pronto ha de volverse contra los que sufren. Hoy sabemos que el deseo del suicidio en la mayoría de los casos no es consecuencia de achaques corporales y dolores extremos, sino la expresión de un «sentirse abandonado». (Un estudio holandés muestra que de 187 casos sólo en 10 los dolores fueron el único motivo para solicitar la eutanasia; y éstos tuvieron algún influjo en menos de la mitad de los casos). Entre tanto, la medicina paliativa ha hecho tales progresos que los dolores son casi siempre controlables en cada estadio de la enfermedad, no alcanzándose las fronteras de lo insostenible. Las más de las veces los cuidados intensivos también transforman el deseo de suicidio: lo que a esa persona en definitiva le importa es la conciencia de que aún me tiene a su lado. Ante el paciente la presencia del médico evoca la aprobación de su existencia por parte de la comunidad solidaria de los vivos, aun cuando no le obligue a vivir. Justamente en momentos de inestabilidad anímica, cuando la conciencia está en condiciones catastróficas, el médico, o incluso el psiquiatra, podría

especular sobre el deseo del paciente de dejarse quitar de en medio, y esperar entonces el momento de poder ejecutar dicho deseo. Catastrófica es ya la idea de que yo pueda sugerir a alguien que no debe continuar existiendo.

La ficción de una decisión soberana de la voluntad —excepción hecha de una situación de extrema debilidad— resulta cínica, sobre todo a la vista de las personas que realmente llevan una vida difícil: pobres, abandonados, y también mujeres. En efecto, hay ancianas, pobres, viudas, enfermas crónicas, que están más desamparadas que los varones ancianos. La oferta del suicidio asistido sería la escapatoria más infame, puesto que así la sociedad se puede plantear la posibilidad de sustraerse al deber de solidaridad con los más débiles (y además de la forma más barata). Una sociedad hipereconómica como la nuestra finalmente escogerá, con toda seguridad, la salida más barata, a no ser que la firmeza legal y moral desanime por completo a quienes precinizan la apertura de esas posibilidades. La experiencia que nuestro país hizo con esta solución hace poco más de medio siglo nos legitima y nos obliga a una especial determinación. Como ya sabía Platón, siempre hay casos límite para los que no está hecha la ley, y a los que se podrá apelar legalmente. Algunos moralistas, teólogos y filósofos, se lanzan hoy con sospechoso interés sobre tales casos límite, y pretenden fundar en ellos la legalidad. Las excepciones ya no habrían de servir para confirmar la regla, sino para construirla. Incluso en este caso. Quien quiera ayudar realmente a un amigo en

una situación extrema saliéndose de la ley, pero sin destruir la función protectora de ésta, debería estar preparado para asumir la sanción prevista por esa ley en virtud de su amistoso servicio, en caso de que el juez no esté dispuesto a considerar sus circunstancias especiales. Aquél obrará en conciencia con la intención de estar en la más profunda consonancia con la ley y la moral, y de poder confirmar la regla con la excepción.

### ¿Prolongar la vida a cualquier precio?

Entre las causas que objetivamente han contribuido al renacimiento del pensamiento eutanásico, antes mencioné las nuevas prácticas de prolongación de la vida, y la consiguiente eclosión de los costes sanitarios. La resistencia contra la tentación de la eutanasia solamente puede justificarse y perseverar en su firmeza si considera esos factores objetivos y da una respuesta alternativa. Sin duda es verdad que morir en nuestro país se ha convertido en algo humanamente indigno desde hace tiempo. Cada vez con más frecuencia se muere en clínicas, es decir, en casas pensadas no para morir sino para curarse. En una clínica, como es natural, se lucha incesantemente contra la muerte. Esa lucha acaba en capitulación, pero ésta a menudo se produce demasiado tarde. Después de que algunas personas enfermas o ancianas hayan sido forzadas a vivir por todos los medios posibles, apenas les quedan ganas de «bendecir la vida». A la muerte finalmente se termina sucumbiendo. Los rituales de la muerte acaban desmedrados.

Los parientes se asustan si la cosa se pone seria. Cada vez son más las personas que han de morir sin haber visto en su vida a un moribundo. Esto es algo completamente antinatural, y provoca lógicamente un temor mudo ante la muerte. La «eutanasia activa» es el reverso de un activismo que tiene que «hacer algo» hasta el último momento: si ya no puede conseguirse que una persona viva, entonces hay que hacer que muera. Los pacientes que en el otoño de 1996 demandaron ante el Tribunal Supremo de los EEUU al Estado de Nueva York solicitando la autorización de la eutanasia, después de todo se encontraban con vida, ya que con su propio consentimiento se habían interrumpido las medidas mecánicas para prolongar su vida. Por otro lado, cada vez es más frecuente que la vida de un ser humano comience en una placa de Petri. Ni una cosa ni otra pueden justificarse. Si los hombres no surgieran de la naturaleza ni murieran en ella, no tendríamos realmente nunca un motivo que justifique suficientemente el producir la vida o la muerte de un hombre. Todas nuestras justificaciones lo presuponen invariablemente. De todos modos, la Medicina ya no puede seguir el principio de sostener toda vida humana de cualquier manera.

No puede hacerlo por razón de la dignidad humana, que también justifica el dejar morir de una forma humanamente digna. Hay que tener en cuenta igualmente las razones económicas. El valor de toda vida humana es ciertamente incommensurable; y de ahí que la prohibición de matar sea absoluta e incondicional. Sin

embargo, en el aspecto moral existe una diferencia entre los mandatos de acción y los de omisión. Sólo los imperativos de omisión [prohibiciones] pueden ser absolutos; los de acción nunca. Los mandatos de acción admiten siempre una ponderación de la situación general, y para ello hay que contar con los medios necesarios, que no pueden emplearse a discreción. En la distribución de recursos tenemos que ponderar entonces con criterios secundarios la vida de una persona, algo que en sí mismo es imponderable. Esto es evidente, por ejemplo en el caso de los órganos para donación y trasplante. Pero también afecta a los costes operativos y de aparatos. ¿Es razonable que el gasto financiero de la sanidad en el último año haya sido tan descomunal? Los gastos de la Sanidad pública parecen claramente justificados. Pero, ¿qué gastos? ¿Debe someterse una anciana de 88 años que ha sufrido un derrame cerebral y se encuentra inconsciente a una costosa operación dos días antes de su muerte? ¿Y tiene que gravarse con ello la comunidad solidaria de los asegurados?

La ética médica tiene que desarrollar protocolos de actuación en vista de las crecientes posibilidades de la Medicina, criterios acerca de cómo debemos actuar con cada persona, en especial con los ancianos y enfermos; criterios en relación con la dedicación al cuidado, la asistencia y la prevención básica; criterios sobre cómo se ha de actuar con relación a la edad, las expectativas de curación y demás circunstancias personales. Quien censura toda renuncia a intervenciones extraordinarias, calificándola de muerte

por omisión, está contribuyendo —a menudo de una manera intencionada— a abrir camino al matar activo, es decir, a la eutanasia. El movimiento hospitalario, y no el movimiento pro eutanasia, consti-

tuye la respuesta humanamente digna a nuestra situación. Cuando el morir ya no se entiende ni se asume como una parte del vivir, entonces se abre paso la cultura de la muerte.

# Reflections on Artificial Nutrition and Hydration Colloquium of the Canadian Catholic Bioethics Institute

## Introduction

1. The Canadian Catholic Bioethics Institute sponsored a colloquium in Toronto, June 14-17, 2004. The purpose of this colloquium was to discuss the speech made by Pope John Paul II on March 20, 2004 to participants in the International Congress on 'Life— Sustaining Treatments and Vegetative State' and to assist health care professionals, patients, their families and the community in making decisions about artificial nutrition and hydration (ANH) for elderly patients who have medical conditions other than a 'vegetative state'. Participants in the Toronto colloquium, who work in various fields related to bioethics and had different starting points and perspectives, agreed that the following reflections summarize generally the outcome of their discussions.

Those participants who consented to be listed at the end of these reflections do so in their own name and not on behalf of their institutions. Although all the signatories agreed to the three points of interpretation of the papal speech in paragraph 5, they do not necessarily concur with everything in the reflections.

## Presuppositions

2. In keeping with the Catholic moral tradition:

- Life is a gift from God for which we have stewardship. Illness, suffering and death are part of the human condition.
- Humans are relational beings who summon a response from others. All human beings, regardless of their state of health or function, are persons endowed with a spiritual soul and created in the image of God. As such, they possess an intrinsic dignity and value, and have moral status. It follows from this understanding that patients in the state known as 'persistent vegetative state' (PVS) are persons. It also follows that, even when patients with advanced dementia, such as Alzheimer disease, have personalities that are diminished, they remain persons throughout the course of their disease leading to death. Individuals with a developmental or physical disability, even in extreme degrees, also are persons with the same dignity and rights as other persons.

### **'Vegetative State' (Post-Coma Unresponsiveness)**

3. The term 'vegetative state' was developed in reference to certain functions of the autonomic or 'vegetative' nervous system. These functions, such as the regulation of breathing and the heart rate, are retained despite a patient's unawareness of self and environment. Patients in a 'vegetative state' have sleep-wake cycles in which they periodically open their eyes, but they show no evidence of response to the environment, purposeful responses to stimuli and language comprehension or expression. Unfortunately some have misunderstood and misused the term 'vegetative state' to suggest that persons in this state are less than fully human. To avoid this, it is preferable to designate the condition as a state of 'post-coma unresponsiveness'.

4. If post-coma unresponsiveness lasts longer than 6 months following a brain injury from lack of oxygen, or 12 months following a traumatic brain injury, it is conventionally considered to be 'permanent'. This means that the statistical probability of any recovery is minimal but not unprecedented.

### **The Papal Speech**

5. In the responses to the papal speech of March 20, 2004, there have been uncertainty and speculation in regard to the statement that ANH «should be considered, in principle, *ordinary* and *proportionate* and as such morally obligatory insofar as and until it is seen

to have attained its proper finality». The colloquium in Toronto reached the following interpretation of this sentence in the papal speech:

- The papal speech needs to be understood in the context of the Catholic tradition.

The words «in principle» (n.4) do not mean 'absolute' in the sense of 'exceptionless' but allow consideration of other duties that might apply.

- Persons in a state of lost cognitive and affective capacity retain a spiritual soul; their life has intrinsic value and personal dignity, and they must be treated with the full respect and care owed to a human being.
- For unresponsive patients to whom ANH can be delivered without being in itself in conflict with other grave responsibilities or overly burdensome, costly or otherwise complicated, ANH should be considered ordinary and proportionate, and as such, morally obligatory.

### **Is Withdrawing ANH from Post-Coma Unresponsive Patients an Act of Euthanasia?**

6. «*Euthanasia in the strict sense* is understood to be an action or omission which of itself and by intention causes death, with the purpose of eliminating all suffering.

'Euthanasia's terms of reference, therefore, are to be found in the intention of the will and in the methods used.'

«Euthanasia must be distinguished from the decision to forego so-called

'aggressive medical treatment', in other words, medical procedures which no longer correspond to the real situation of the patient, either because they are by now disproportionate to any expected results or because they impose an excessive burden on the patient and his family». (*Evangelium vitae*, n. 65)

7. Treatments cannot be classified ahead of time as ordinary or extraordinary. Reference must be made to the wishes<sup>1</sup> and values of the patient, his or her condition, and the availability of health care in the given context. Ordinary measures, in the traditional moral sense, do not involve excessive pain, expense or other burdens.<sup>2</sup> Extraordinary treatments are those that do involve excessive pain, expense or other burdens. The requirement to undertake an assessment of the benefits and burdens is captured in the alternative designation: proportionate or disproportionate. Some treatments may involve burdens that are disproportionate to the benefits; therefore such treatments are not morally obligatory.

8. The ordinary/extraordinary distinction applies to any stage of illness, not simply to imminent death. However, this distinction may be particularly significant when death is imminent, and the person does not respond positively to treatment. In such circumstances, medical responses other than comfort care and pain control are more likely to be deemed extraordinary and thus optional.

9. While recognizing that it is impossible to place monetary value on human life, the

cost of treatment can be a morally relevant factor in health care decisions, especially if patients or their families have to bear the entire economic burden.

10. The increasing technological prolongation of life with its high costs should not eclipse basic human care. This is a matter of fundamental distributive justice.

11. While some treatments may be withheld or withdrawn, care should always be provided, and patients should never be abandoned.

12. Helping patients and their families to make responsible decisions is important. Health care professionals and institutions may be confronted by patients who, with suicidal wishes, refuse ordinary life-sustaining care. Such patients must be treated with concern for their dignity and well-being. Health care professionals should do their

<sup>1</sup> Some participants thought that 'wishes' in this sentence should be replaced by 'life plan' or some similar term to indicate that such moral decisions ought not be based on whim but on considerations such as spiritual ends and family obligations.

<sup>2</sup> There is considerable controversy over what constitutes burden. Some confine burden to those of the treatment modality itself, such as pain, suffering or cost. Others contend that burden will also encompass the conditions of living after the treatment, including being in a state of diminished or minimal

consciousness, totally dependent on others, incontinent, paralyzed, etc. Some would argue that these conditions are relevant even if the patient is incapable of experiencing them, as in post-coma unconsciousness. A distinction can be made between ontological dignity, which all persons regardless of their level of functioning have, and existential or 'attributed' dignity, which depends on the circumstances or conditions of living. For some, a diminished existential dignity is an insufficient reason for refusing treatment by advance directive. For others, it is a decisive factor in their reasons for not wanting to live in this state. No consensus was reached on this issue. best to protect the life and health of the patient while recognizing that there may be legal and professional limits to their ability to intervene.

### Methods of ANH

13. The most commonly used methods of ANH include the following: (a) enteral nutrition and hydration through, for example, a nasogastric (NG) tube that is inserted into a nostril, down the throat and into the stomach or a percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tube that is inserted through the abdominal wall and placed in the stomach with the guidance of an endoscope that is temporarily inserted through the mouth into the stomach; (b) parenteral techniques which include short-term intravenous (IV) feeding by direct infusion into a peripheral vein such as the arm or leg, and longer-term total parenteral nutrition

(TPN), in which complete nutrition and water are delivered directly into a large central vein (such as the subclavian). When a condition warrants temporary nutritional support, very small NG tubes that are more easily and safely inserted than a PEG tube can be used.

### Benefits and Risks of ANH

14. While raising many principles of universal applicability, the recent papal speech addressed particularly ANH for people in a state of post-coma unresponsiveness. However, in applying these principles to medical conditions from which the frail elderly are far more likely to suffer, such as Alzheimer disease, Parkinson disease, cancer and stroke, it is important to note that these conditions differ in important ways from post-coma unresponsiveness. The benefits of ANH may include improved nutritional status, the prolongation of life, the symbolic value of giving food and drink, relief of symptoms of hunger when these are experienced, preventing aspiration pneumonia, reducing the risk of pressure sores or infections due to poor nutritional status and immobility, improving function, providing comfort, and maintaining human community. Even in those who have a terminal illness, including patients with advanced dementia, some of these benefits may be attainable.

15. The risks or burdens of ANH include, for NG tubes, irritation and discomfort, and the need for restraint when the patient is confused and

repeatedly pulls the tube out. PEGs carry risks of complications, such as death, infection, perforation of the bowel, temporary diarrhea and cramping, temporary nausea and vomiting, blockage or leaking from the tube. Paradoxically, some patients for whom PEGs are initiated in the hope of reducing their risk of aspiration may still remain at significant risk of aspiration with the feeding tube. This risk is greater when nutrition is supplied to the stomach rather than the small bowel, given in bolus or single and discrete doses, and the patient is lying down when being fed rather than having his or her head elevated. There may be a need for temporary restraints in some confused patients to prevent the tube from being pulled out. Some restraints may constitute an assault on human dignity and autonomy in persons. Restraints can also lead to complications such as pressure sores.

### **Is ANH Successful in Patients with Advanced Dementia?**

16. Randomized controlled trials are the gold standard in research. There appear to be no randomized controlled trials comparing the efficacy of ANH with oral feeding in patients with advanced dementia. However, there is some evidence from less rigorously controlled studies that ANH in these patients does not secure any of the benefits listed above. As it would be difficult ethically to conduct randomized controlled trials with patients suffering from advanced dementia, non-randomized studies and

case studies may be the only evidence that we can base clinical practice on.

Others may find these conclusions debatable. In this situation, the health care professional and the patient's family will have to consider the evidence as best they can. The health care professional is entitled to give an opinion as to the most beneficial and least burdensome type of ANH and course of action.

### **Advance Directives**

17. Advance directives, whether in the form of a written living will (instructional directive) or a durable power of attorney for health care (proxy directive) or both together, are legitimate instruments by which patients may indicate their wishes to accept or refuse a procedure when they are no longer capable of making the decision.

Acceptable purposes include:

- To lighten the burden of a patient's family in making the decision;
- To ensure that future treatment is morally acceptable and consistent with respect for human life and dignity, and the patient's values and culture;
- To take into consideration responsible stewardship of society's health resources;
- To prevent inappropriate or disproportionate treatment.

18. An advance instructional directive must reflect the duty to respect human life and dignity and to continue ordinary/proportionate measures.

19. An advance directive must not require another to cooperate in a plan of care that is morally unacceptable to that other person.

20. A Catholic health care professional or institution should not cooperate in implementing a suicidal directive.

21. The requirement of an advance directive by a nursing home or long-term care facility as a condition of admission may be unacceptably coercive. In many cultures, advance directives are not valued, and end-of-life decisions for incompetent patients may be left to family members.

22. For a patient, appointing someone to represent him or her is preferable to issuing an instructional directive, but the representative must be well-instructed in the patient's wishes and values.

23. A person who is a representative of a patient has the same rights and responsibilities as the patient to respect and protect the patient's life and dignity and to authorize care.

24. A health care professional or other caregiver must respect the rights and responsibilities of the representative of an incompetent patient and discuss with the representative the care that is appropriate.

25. A health care professional or other caregiver must seek review of the representation in the event that the representative fails to act in the best interests of the patient, and the patient is endangered.

26. Health care professionals and families need to be aware of jurisdictional differences, in custom and law, relevant to advance directives.

### List of Signatories

Joseph Boyle Toronto, Canada  
Barry Brown Toronto, Canada  
Eoin Connolly Toronto, Canada  
Michael Coughlin Hamilton, Canada  
Paola Diadori Montréal, Canada  
Rory Fisher Toronto, Canada  
John Heng London, Canada  
Christine Jamieson Montréal, Canada  
Nuala Kenny, sc Halifax, Canada  
Hazel Markwell Toronto, Canada  
Moira McQueen Toronto, Canada  
Pat Murphy Winnipeg, Canada  
Patricia Murphy Toronto, Canada  
Fr. Robert O'Brien Toronto, Canada  
Fr. Kevin O'Rourke, op Chicago, U.S.A.  
John Shea Toronto, Canada  
Fr. Noël Simard Ottawa, Canada  
William Sullivan Toronto, Canada  
Daniel Sulmasy, ofm New York, U.S.A.  
Beverly Tezak Toronto, Canada  
Nicholas Tonti-Filippini Melbourne, Australia  
Michael Vertin Toronto, Canada  
Marissa Zorzitto Toronto, Canada  
July 22, 2004

For more information:

Canadian Catholic Bioethics Institute,  
81 St. Mary's Street, Toronto, Ontario,  
Canada M5S 1J4. Telephone: (1) 416-926-  
2335 E-Mail: [bioethics.usmc@utoronto.ca](mailto:bioethics.usmc@utoronto.ca)  
To obtain background papers: [www.utoronto.ca/stmikes/bioethics](http://www.utoronto.ca/stmikes/bioethics)

# CÓDIGO ÉTICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS (SEMICYUC)

## 1. Introducción

Los estatutos de la SEMICYUC definen a ésta como una Corporación Científico – Médica, formada esencialmente por médicos dedicados a la Medicina Intensiva y carente de ánimo de lucro.

Los objetivos fundamentales de la SEMICYUC son:

1. Colaborar en la mejora de los niveles de salud de la población, cooperando en la prevención de los procesos críticos con mayor incidencia en la salud pública.

2. Contribuir a la educación sanitaria de la población principalmente en relación a la patología grave más frecuente.

3. El estudio teórico y práctico de las enfermedades que entran dentro del marco de la especialidad Medicina Intensiva.

4. Colaborar en el desarrollo y estructuración de la Medicina Intensiva Crítica y la asistencia sanitaria general.

5. Contribuir a la formación médica en sus diferentes niveles y de manera muy especial en los programas de formación de médicos especialistas en Medicina Intensiva.

6. Favorecer el perfeccionamiento profesional de todos sus miembros.

7. Representar a sus miembros ante las personas y entidades públicas o privadas, así como asesorarles sobre los aspectos sociales, profesionales, deontológico, y todos aquellos que se deriven de la práctica de la Medicina Intensiva.

8. Defender los intereses profesionales de sus miembros.

9. Representar a España en las Sociedades Internacionales pertinentes, y a éstas en nuestro país.

Todo ello enmarcado en los objetivos generales de la Medicina:

- La prevención de la enfermedad y de las lesiones y la promoción y mantenimiento de la salud.
- El alivio del dolor y del sufrimiento causado por la enfermedad y las dolencias.
- La asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados.
- Procurar evitar la muerte prematura y velar por una muerte digna.

En este sentido la SEMICYUC propone un código ético para cumplir con los objetivos, expresados en sus estatutos, de una forma razonable y con una base

moral o ética que tenga en cuenta tanto el enfermo como al Médico Intensivista, fomentando la base de la medicina, que es la relación médico-paciente (relación clínica) integrada en una estructura asistencial que es la del centro donde presta sus servicios.

La SEMICYUC, siendo esencialmente una sociedad científica, debe disponer de un código de conducta en el que se plasmen los aspectos más relevantes de la relación médico paciente, la relación con los proveedores, la investigación y la docencia.

La leyes, el código deontológico y los principios básicos de la Bioética clínica: Autonomía,

Beneficencia, No Maleficencia y Justicia son la base de las siguientes afirmaciones y principios que sustentan la toma de decisiones que la SEMICYUC debe adoptar frente a posibles conflictos.

Este código pretende ser una guía de conducta para los miembros asociados de la SEMICYUC y no un tribunal para juzgar las mismas. La libertad de acción del médico ha de estar por encima de cualquier tipo de presión indebida, pero sí es aconsejable que los miembros de la SEMICYUC conozcan, recuerden, asuman, respeten y promuevan las leyes y los principios y modos éticos de hacer en la sociedad que les ampara (la propia SEMICYUC y la sociedad civil en general).

## **2. Respeto a los derechos de los enfermos**

El enfermo es sujeto de toda clase de derechos y la enfermedad una circunstan-

cia en la vida del paciente. El papel protagonista que el ciudadano va adquiriendo en los temas de salud hace necesario el desarrollo y garantía del cumplimiento de este capítulo.

Los puntos que a continuación se exponen son la base en que se centra el respeto a los derechos de los enfermos, especialmente, en el respeto de la dignidad y autonomía. La SEMICYUC velará para que se respeten todos estos principios en los Servicios de Medicina Intensiva y Críticos (SMIC) de los centros asistenciales de España.

Todo paciente es vulnerable y cuanto más enfermo y grave esté, más vulnerable es; por tanto, precisa más cuidado y respeto evitando ingerencias externas, siendo en gran parte los médicos intensivistas los garantes de su seguridad y respeto.

### *2.a. Seguridad general*

El Centro Sanitario y el SMIC debe responsabilizarse de la integridad y seguridad de las personas que tiene albergadas frente a cualquier riesgo de carácter personal.

### *2.b. Derecho a la información*

Debe ser verdadera, comprensible y adecuada a las necesidades de cada paciente, de forma que le permita participar en la toma de decisiones referentes a todo el proceso diagnóstico y terapéutico. El titular del derecho es el propio paciente y el médico responsable garantizará el cumplimiento de este derecho. Cuando la capacidad del paciente esté comprometida,

o se cuestione para la información y toma de decisiones, se contará con la familia y sus representantes o allegados.

### 2.c. Intimidad

La institución y su personal deben ser especialmente cuidadosos con el respeto a la intimidad de sus pacientes.

### 2.d. Confidencialidad

La gran cantidad de datos personales imprescindibles para una buena asistencia sanitaria, la informatización y en general los medios técnicos disponibles actualmente, hacen especialmente accesibles los datos privados del enfermo. Tanto los socios de la SEMICYUC como las instituciones donde desarrollan su labor deben comprometerse a la custodia y buen uso de los datos personales de los pacientes y/o relativos a la salud de los mismos.

## 3. Respeto a la autonomía del paciente

### 3.a. Consentimiento informado

Representa la expresión del derecho a aceptar o rechazar libremente un procedimiento diagnóstico o terapéutico tras haber sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo, teniendo en cuenta los límites establecidos por la Ley. Incluye el derecho a rechazar la participación en estudios, investigaciones o ensayos clínicos. En caso de incompetencia se obtendrá el consentimiento por representación. La SEMICYUC ha

elaborado y publicado la recomendación del Consentimiento Informado en los Servicios de Medicina Intensiva y Crítica (SMIC)<sup>1</sup>.

### 3.b. Instrucciones Previas (o Voluntades Anticipadas)

Supone respetar los deseos y voluntades manifestados de forma anticipada, en un documento firmado por el enfermo, sobre los cuidados y el tratamiento de su proceso asistencial cuando no sea capaz de expresarlos por sí mismo debido al estado de su enfermedad. Y así mismo, si el enfermo ha designado un representante, éste será el interlocutor válido en la toma de decisiones<sup>2</sup>(2).

### 3.c. Derecho a morir con dignidad

El SMIC prestará especial atención al tratamiento y cuidados del final de la vida, disponiendo de protocolos o guías de práctica clínica, respetando los deseos del paciente siempre que sea posible. La SEMICYUC y los SMIC promoverán la formación continuada de los médicos intensivistas en los problemas derivados del final de la vida.

---

1 Solsona JF, Cabré L, Abizanda R, Campos JM, Sainz A, Martín MC, Sánchez JM, Bouza C, Quintana M, Saralegui I, Monzón JL y grupo de trabajo de bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones del grupo de bioética de la SEMICYUC sobre el consentimiento informado en UCI. *Med. Intensiva* 2002; 26: 254-255.

2 Ley 41/2002 Básica reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (noviembre 2002) BOE 15 noviembre 2002.

### 3.d. Participación de la familia

Si es voluntad del paciente, el representante o las personas vinculadas al enfermo por razones familiares o de hecho pueden participar en el proceso asistencial. En los SMIC esta participación es frecuentemente decisiva.

### 3.e. Derecho a mantener sus relaciones sociales

El ingreso en un SMIC es de por sí traumático y no debe implicar la ruptura con el entorno del paciente. En la medida de lo posible y siempre que así lo desee el enfermo, los SMIC deben facilitar al máximo la relación con la familia, amigos y entorno en general, asegurando un régimen de visitas que lo permita.

### 3.f. Derecho a libre elección

Se respetará el derecho del enfermo para elegir médico, hospital, etc. La Institución debe facilitar los mecanismos que permitan al enfermo ejercer este derecho siempre que sea posible.

### 3.g. Custodia de la historia clínica

La necesidad de que toda la información del paciente sea registrada y esté a disposición del enfermo y su equipo asistencial, obliga a las instituciones, y a todos sus profesionales, a custodiar la historia clínica del paciente. Así mismo, aseguran el derecho al acceso a los contenidos objetivos de la misma al paciente o representantes.

### 3.h. Derecho a recibir asistencia religiosa.

Conforme a sus creencias, si así lo desea.

### 3.i. Derecho a la no discriminación

Se velará para que la atención de los enfermos no se vea condicionada por circunstancias de orden económico, ideológico, social, confesional, de género o étnico.

## 4. Respeto a la calidad de la asistencia sanitaria

Los SMIC deben garantizar la asistencia sanitaria adecuada al proceso, de acuerdo con los conocimientos del momento. Para ello deberán cuidar de los siguientes aspectos.

### 4.a. Promoción de la Bioética entre sus profesionales

Tanto a través del propio Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC como de los Comités de Ética Asistencial abiertos tanto a los profesionales, como a los enfermos y sus familiares.

### 4.b. Instalaciones y equipamiento

Serán del nivel adecuado para la prestación de un servicio en condiciones, atendiendo a su mantenimiento y actualización en el tiempo. La SEMICYUC tiene a disposición de todos los SMIC de España un programa de acreditación asistencial.

#### 4.c. Organización

Orientada a resolver los problemas del paciente y a facilitar el trabajo asistencial. El conocimiento de los médicos intensivistas no se ha de restringir al interior de las paredes de la «UCI», siendo una dimensión ética importante el ofrecer sus conocimientos, capacidades y habilidades allí en donde se encuentre el enfermo crítico como puede ser en urgencias, plantas de hospitalización, zonas de reanimación post quirúrgicas o de despertar, catástrofes, accidentes, etc...

#### 4.d. Capacitación y competencia del personal

La SEMICYUC garantizará la capacitación y competencia del personal de los SMIC, tanto a nivel de los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para el desempeño de la asistencia de los pacientes críticos. Esta formación está garantizada mediante un programa de Medicina Intensiva de cinco años de duración<sup>3</sup>.

#### 4.e. Estándares profesionales

A implementar como sistema de normalización y definición previa de unos objetivos y/o resultados que disminuyan la variabilidad asistencial entre los SMIC. La SEMICYUC impulsará la elaboración de protocolos, guías de práctica, establecer procedimientos para

<sup>3</sup> Real Decreto 127/84 por la que se regula la formación médica especializada y la obtención de título de médico especialista. B.O.E. 26 / 1984 del 31 de Enero de 1984. Página 2524.

enfermería y normas de funcionamiento, complementándolo con conferencias de consenso, elaboración de indicadores de calidad, etc... adaptadas a nuestro medio e idiosincrasia.

#### 4.f. Límites de la asistencia

El SMIC debe autolimitarse en la atención de aquellos procesos para los que no esté convenientemente preparado, advertir de ello al paciente y a la institución y facilitar la solución del problema, indicando las alternativas posibles.

#### 4.g. Gestión de recursos

Los SMIC velarán por la gestión eficiente de los recursos disponibles en las decisiones clínicas, como principio ético de justicia distributiva.

#### 4.h. Futilidad

Entendida como la aplicación de tratamientos que se han demostrado inútiles.

La SEMICYUC entiende que el debate sobre la futilidad debe hacerse teniendo en cuenta criterios profesionales basados en la mejor evidencia disponible y en los principios de la Bioética. El médico no tiene ninguna obligación de iniciar o continuar con un tratamiento fútil. En este sentido la SEMICYUC tiene publicada las recomendaciones sobre la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) en medicina Intensiva<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Cabré L, Solsona JF y grupo de trabajo de bioética de la SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Intensiva. Med Intensiva 2002; 26: 304-311.

La SEMICYUC ampara, bajo el punto de vista científico y ético la práctica de LET siempre y cuando se ajuste a los requisitos expuestos en dicha publicación y al conocimiento científico actual.

En la medida de lo posible, se considera conveniente que los procedimientos de LET se protocolicen de forma consensuada dentro del SMIC y con el apoyo del Comité de Ética del centro o del área sanitaria.

#### *4.i. Eutanasia*

De acuerdo a nuestras leyes, la SEMICYUC ha de considerar la eutanasia como un procedimiento ilegal y se posiciona firmemente por desarrollar en nuestra práctica profesional procedimientos paliativos de probada efectividad. Así mismo la SEMICYUC y fundamentalmente a través de su Grupo de Trabajo de Bioética informará y formará a sus miembros en el sentido de diferenciar de forma clara y taxativa la eutanasia con la limitación terapéutica, considerada esta última como una buena práctica clínica.

### **5. Respeto al equipo asistencial**

#### *5.a. Respetar la libertad de actuación del médico y los profesionales*

Respetar la libertad de actuación del médico y los profesionales en el marco de los estándares fijados por la comunidad científica y con los medios disponibles; con acotación de la capacidad de actuación de los profesionales a la competencia demostrada, convenientemente acredita-

da y como auto limitación supervisada por sus pares.

#### *5.b. Favorecer el trabajo en equipo*

Como elemento indispensable de la Medicina moderna la SEMICYUC favorecerá en todo omento las relaciones entre profesionales y diferentes especialistas. Procurará el trabajo en equipos multidisciplinarios dirigidos por un profesional médico especialista en Medicina Intensiva quién tendrá la responsabilidad de coordinar a todo el equipo.

Interés especial en este tema es la buena relación con la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC).

#### *5.c. Favorecer la fidelidad del equipo al paciente y viceversa*

Respetar y favorecer la relación médico-enfermo.

#### *5.d. Velar por los intereses de sus profesionales asociados*

Así como por su proyección y desarrollo profesional.

#### *5.e. Horarios de trabajo*

La SEMICYUC considera que sus asociados no deben de trabajar más de 24 horas seguidas, por lo que es de obligado cumplimiento el descanso reconocido y autorizado por las leyes laborales en vigor. Todo ello para garantizar una asistencia óptima, el trabajo en equipo y

velar por la continuidad asistencial del paciente crítico.

## **6. Respeto a los conflictos de intereses**

Conscientes de que en la actividad sanitaria asistencial, docente, formativa y de investigación pueden plantearse conflictos de intereses entre el paciente, el profesional, la institución, los proveedores y en general con cualquier sujeto activo del sistema, la SEMICYUC quiere pronunciarse sobre los siguientes aspectos:

### *6.a. Asistencia-docencia-investigación*

Las labores de docencia e investigación, consustanciales a la actividad clínica y a la mejora de la asistencia, deben regularse de tal forma que nunca supongan un perjuicio para el enfermo. La SEMICYUC tiene el deber de promocionar la docencia, formación e investigación dirigida al enfermo crítico de acuerdo con los estándares éticos y legales aceptados.

La SEMICYUC exigirá en todos los foros docentes que promueva como el Congreso Anual, las Jornadas de Invierno de Medicina Intensiva o la Jornadas Educativas para residentes y otros cursos organizados con su patrocinio institucional o por sus grupos de trabajo una declaración previa de los ponentes de sus conflictos de interés con las firmas comerciales. Estas declaraciones serán públicas. No es éticamente reprochable que un médico perciba honorarios por colaboración científica con empresas biosanitarias, pero sí es obligación moral, si

actúa como ponente o autor, que ello sea públicamente conocido.

Así mismo la SEMICYUC presentará en la Asamblea General anual, las colaboraciones de financiación recibidas de empresas biosanitarias.

### *6.b. Personal en formación*

La presencia de médicos y otros profesionales en formación debe regularse de forma que no suponga un perjuicio al enfermo. Siendo compromiso de La SEMICYUC, la formación de los médicos que ejercerán la medicina intensiva y crítica. La SEMICYUC regulará las actividades de formación de modo que ésta no suponga un perjuicio para el enfermo.

### *6.c. Dilemas en la elección del tratamiento*

Los SMIC y la SEMICYUC velarán para que al enfermo se le ofrezca la mejor alternativa posible de tratamiento de eficacia demostrada, por encima de los intereses personales del profesional o de la propia institución.

### *6.d. Utilización de servicios*

La SEMICYUC se ha de comprometer a estudiar tanto los casos de sobre como de infrautilización de SMIC, evitando la incentivación por cualquier motivo que pudiera derivar en una mala asistencia al enfermo. De especial interés la SEMICYUC velará para que los enfermos críticos sean atendidos por los especialistas competentes.

### 6.e. Honorarios

Los profesionales que trabajan en los SMIC aceptan y asumen que su remuneración será exclusivamente por su trabajo, rechazando cualquier otra fuente de ingresos (comisiones por prótesis, cualquier tipo de implante, bonificaciones por consumo de fármacos o material sanitario, etc.) que podrían condicionar o ser entendido así por el paciente, las decisiones clínicas.

Los profesionales que trabajan en los SMIC deben dejar constancia que las decisiones de diagnóstico y tratamiento de sus pacientes responden exclusivamente a criterios de eficacia y eficiencia clínica probadas.

### 6.f. Relaciones con los proveedores

Los profesionales se comprometen a establecer una relación transparente con los proveedores de tal forma que los beneficios que pudieran obtenerse sean medibles, auditables y conocidos por la Institución.

La SEMICYUC arbitrará un sistema que permita que aquellos proveedores que se sientan perjudicados en sus relaciones comerciales con la institución o sus profesionales puedan expresarlas y ser convenientemente atendidos.

La SEMICYUC precisa de las industrias sanitarias para financiar la formación y la docencia de sus miembros así como proyectos de investigación. Esto no es óbice para que tenga presente las siguientes consideraciones en relación con dichas industrias.

— Las industrias sanitarias son empresas, la mayoría SA, con ánimo de lucro.

— La SEMICYUC considera que su colaboración puede ser utilizada para la financiación de congresos, reuniones, simposium, etc... ya que por otra parte paralelamente pueden ofrecer sus productos al colectivo médico especialista, en poco tiempo y a muchos profesionales a la vez.

— La realización de los diferentes programas formativos de la SEMICYUC responden básicamente a interés científico y han de ser aprobado por su comité científico. No son aceptables los componentes lúdicos que constituyan por sí mismos la opción prioritaria.

— La independencia de los programas formativos de la SEMICYUC está por encima de cualquier otra consideración empresarial.

— Los estudios post autorización, legalmente considerados y autorizados, entendemos que, con frecuencia, no son mas que una forma de incluir un fármaco determinado en el Centro, financiado por el propio Centro o la sanidad pública. Se recomienda no participar en este tipo de estudios a menos que la financiación total sea a cargo de la casa comercial correspondiente.

— La SEMICYUC considera deseable crear un comité asesor ético de investigación clínica para asesorar a sus asociados en temas relacionados con la investigación con productos farmacéuticos promovidos por la industria.

## **7. Respeto a la investigación no farmacológica**

Es evidente el vacío legal que existe en nuestro país, así como en la Unión Europea, con respecto a la investigación no farmacológica también llamada fisiológica.

La SEMICYUC considera imprescindible que los estamentos políticos correspondientes acometan la regulación de este tipo de investigación, guiándose siempre por la declaración de Helsinki y sus posteriores actualizaciones.

La SEMICYUC obligará a que toda investigación sea evaluada por algún comité ético de investigación clínica, no aceptando aquellas que no lleven este sello.

La SEMICYUC recomienda guiarse por el documento sobre las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos elaborado por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIO-MS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (Ginebra 2002)<sup>5</sup>.

## **8. Respeto a la donación de órganos y tejidos**

El proceso de donación y trasplante de órganos ha sido una de las prioridades de nuestro sistema sanitario. Esta realidad

no hubiera sido posible sin la participación de los SMIC. En tanto que necesaria, la sociedad reclama nuestra participación en todos los puntos del proceso: detección de la muerte encefálica y por lo tanto del posible donante, la obtención del consentimiento para la donación, el apoyo a la familia, el mantenimiento del donante y en muchos casos en los cuidados inmediatos al paciente trasplantado. En este sentido la SEMICYUC se compromete a seguir trabajando junto con el resto de profesionales involucrados en esta labor a seguir aportando su esfuerzo y capacidad científico-técnica.

## **9. Relación con la administración**

La SEMICYUC siempre ha considerado muy importante el estar al servicio de las administraciones sanitarias estatales y autonómicas.

Es por esto que aquellos programas relacionados con la calidad, como son los estándares de acreditación, los indicadores de calidad, el mapa de competencias u otros; están a disposición de las administraciones sanitarias tanto públicas como privadas con el objetivo fundamental de la mejora continua de la calidad dirigida al enfermo crítico.

Así mismo la SEMICYUC con sus programas de formación como el Plan Nacional de Resucitación Cardio Pulmonar o el de Fundamentos de Cuidados Críticos en Soporte inicial (FCCS), están a la disposición de las administraciones sanitarias para la formación de diferentes colectivos sanitarios.

---

<sup>5</sup> International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). Ginebra 2002. ISBN 92 9036 075 5

## 10. Relación con otras sociedades científicas

A parte de las relaciones de interés científico con otras sociedades científicas, principalmente con aquellas que su área de conocimiento sea cercano al de la Medicina Intensiva, la SEMICYUC proporcionará los mecanismos necesarios para que los principios básicos de la Bioética y su aplicación clínica sea común con otras sociedades científicas y consensuar aquellas actuaciones conjuntas que se puedan realizar con dichas sociedades como pueden ser; reuniones científicas, publicaciones, cursos, estudios o ensayos clínicos, etc... con el cumplimiento de los principios de éste código ético.

## 11. Revista medicina intensiva

Siendo la Revista Medicina Intensiva el órgano de expresión de la SEMICYUC y de la Federación Panamericana e Ibérica de las Sociedades de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (FEPIMCTI), se exigirá desde la propia SEMICYUC el cumplimiento de las directrices bioéticas aceptadas internacionalmente en la publicación de trabajos en revistas científico médicas. La SEMICYUC velará por el cumplimiento de las recomendaciones contenidas en el presente documento. Esta exigencia se hará extensiva también a todas aquellas publicaciones científicas de la SEMICYUC.

## 12. El médico enfermo

La SEMICYUC considera con especial sensibilidad a aquellos profesionales

asociados que padezcan alguna enfermedad que pudiera afectar de forma negativa la asistencia de los enfermos. En especial enfermedades psiquiátricas como drogodependencias, trastornos severos de la personalidad, etc. La SEMICYUC se compromete a guiar a estos profesionales a centros u organizaciones especializadas en el tratamiento de este tipo de problemas.

## 13. Datos personales de los socios

Los datos de afiliación de los socios de la SEMICYUC serán salvaguardados tal como indica la ley de protección de datos<sup>6</sup> y solo serán utilizados para los fines por las que fueron concebidos que es la difusión científica y la comunicación de la Junta Directiva con los asociados.

Dichos datos solo se facilitarán a terceros previa autorización de la Junta Directiva y según las normas internas que al respecto tiene la SEMICYUC.

## 14. Revisión

El presente código ético de la SEMICYUC será revisado y actualizado siempre que circunstancias relevantes lo aconsejen.

---

6 Ley orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de Datos de carácter personal. BOE N° 298, de 14-12-1999 pp. 43088-43099.