

# Asignación y uso racional de recursos en la UCI

Oswaldo Le Feuvre.

## Resumen

*El uso racional de recursos en una UCI es un tema difícil de concensuar, entre otros motivos por el alto costo involucrado. El presente trabajo, realizado en modalidad de ensayo y apoyado en la literatura ética y médica existente, pretende entregar una orientación bioética para la adecuada utilización de esos recursos. Para fundamentar esta orientación se entregan datos objetivos sobre el costo demandado por el área de pacientes críticos y su potencial incremento en el futuro. A continuación se revisan resumidamente las principales teorías de justicia dada la importancia que estas tienen en la distribución de recursos. Luego se esbozan las necesidades del paciente y su grupo familiar, así como las de una UCI. Planteadas estas necesidades, se buscará lo mejor de cada una de las teorías para lograr satisfacer las necesidades en una forma éticamente racional. Finalmente se explicitan los dilemas éticos expuestos y las conclusiones del trabajo.*

## Summary

*The rationality of Intensive Care Unit (ICU) resources using is a matter of discussion because of the costs involved. The aim of this article is to give a bioethical orientation about this issue. This orientation is founded on real data of the costs demanded by the ICU area and the eventual increasing of this expenses in the future. Main theories about justice are reviewed regarding their influence through the resources distribution. Patient and patient's family needs are exposed, and ICU units needs also. The problem to solve is to balance all of those needs with the theoretical principles for ethical rationality of resources using.*

*Unidad de Paciente Crítico,  
Hospital Clínico Universidad  
de Chile.*



## Introducción

En las unidades de cuidados intensivos (UCI), quizás por el tipo de pacientes que albergan, se entrecruzan una serie de problemas éticos que en ocasiones son difíciles de resolver. El paciente es habitualmente un enfermo grave, crítico, en riesgo vital, en el que deben aplicarse cuidados y tratamientos de alto costo. A modo de ejemplo en 1990, en los Estados Unidos casi seis millones de personas fueron atendidas en unidades intensivas, a un costo del 1% del PIB, representando el 28% de los costos de atención hospitalaria de agudos<sup>(1)</sup>. Chile tendría gastos en medicina intensiva del orden del 10-12,6% del presupuesto hospitalario, y según estimaciones hechas para el Seminario Nacional de Unidades de Cuidado Intensivo 2001 de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, esto representaría el 0,05% de nuestro PIB<sup>(2)</sup>.

La revisión de esta información plantea un dilema de justicia distributiva: ¿es correcto asignar tantos recursos a un grupo de pacientes cuya expectativa de vida es limitada? Al plantear un problema de justicia distributiva, estamos planteando también que los recursos disponibles son limitados, lo que en el campo de la salud significa que no hay recursos suficientes para satisfacer las demandas y/o expectativas de todos los pacientes y sus familiares, a lo que quisiera agregar también las expectativas del equipo de salud.

Aterrizando en la realidad nacional, el gasto en salud se encuentra en torno al 3,3% del PIB, porcentaje muy inferior al de otros países, particularmente los desarrollados. Sin embargo el aumento de recursos en el tiempo no eludirá el problema ético planteado, más aun si tomamos en cuenta el envejecimiento de la población, que según el análisis preliminar del censo 2002 ha bajado su ritmo de crecimiento de 1,6% en el decenio 1982-1992, a

1,2% en el último decenio, lo que ubica a Chile entre los cuatro países con menor crecimiento de América Latina. Si hace cinco décadas nuestro ritmo de crecimiento era de 2,5%, podemos decir que nos encontramos en una transición hacia el envejecimiento demográfico de la población de Chile<sup>(3)</sup>, esto trasladado a la realidad sanitaria significará mayor prevalencia de enfermedades crónicas como cardiopatías, cáncer, demencia, etc. El mismo censo demuestra un crecimiento de la población urbana de 83,45% a 86,7%, y un incremento de la densidad poblacional que se sigue concentrando en la región metropolitana (aumentó de 341,4 habitantes por kilómetro cuadrado a 392), lo que puede generar mayor prevalencia de depresión, trauma grave por intento suicida, así como por accidentes y violencia. En suma la tendencia será al aumento de patologías con mayor probabilidad de requerir cuidados intensivos.

El tema de la asignación y uso racional de recursos implica por un lado decisiones, y por otro lado tiene una estrecha relación con el principio de justicia distributiva, por esto comentaremos al menos tres niveles donde se realizan las decisiones en salud, para posteriormente exponer las principales teorías de justicia.

El primer nivel corresponde al político, conformado por el Presidente de la República y sus ministros quienes elaborarán el presupuesto anual de la nación y la forma como este será distribuido, y posteriormente lo presentarán al poder legislativo para su aprobación. Luego el presupuesto entregado a salud deberá ser asignado por el ministerio correspondiente a los diferentes servicios de salud y de ahí a los hospitales. Llegamos así al segundo nivel conformado por los directores médico y administrativo de los hospitales,



quienes de acuerdo a los recursos disponibles efectuarán la asignación de estos de acuerdo a criterios de eficiencia (máximo de resultados positivos valorados por la sociedad, al menor costo), eficacia (resultados positivos en condiciones ideales) y efectividad (resultados positivos en condiciones reales)<sup>(4)</sup>. El último nivel de decisiones se encuentra en nuestro caso en la UCI, donde el jefe de unidad y su equipo de salud deberán usar racionalmente sus recursos (los disponibles y los asignados).

Con el fin de comprender mejor el tema de asignación de recursos, presentaré un breve resumen de las teorías de justicia comentadas por Diego Gracia en su libro "Profesión médica. Investigación y justicia sanitaria"<sup>(5)</sup>:

Proporcionalidad natural: Teoría desarrollada por los pensadores griegos, con plena vigencia entre los siglos VI A.C. y XVII D.C. Su idea fundamental dice "la justicia es una propiedad natural de las cosas, que el hombre no tiene más que conocer y respetar". Platón desarrolla esta idea en su libro "La República" donde expresa: "en una sociedad naturalmente ordenada, y por tanto ajustada o justa, habrá hombres inferiores, artesanos; habrá también guardianes; y, en fin, habrá gobernantes. Sería antinatural, y por tanto injusto, pensar que todos pueden ser guardianes o gobernantes. Lo justo es que cada uno ocupe su puesto, aquél que la naturaleza le ha asignado, su lugar natural". Se entiende por lo tanto que los procesos de cambio social serían injustos. Aristóteles define una justicia conmutativa, que sería la que rige la relación entre las personas, y una justicia distributiva, la que rige la relación del gobernante con sus súbditos. Esta última regula la repartición de honores y riquezas, las que no pueden ser idénticas para todos los miembros de la sociedad, sino proporcional de acuerdo a relaciones matemáticas bien precisas. No respe-

tar estas proporciones es injusto. En el área sanitaria esto se traduciría en desigual calidad de atención médica, según se tratara de esclavos, guardias y soberanos, siendo manifiestamente superior la de estos últimos, y manifiestamente inferior la de los primeros.

Libertad contractual: En 1690, John Locke plantea la existencia de derechos primarios del hombre por el solo hecho de serlo. Estos son los derechos humanos civiles y políticos: derecho a la vida, a la salud o a la integridad física, a la libertad y a la propiedad, además del derecho a defenderlos cuando los considere amenazados. Estos derechos constituyen un bien individual, que para constituirse en bien común es necesario realizar un contrato social o ley establecida, conocida y consensuada por todos, cuyo objetivo es lograr la justicia social, la que no tiene otro objetivo que la protección de los derechos civiles y políticos. Se establece así el concepto de justicia distributiva como libertad contractual. Aquí la distribución de la riqueza se hará a través de la justa adquisición, esto es, como resultado del propio trabajo, y/o a través de la justa transferencia de las propiedades, ya por regalo, por compra o por herencia. En el terreno sanitario tiene tres enfoques. El primero (H. Engelhardt) plantea que la salud es un derecho individual que debe ser protegido por el estado, pero sólo negativamente, esto es que el estado tiene la obligación de impedir que alguien atente contra la integridad corporal de las personas, pero no de procurar asistencia sanitaria a todos los ciudadanos. Esta asistencia sería entregada en virtud de la caridad. El segundo enfoque (D. Beauchamp) plantea que siendo la salud un derecho negativo claro, puede obligar al Estado a ciertas prestaciones sanitarias, ya que contra la integridad física no sólo atenta el que arremete físicamente, sino también todos aquellos facto-



res nocivos de carácter colectivo, social, que de algún modo controla el Estado. Puesto que estas enfermedades las causa la sociedad, el Estado tiene la obligación de atenderlas mediante un amplio programa de asistencia sanitaria. Finalmente, el último enfoque (B. Brody) acepta el trabajo como principio de apropiación, pero entendido como criterio de adquisición, no de propiedad. Como ejemplo se plantea que quien explota recursos naturales tiene propiedad sobre el valor añadido de su trabajo, pero no sobre los recursos naturales que serían de todos. Esa propiedad colectiva obligaría a compensar mediante impuestos al resto de las personas que no explotan esos recursos. Dichos impuestos serían fuente para fondos de seguridad social a repartir igualitariamente.

Igualdad social: Existen varias interpretaciones de esta teoría, destacando la de Marx quién considera que el origen de las desigualdades está en la propiedad privada de los medios de producción, los que debieran ser de propiedad común. Para el marxismo entonces, el Estado constitucional moderno basado en el respeto de los derechos civiles y políticos, no hace otra cosa que perpetuar la desigualdad y la injusticia ya que perpetúa la propiedad privada de los medios de producción. Lo que debe distribuirse equitativamente no son los bienes de producción, sino los de consumo, entendiendo por "equitativamente" la idea de Louis Blanc que dice: "a cada uno debe exigírsele según sus capacidades, y debe dársele según sus necesidades". Aplicado a la sanidad, la salud es una capacidad y la enfermedad una necesidad, constituyéndose en un bien de producción y un bien de consumo respectivamente. El Estado debe dar a cada cual según sus necesidades, y por tanto tiene obligación de cubrir de modo gratuito y total la asistencia sanitaria de todos sus ciudadanos.

Bienestar colectivo: Su idea principal es el bienestar colectivo. Reconoce los derechos humanos civiles y políticos (formales), y propugna los derechos humanos económicos, sociales y culturales (reales), introduciendo un principio de igualdad distributiva. Estos últimos derechos son positivos, ya que corresponde al Estado ponerlos en práctica y deben ser reivindicados en la lucha política, social y laboral. Se incluyen los derechos a la educación, a la vivienda digna, al trabajo bien remunerado, al subsidio de desempleo, a la jubilación y a la asistencia sanitaria. La reformulación más reciente de este pensamiento corresponde a John Rawls, quién en 1971 publicó su libro "Una teoría de Justicia". En esa publicación define justicia como equidad, concepto fundamentado en ideas de la ética kantiana. Para Rawls una sociedad sólo puede considerarse justa cuando cumple con el siguiente principio: Todos los valores sociales-libertad y oportunidad, ingresos y riquezas, así como las bases sociales y el respeto a si mismo-habrán de ser distribuidos igualitariamente, a menos que una distribución desigual de alguno o de todos estos valores redunde en una ventaja para todos, en especial para los más necesitados. Aplicando este pensamiento a la salud, existen tres interpretaciones. N. Daniels considera el derecho a la asistencia sanitaria como un bien subsidiario del principio de igualdad de oportunidades. Esto obliga a dar una asistencia médica justa, lo que a su vez exige definir con precisión lo que son necesidades de asistencia médica. R.M. Green incorpora el deber de preservar la calidad de vida de las futuras generaciones. Finalmente, C. Fried piensa que no es posible justificar la asistencia sanitaria como un derecho a la justicia distributiva, sino sólo como deber de beneficencia. Ese deber genera un derecho correlativo de los demás al auxilio, y por tanto un



derecho secundario de justicia distributiva El Estado tiene el derecho y el deber de socorrer a los más necesitados de asistencia sanitaria, con un nivel no inferior a un mínimo decente o mínimo moral.

#### Análisis ético de la asignación de recursos a la UCI

Para comenzar mencionemos algunos de los problemas cotidianos de la UCI que involucren dilemas éticos:

- Falta de camas para recibir pacientes con indicación de UCI.
- No aceptar el ingreso de un paciente con poca probabilidad de éxito.
- Decidir egresar un paciente de UCI para recibir otro.
- Cuando retirar medidas de soporte vital, o cuando no innovar.
- Falta de algún(os) examen(es) diagnóstico(s) o falta de algún(os) tratamiento(s).
- Otros

¿Cuáles son las causas que cotidianamente son aludidas como responsables de estos problemas?:

- a) Recursos insuficientes aportados por las autoridades del hospital.
- b) Inadecuada utilización de estos recursos, por parte del equipo de salud.

Es habitual que la primera de estas causas sea esgrimida por el equipo de salud, subestimando la segunda, y esta última esgrimida por la autoridad administrativa como causa principal de los problemas cotidianos antes expuestos.

Los recursos con los que cuenta la autoridad administrativa (nivel intermedio) vienen definido por lo que la autoridad política superior ya ha decidido más lo que pueda auto-generar. Sobre esto último vale la pena hacer un pequeño paréntesis para comentar la actividad desarrollada en los pensionados, como gene-

radora de recursos, ya que puede originar desigualdades, y no infrecuentemente se pueden detectar diferencias en el trato de los pacientes y su grupo familiar, en la rapidez con la cual se realizan los estudios diagnósticos, etc. Según la teoría de justicia de Rawls mencionada anteriormente, algunas desigualdades pueden existir siempre y cuando estas se traduzcan en beneficio colectivo, especialmente para los más desposeídos. Cerrado este paréntesis, hagamos un análisis de las implicancias éticas del funcionamiento de una UCI con recursos insuficientes. Acudiendo a los principios de la bioética se puede decir que:

a) No maleficencia: Aparentemente el hecho de no asignar recursos suficientes a determinados servicios o unidades, en este caso la UCI, no daña directamente a los pacientes, sin embargo la ausencia de una herramienta terapéutica como podría ser un ventilador mecánico o un antibiótico de alto costo, permitirá la manifestación plena de los efectos dañinos de una enfermedad potencialmente mortal.

b) Beneficencia: Claramente la falta de recursos va en contra de lograr beneficio para los enfermos, sin embargo como veremos más adelante, es importante concordar cuáles son las necesidades a satisfacer para definir los recursos que faltan.

c) Autonomía: El ejercicio pleno de este principio está limitado en la UCI, ya que el enfrentamiento de situaciones límites entre la vida y la muerte, y que requieren de decisiones y acciones rápidas, dejan poco margen a las opiniones del enfermo. Sin embargo, la información sobre recursos no disponibles debe ser lo suficientemente transparente para el paciente o sus representantes, de modo que él(los) pueda(n) decidir los pasos a seguir (solicitar traslado a otro centro, solicitar caridad, acudir



a autoridades de más alto nivel, etc.), ya que esa falta de recursos lo(s) afectará(n) directamente.

d) Justicia: Citando algunas de las teorías de justicia ya mencionadas, podemos inferir que para la teoría de justicia como "Libertad contractual", no existe injusticia frente a una situación de recursos insuficientes en salud, ya que no existe una obligación en justicia de procurar estos recursos, sino tan solo la caridad de ayudar a quienes no tienen derecho a "nuestra ayuda". Sin embargo para la lectura que hace Beauchamp sobre la misma teoría, no sería correcto dejar sin recursos aquellas enfermedades derivadas de agresiones o de factores socio-ambientales que el Estado pudiera controlar, lo que amplía las posibilidades de asistencia sanitaria. Para la teoría marxista de justicia como "Igualdad social", los recursos deben ser capaces de satisfacer las necesidades del enfermo, por lo que recursos insuficientes que no cumplen ese objetivo comprometen el principio de justicia. Finalmente, para una de las tendencias del pensamiento social demócrata del "bienestar colectivo", estos recursos deben asegurar un "mínimo decente" de asistencia sanitaria, bajo ese mínimo sería inmoral atender a los pacientes.

Al mencionar sucintamente estas teorías estamos tratando de explicar el problema del flujo de recursos desde la autoridad política superior a la autoridad administrativa, falta por tanto analizar el paso siguiente cual es la distribución de esos recursos hacia los diferentes servicios y unidades de apoyo, y la situación que ocupa la UCI en dicha distribución.

Fundamentos para una adecuada asignación de recursos a la UCI:

Frente a recursos limitados, la tendencia de la autoridad intermedia o de segundo nivel, será a priorizar aquellas actividades que tengan una mejor relación beneficio-costos, conside-

rando dentro de los beneficios elementos como vidas salvadas y calidad de vida de éstas. Es ante esta tendencia, difícil de cuestionar por cierto, que la UCI ocupa un lugar poco ventajoso.

Comparado con la totalidad de personas atendidas en sistemas públicos y privados de salud, la proporción de pacientes hospitalizados en UCI es más bien baja, sin embargo la naturaleza brusca, muchas veces inesperada y grave de las enfermedades o lesiones que conducen a una persona a la UCI, hacen que se resienta la salud no sólo del paciente, sino de todo su entorno familiar y de cercanos. Es así como un seguimiento de familiares de pacientes hospitalizados en una unidad crítica demostró trastornos significativos en el sueño, alimentación y actividades de la vida diaria (en desmedro del tiempo dedicado a los niños, al trabajo, a la actividad física y de recreación). Estos trastornos afectan mayormente a los grupos más jóvenes y en particular a la mujer, generando riesgos sobre la salud personal y sobre la integridad familiar<sup>(6)</sup>. Si bien cualquier enfermedad potencialmente puede afectar a todo el grupo familiar, es innegable que las dramáticas características ya señaladas que rodean al paciente de UCI, impactan más profundamente en la salud mental de sus familiares, creando problemas de desempeño laboral, relaciones humanas y depresión, asociado en muchas ocasiones a problemas económicos derivados de los altos costos que implican el manejo de un paciente crítico y que no siempre están totalmente cubiertos por los seguros de salud (privados o públicos). En suma, la patología del paciente crítico involucra y afecta a una población mayor que la constituida exclusivamente por estos pacientes, por lo tanto los recursos asignados a una UCI beneficiarán a un grupo numeroso de personas, al menos en teoría. Como lo planteara Arthur H Combs en su ca



pítulo "Práctica de la terapia intensiva en la era del consumismo", el 80% de los estadounidenses necesita terapia intensiva en algún momento de sus vidas, ya sea como pacientes o como familiares<sup>(7)</sup>. Por último, la existencia de una UCI adecuadamente equipada otorga a su hospital el marco de seguridad necesario para realizar cirugías de mayor complejidad, así como la posibilidad de recibir patologías médicas y quirúrgicas que potencialmente puedan requerir cuidados intensivos.

#### Los recursos y las necesidades

Veamos ahora cuales serían los recursos adecuados, ¿cuánto? Contestar cuanto dinero se necesita para dotar adecuadamente de recursos las UCI sobrepasa mi capacidad de análisis, por lo que la idea es fundamentar éticamente algunos criterios.

Para el pensamiento liberal clásico la respuesta a ¿cuánto? es: lo que la caridad entregue, lo que el individuo pueda pagar, o lo que el Estado deba aportar en virtud del pensamiento de Beauchamp. Para el pensamiento marxista, "el cuanto" corresponde a lo que necesite el paciente. Finalmente para el pensamiento socialdemócrata, ese "cuanto" corresponde al "mínimo moral exigible en virtud del principio de justicia", el cual cubrirá total o parcialmente las necesidades, en este caso del manejo de un paciente crítico. Analizadas desde el punto de vista teleológico, la aplicación de cualquiera de estas teorías en forma exclusiva puede hacer colapsar el funcionamiento de una unidad con tan alto consumo de recursos, o generar serios conflictos con los principios de la bioética y con los principios y creencias de los actores involucrados (trabajadores de la salud, pacientes y sus familiares). Partiendo de lo obvio, todos reconocen que se deben aportar recursos y estos a su vez se relacionan con las necesidades.

Necesidad del latín "necessitatem", algunas de sus acepciones son: "Situación de alguien que precisa de ayuda o auxilio". "De necesidad, que esto es imprescindible o irremediable: esto es de vital necesidad". A continuación propongo una definición bioética de las necesidades de un paciente como: todo lo tangible y no tangible imprescindible para calmar el sufrimiento de un enfermo, procurar su mejoría, evitar el daño derivado de la enfermedad o de los tratamientos y procedimientos, y finalmente lo imprescindible para que los pacientes y/o su grupo familiar, conozcan, comprendan y decidan en torno a lo que les ocurre. Veamos ahora las necesidades de la UCI y su personal, apuntando al beneficio del paciente como objetivo central. Necesidades de una UCI:

- De recursos físicos y tecnológicos.
- De recursos humanos (preparación técnica y bioética).
- Del paciente y sus familiares

Con relación a los recursos tecnológicos, quienes mejor pueden definirlos son los especialistas en la materia, es decir las enfermeras y médicos que trabajan en la UCI, quienes apoyados en su experiencia y en la literatura médica pueden seleccionar los implementos técnicos que mejor apoyen su labor. En cuanto a recursos materiales y de planta física no debe olvidarse aquellos que faciliten la protección de la privacidad e intimidad de los pacientes (salas o cubículos personales, unidades cerradas o de poco tránsito, biombos, etc). Las características ideales del grupo que tiene que hacer la definición y selección de los recursos físicos y tecnológicos son: pluralista, es decir que represente la gama más amplia de pensamientos y realidades hospitalarias del país; libre de toda presión por parte de la industria médico-tecnológica o del Estado, y honestidad al producirse conflictos de



interés en el momento de las decisiones. A la fecha existe un documento elaborado por un grupo de jefes y enfermeras de intensivo<sup>(8)</sup> donde se detalla el recurso tecnológico y humano para implementar una UCI el cual constituye un referente sólido de discusión. Este documento solicitado por el Ministro de salud en 1995, toca tópicos tan diversos como definición y criterios generales para la creación de unidades de cuidado intensivo, descripción de cargos, capacitación del recurso humano, criterios de admisión y de alta, interacción con otros servicios clínicos y unidades de apoyo, comité de ética, etc.

Respecto del recurso humano, sus características técnicas deben ser definidas y observadas periódicamente por los jefes médicos y de enfermería, de acuerdo a normas nacionales explicitadas por las sociedades científicas correspondientes. Los objetivos de esto son asegurar la competencia profesional que minimice el riesgo de maleficencia, perfeccionar la calidad de atención y asegurar un uso adecuado de recursos. Debe estimularse una preparación bioética que entregue el conocimiento de los principios que la rigen, de modo de facilitar la relación médico-paciente-familia, detectar los conflictos y/o dilemas éticos que se presenten en la rutina diaria de una UCI, y humanizar la atención de estos pacientes.

Del paciente y sus familiares: La autonomía es un principio gravitante en esta área, su aplicación óptima requiere la adecuada competencia del paciente y la entrega de información clara. La competencia del enfermo se ve frecuentemente afectada por la enfermedad o por el tratamiento, por lo que cobra vital importancia el enfrentamiento y acogida del grupo familiar. En los casos que se puede establecer comunicación con un paciente competente, surge el dilema de cuan com-

pleta y veraz debe ser la información a entregarle, ya que ante la condición crítica de este, aparece el temor de agravarla más con un stress adicional. En la situación del grupo familiar con paciente competente, la información será similar a la entregada al enfermo, sin embargo pueden surgir dilemas cuando el paciente expresamente solicite la no divulgación de parte de esa información. Cuando se trata de un paciente no competente, la información debe ser completa y comprensible para el grupo familiar. Los recursos materiales necesarios para desarrollar las orientaciones recién expuestas son básicamente elementos audio-visuales que faciliten la comunicación y comprensión de la información que se entrega. El recurso humano en términos numéricos debiera ser el mismo, con conocimientos bioéticos como se mencionó anteriormente, y dentro de este grupo humano, algunas de las personas que lo componen debieran constituirse en comité de ética local que refuerce y evalúe periódicamente esta área, sin que ello signifique asumir las funciones del comité de ética hospitalaria. Este grupo debe contar con reconocimiento, facilidades para su funcionamiento y estímulo (no económico).



Figura 1: Cama de UCI con su equipamiento.



Necesidades del equipo de salud de la UCI:

Contar con espacio físico y elementos adecuados para cumplir con sus funciones.

Condiciones dignas de trabajo, y facilidades para el perfeccionamiento continuo de sus conocimientos y destrezas.

Propongo ahora que exploremos la posibilidad de usar elementos de las tres teorías de justicia para satisfacer las necesidades antes mencionadas. Si deseamos entregar a la unidad "según sus necesidades", debemos confrontar estas necesidades con lo que consideraríamos un "mínimo moral", bajo el cual consideraríamos inmoral atender un paciente. La caridad podría ocupar el espacio que se produzca entre las dos primeras teorías. Supongamos la siguiente situación: la dirección de un hospital de adultos, de atención terciaria, alta complejidad y especialización, y centro de referencia nacional de diferentes patologías, cuenta con un presupuesto X para satisfacer las solicitudes de todos los servicios que en conjunto suman X+Y. El director decide la distribución de recursos dando prioridad a la atención ambulatoria de las especialidades, al pensionado, a las cirugías de bajo riesgo y poca estadía hospitalaria, y programas educativos para los pacientes ambulatorios y hospitalizados destinados a corregir factores de riesgo de enfermedades crónicas, ya que siendo su presupuesto limitado, tratará de optimizar la relación beneficio-costos. El presupuesto solicitado por la UCI es A+B, pero producto de la asignación de recursos por parte del director del hospital, recibió sólo A. El presupuesto A+B estaba destinado a satisfacer las necesidades detectadas en años anteriores y que no han sido satisfechas, más el funcionamiento habitual de la unidad (insumos, mantenimiento de equipos, sueldos del personal, etc.). Supongamos también, las conside-

raciones éticas con relación a justicia distributiva que pueden estar detrás de estos presupuestos: La dirección considera que A logra financiar el funcionamiento habitual de la UCI, la que a su vez está acreditada como tal según la última evaluación efectuada por la autoridad sanitaria. El jefe de la UCI y el personal a cargo, consideran que la satisfacción de las necesidades detectadas en años anteriores es imprescindible para cumplir las funciones de la unidad. Podemos homologar la acreditación de la unidad como el mínimo moral exigible para atender pacientes críticos y que estaría adecuadamente financiado con el presupuesto A. A su vez homologaremos el conjunto de necesidades de la UCI (las detectadas en años anteriores y las del funcionamiento habitual) a la teoría de a cada cual según sus necesidades, en este caso A+B. Uno puede plantear que B sea financiado a través de la caridad (donaciones, campañas, etc). Definamos caridad y a continuación veamos qué inconvenientes puede tener como fuente de recursos. Caridad del latín *caritatem*. Amor a Dios y al prójimo; virtud cristiana opuesta a la envidia y a la animadversión. Limosna o auxilio que se presta a los necesitados. Inconvenientes de la caridad: el flujo del aporte puede ser inconstante, y en un área tan sensible como la UCI hará resentir la calidad de atención. Otro inconveniente es que las donaciones pueden generar compromisos con el área privada, los que a su vez producirán conflictos de intereses al momento de tomar decisiones sobre adquisición de insumos, máquinas, etc. Aquí se establece un dilema importante sobre una situación no infrecuente, cual es el de las donaciones que llevan compromisos implícitos. Resolver ese dilema se hace más complejo aún cuando la donación resuelve un problema que afecta directamente a los pacientes. Junto con ge-



nerar conflictos éticos también los puede generar en el área jurídica. La discusión ética de este problema la haremos más adelante.

Otra alternativa es que intentemos acercar "a cada cual según sus necesidades", el "mínimo moral exigible" y la "salud como un derecho negativo claro" (en la interpretación que hace Beauchamp), excluyendo la caridad. Esto pasa por reconocer que existen necesidades cuya satisfacción no necesariamente se traducirá en mayores posibilidades de éxito, a la luz del conocimiento científico existente. En esto último cobra vigor el uso de la medicina basada en la evidencia (MBE), pero a su vez genera discrepancias en cuanto a que tan "rectora" del manejo de los pacientes debe ser esta. Y esto porque en mi opinión, la MBE puede definir que un tratamiento o técnica diagnóstica no esté demostrada "que sirva", pero más difícilmente puede demostrar "que no sirva", ya que gran parte de la investigación clínica previa a la irrupción de la MBE, carecía de criterios más rigurosos para validar sus resultados. Más aun, Concato y cols. al comparar meta-análisis de estudios controlados y randomizados con meta-análisis de estudios observacionales sobre un mismo tópico, concluyeron que este último tipo de estudios cuando están bien diseñados, no sobrestiman la magnitud del efecto terapéutico<sup>(9)</sup>. Frente a estos reparos, el juicio clínico y ético son el complemento necesario para la MBE a la hora de tomar decisiones que acerquen las teorías de justicia (mencionadas al inicio de este párrafo), con el fin de lograr un consenso en torno a las necesidades que deben ser satisfechas.

Es posible que el pensamiento del mínimo moral responda básicamente a la situación práctica que, por tratar de satisfacer todas las necesidades de salud, sea difícil sostener en el tiempo sin generar problemas de justicia

distributiva dentro del mismo sector o en relación con otros sectores como vivienda y educación. La experiencia norteamericana del vertiginoso incremento de los gastos en salud, no necesariamente debe aplicarse a nuestra realidad, pero sí mantenernos atentos a la posibilidad de caer en gastos desmedidos con el correr de los decenios. Por lo pronto, creo que aun estamos en un nivel de gasto que hace deseable aumentar los recursos disponibles, ya que a modo de ejemplo, aun no logramos un número de camas de UCI de acuerdo a recomendaciones internacionales, tal como fue manifestado en 1997, en un editorial de la revista de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva.

#### Uso racional de recursos en la UCI

Vistos ya los aspectos relacionados con la asignación de recursos a la UCI, entremos a lo que podríamos llamar "el área chica", en este caso no de una cancha de fútbol, sino del cotidiano decidir de una UCI.

Lo habitual en estas unidades es que no estén todos los recursos necesarios, y por lo tanto racionalizar el uso de los recursos es vital. Tal como ya se hizo para definir las necesidades, propongo una definición de uso racional de recursos en una UCI, bajo un prisma de racionalidad ética, como: la indicación de cuidados, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, fundamentados en un conocimiento científico de los beneficios, efectos nocivos, y utilidad práctica sobre el paciente en lo que dice relación con su mejoría, calidad de vida y/o atenuación de su sufrimiento. Esta indicación debe ser confrontada con las creencias y deseos del paciente y/o su grupo familiar de modo de lograr lo mejor para el enfermo. Esta racionalidad ética debe complementarse con la racionalidad económica, entendida esta última como la maximización de beneficios al



menor costo, de tal modo que la aplicación de nuestros principios éticos en las decisiones pueda ser evaluada a través de las consecuencias prácticas.

Para comprender mejor algunos problemas que se pueden presentar con relación al uso racional de recursos en la unidad, citaré los siguientes estudios a modo de ejemplo: Una encuesta enviada por correo en 1990 (EEUU) mostró que hasta un 34% de los intensivistas encuestados habían mantenido el soporte vital a pesar de los deseos de los pacientes. Un 82% negó o retiró las medidas de soporte vital unilateralmente, a veces sin el conocimiento o consentimiento del(os) afectado(s)<sup>(10)</sup>. Otro estudio encuestó aquellos pacientes (o sus familiares) que vivieron la experiencia de una hospitalización en UCI. Estos se manifestaron abiertos a recibir cuidados intensivos aún frente a situaciones de: pronóstico de vida de tan sólo un mes o calidad de vida disminuida, dificultades económicas para asumir los costos de este tipo de atención, etc<sup>(11)</sup>. Una encuesta más antigua (1988) aplicada durante un Simposium educacional de la Sociedad Americana de Medicina Intensiva, evaluó la actitud de los profesionales frente a la distribución de recursos en UCI. El análisis de esta encuesta mostró como los principales factores para admitir pacientes: calidad de vida evaluada por el paciente, probabilidad de sobrevivir la hospitalización, reversibilidad del cuadro agudo y naturaleza de la enfermedad de base. Entre los factores de menor importancia figuraron: análisis de costo-beneficio y costo para la sociedad<sup>(12)</sup>.

Se puede interpretar de estas experiencias que los profesionales del área de intensivo tienen como actitud predominante, dar prioridad a la beneficencia de sus pacientes, pero con poca atención a su autonomía y al principio de justicia distributiva. Esto a mi parecer constituye un serio problema para usar racionalmente los recursos de una UCI.

La definición propuesta de uso racional de recursos, pretende compatibilizar los intereses de todos los actores involucrados en la atención del paciente crítico. Partamos por ver como lograr una correcta indicación de los cuidados y procedimientos ya aludidos. El conocimiento científico es parte del profesionalismo, sin embargo el gran incremento de este hace difícil al profesional estar al tanto de todo, o tener suficientemente "digerido" todo el conocimiento relacionado con su actividad al momento de tomar decisiones. Aquí juega un rol importante la revisión y discusión periódica de temas dentro de la unidad, ya sea a través de investigación propia o de la literatura médica disponible, tendiendo a la creación de guías clínicas que homogenicen en la medida de lo posible, el actuar del equipo de salud en torno al paciente.

Las decisiones son inherentes al uso de recursos y si las primeras son adecuadas, el uso de recursos será racional. ¿Que requerimos entonces para tomar decisiones adecuadas?:

-Establecer una relación médico-paciente-familia que permita por un lado la elaboración de una correcta historia clínica, la que no pocas veces es incompleta por las circunstancias apremiantes en las que es confeccionada (lo que a su vez puede llevar a errores diagnósticos), y por otro lado permita también conocer las creencias, costumbres y deseos del paciente, elementos de vital importancia a la hora de tomar decisiones. Respecto de esto es interesante abordar y si se considera adecuado para nuestra idiosincrasia, difundir e implementar "las directivas anticipadas" por parte de pacientes y población en general, frente a situaciones de riesgo vital correctamente explicitadas. La correcta y detallada redacción de estas directivas evitará interpretaciones contrapuestas, como la ejemplificada en un comentario publicado en un *Critical Care Medicine* del año 2000<sup>(13)</sup>.



- Conocimiento científico actualizado, ya mencionado anteriormente. Este debe permitir al médico la elección de técnicas diagnósticas y tratamientos que se ajusten a la racionalidad económica y médica\*, entendiendo por esta última la que mencionamos como definición de trabajo. El conocimiento de sistemas de score pronóstico juega un rol en la ubicación de los recursos y esto será más frecuente en la medida que se determinen sus limitaciones y aumente su capacidad de predicción, sin embargo el tema de las decisiones médicas permanecerá en el campo de los médicos, pacientes y familiares<sup>(14)</sup>. Un estudio sobre la identificación de futilidad en la UCI, usando APACHE II modificado como score pronóstico, logró predecir el 95,6% de los pacientes que morirían dentro de los 90 días post alta (sensibilidad 23,4%, especificidad 99,8%). Aplicando este sistema se podría identificar la futilidad de mantener un paciente en la UCI, al costo de un paciente por cada veinte que sobreviviría si fuera mantenido en la unidad<sup>(15)</sup>. Aquí la decisión debe ser ¿médica, legal o política? Hasta el momento esta forma de tomar decisiones no está validada.

- Marco legal y político para la toma de decisiones, el que se desprende de la pregunta anterior. La sociedad en forma directa o a través de sus representantes elegidos en un sistema democrático que refleje proporcionalmente los intereses y formas de pensar de los distintos grupos sociales, debe tomar la decisión sobre que hacer cuando el beneficio de muchos afectará a unos pocos, en este caso con la muerte de ellos. La discusión debe contar con la visión dada por la experiencia de los médicos, así como la experiencia vivida por pacientes y familiares que se vieron enfrentados a una estadía en UCI o a la imposibilidad de acceder a dichas unidades.

#### Dilemas expuestos:

¿Es correcto asignar tantos recursos a un grupo de pacientes cuya expectativa de vida es limitada?

Las manifestaciones clínicas del paciente crítico son variadas, pudiendo constituir síndromes o cuadros específicos, en esencia enfermedad. La enfermedad representa un daño a las capacidades del individuo, las que a su vez son necesarias para lograr sus proyectos, en particular "la felicidad merecida o eudemonia" (Aristóteles), y los proyectos comunes con el resto de la sociedad. Las sociedades han tomado conciencia de este hecho y dentro de su organización global han destinado tiempo y recursos a prevenir y combatir las enfermedades. Así con el correr del tiempo, del avance científico y de la mejoría de las condiciones de vida, muchas de las enfermedades, particularmente las de origen infectocontagiosas han sido controladas, permitiendo una mayor expectativa de vida y dando paso a un aumento de las enfermedades crónicas, susceptibles de descompensaciones graves, aumentando así el número de pacientes críticos. Podría decir entonces que, este aumento es la consecuencia de los actos de la sociedad y sus individuos, en pro de mantener las capacidades que les permiten lograr los proyectos antes aludidos. Esto impide que la sociedad se desentienda de un problema en cuya génesis es partícipe, y mientras que esta sociedad no decida que la asistencia sanitaria de este grupo de pacientes arriesga la justicia con el resto de la especie humana, será correcto asignar recursos a estos enfermos, tantos como sea necesario. Esto último genera la gran responsabilidad por parte del equipo de salud y de los pacientes, de ser racionales a la hora de solicitar los recursos y definir sus necesidades, de lo contrario se producirá injusticia con el conjunto de la socie-



dad. Dicho de otra forma, la defensa de los principios de autonomía y beneficencia de los enfermos, tendrá como consecuencia el no respeto del principio de justicia con toda la sociedad.

La caridad y los conflictos de intereses:

La caridad "pura", como amor a Dios y al prójimo no debiera producir conflictos de intereses, ya que se hace desinteresadamente. Sin embargo en nuestra realidad, es más frecuente que la caridad se exprese en la forma de donación, que lleva implícito un compromiso de retribución por parte de quién recibe dicha donación. Creo que: si la donación se traduce en beneficio para los enfermos, los compromisos que esta genera se explicitan en forma transparente, y no existe trasgresión a normas legales, el conflicto de interés termina por resolverse en favor de los pacientes.

Score de pronóstico. Beneficio de muchos en desmedro de pocos:

Uno de los "sueños no cumplidos" de muchos intensivistas, es poder predecir que paciente morirá a pesar de todo el esfuerzo terapéutico que se haga por él. Ningún sistema de score pronóstico da certeza de 100%, sin embargo se pueden acercarse a esa cifra. Creo que esta información permite tomar decisiones, pero no unilateralmente, sino que en conjunto con los afectados.

### Conclusiones

El envejecimiento de la población, y los avances tecnológicos y científicos de la medicina, están produciendo un aumento de la demanda de unidades de cuidados intensivos. Estas unidades consumen parte importante del presupuesto de los hospitales y de las personas, a pesar de ello la situación nacional es aun deficitaria, por lo que se requiere incrementar

los recursos asignados a estas unidades. La experiencia de países como EEUU, en cuanto a llegar a niveles de gasto en salud excesivos, hace temer a muchos la posibilidad que en nuestro país ocurra lo mismo. En mi opinión creo que estamos lejos de esa posibilidad, sin embargo evitarla está en nuestras manos. Está en las manos de los profesionales de la salud, quienes deben comprender la necesidad de balancear adecuadamente los principios de la Bioética, de modo que el compromiso con el paciente no llegue niveles de irracionalidad tal, que perjudiquen al enfermo y la sociedad. Está también en manos de los ciudadanos, quienes deben entender que la asistencia sanitaria no es ilimitada, y que satisfacer todas sus necesidades puede afectar otras áreas del bienestar de la población.

### Referencias

1. Coalition for Critical Care Excellence: Critical care blueprint for the future. Anaheim, Society of Critical Care Medicine 1992.
2. Gálvez G. Sergio. "Costos y financiamiento de la Medicina Intensiva en Chile" Fundamentos de Planificación en Medicina Intensiva. Sociedad Chilena de Medicina Intensiva. 1ª ED. 2002(164-181)
3. Censo poblacional 2002.
4. Cavases Hita JM. y cols. "Medicina y economía" Medicina Interna de Farreras-Rozman. Editorial Harcourt 14ª ED. 2000; 1: 76-81.
5. Gracia D. "¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos" Colección ética y vida. Estudios de Bioética Nº 4. Profesión médica. Investigación y justicia sanitaria. Editorial El Búho. 1ª ED. 1998; 151-176.
6. Van Horn E. Tesh A. The effect of critical care hospitalization on members: Stress and responses. Dimensions of Critical Care Nursing 2000; 19(4):40-49.
7. Combs A. H. "Práctica de terapia intensiva en la era del consumismo" Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Shoemaker y cols. Editorial Médica Panamericana. 3ª ED. 1996; 1817-22



8. Normas de Funcionamiento de Unidades de Cuidados intensivos. *Paciente Crítico* 1997; 13(1): 3-18.

9. Concato J, Shah N, Horwitz RI. Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs. *N Engl J Med* 2000; 342(25): 1887-92

10. Hasch D. Hansen-Flaschen J. Lanken P. Decisions to limit or continue life-sustaining treatment by critical care physicians' practices and patients' wishes. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151: 288-292.

11. Danis M. Patrick D. et al. Patients' and families' preferences for medical intensive care. *JAMA* 1998; 260(6): 797-802.

12. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning distribution of intensive care resources. *Critical Care Medicine* 1994; 22(2): 358-362.

13. Crippen D. et al. Debate: what constitutes "terminality" and how does it relate to a living will? *Crit Care*. 2000; 4(6): 333-338. Epub 2000 Nov 06.

14. Luce J. The ethical appropriateness of using prognostic scoring systems in clinical management. *Crit Care Clin* 1994; 10(1): 229-241.

15. Atkinson S. et al. Identification of futility in intensive care. *Lancet* 1994; 344 (8931): 1203-1206.

ARCHIVO