

Hospitalización en cuidados intensivos: aspectos éticos de la toma de decisiones

Fabiana Pires Pereira¹, Rodrigo Siqueira-Batista², Fermin Roland Schramm³

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil. 2. Universidade Federal de Viçosa, Viçosa/MG, Brasil. 3. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Resumen

La escasez de recursos para las acciones de atención –tema de extrema relevancia en los sistemas de salud con acceso universal– ha motivado varias situaciones en las que es necesario establecer criterios de priorización, especialmente en el ámbito de la regulación médica de las urgencias. Desde una perspectiva bioética, este artículo tiene como objetivo discutir el proceso de toma de decisiones de los médicos reguladores en situaciones de escasez de recursos (en este caso, camas de unidades de cuidados intensivos). Se trata de un estudio teórico-reflexivo, realizado a partir del análisis ético de una situación-problema ficticia que implica la elección de un paciente para tratamiento intensivo en el contexto de un número limitado de vacantes. Se apreció el caso ficticio a partir de los referenciales de las corrientes bioética principialista y utilitarista. La reflexión destacó que las decisiones de esta naturaleza deben basarse en la articulación profunda entre criterios técnicos y éticos. Se pudo concluir que, en la situación-problema analizada, la selección aleatoria sería la más viable y justa desde el punto de vista bioético.

Palabras clave: Bioética. Toma de decisiones. Unidades de cuidados intensivos.

Resumo

Internação em terapia intensiva: aspectos éticos da tomada de decisão

A escassez de recursos para ações de cuidado – questão extremamente relevante nos sistemas de saúde de acesso universal – tem motivado diversas situações em que é necessário estabelecer critérios de priorização, mormente no âmbito da regulação. Partindo de perspectiva bioética, este artigo visa discutir o processo decisório de médicos reguladores em situação envolvendo escassez de recurso – no caso, leitos de centro de tratamento intensivo. Trata-se de estudo teórico-reflexivo, empreendido a partir da análise ética de situação-problema fictícia envolvendo a escolha de paciente para tratamento intensivo em contexto de limitado número de vagas. O caso fictício apresentado foi apreciado a partir dos referenciais das correntes bioéticas principialista e utilitarista. A reflexão ressaltou que as decisões dessa natureza devem ser baseadas na profunda articulação entre critérios técnicos e éticos. Foi possível concluir que, na situação-problema analisada, a seleção aleatória seria a mais viável e mais justa do ponto de vista bioético.

Palavras-chave: Bioética. Tomada de decisões. Unidades de terapia intensiva.

Abstract

Intensive care hospitalization: ethical aspects of decision-making

Scarcity of resources in healthcare – an extremely relevant issue in universal healthcare systems – has motivated the emergence of several situations where one needs to establish prioritization criteria, especially within the scope of regulation. Based on a bioethical perspective, this article discuss the decision-making process of coordinating physicians in a situation involving scarcity of resources – in this case, intensive care unit beds. This is a reflective theoretical study, based on the ethical analysis of a hypothetical problem-situation involving the choice of patient for admission in this unit, in a context of a limited vacancies. The situation presented was assessed based on the principlist and utilitarian bioethical perspectives. The reflection emphasized that decisions of this nature must be based on a deep articulation between technical and ethical criteria. After the analysis, we concluded that random selection would be the most feasible and fairest from a bioethical point of view.

Keywords: Bioethics. Decision making. Intensive care units.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

La posición de los profesionales sanitarios al asignar recursos en un contexto de escasez no es cómoda, ya que entre sus obligaciones éticas están: 1) actuar correctamente para el bienestar del paciente sin causarle ningún daño (es el principio de no maleficencia, aceptado desde la época de Hipócrates) y 2) respetar la manifestación de la autonomía del paciente¹.

En este escenario, los equipos de los centros de regulación médica juegan un papel importante, ya que deben contribuir a garantizar los derechos constitucionales de acceso universal, pleno e igualitario a la salud mediante la mejor adecuación de la oferta. Estos profesionales se enfrentan a diario a la escasez de recursos, lo que genera angustia, especialmente cuando hay que decidir, entre los pacientes en estado crítico, quién tendrá acceso a una cama de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Sobre este problema, Fortes² destaca que los procesos de toma de decisiones también son de carácter ético (y no solo relacionados con el ámbito técnico), ya que se establecen entre personas y, además, afectan a los individuos, a las instituciones y a la colectividad. Para este mismo autor, las cuestiones éticas interfieren en la toma de decisiones especialmente en contextos en los que el llamado “conocimiento técnico” llega a sus límites, en el sentido de que ya no contribuye a la decisión².

En un caso concreto, los conocimientos técnicos permitirían evaluar la gravedad del estado del paciente mediante análisis clínicos y de laboratorio, y corresponde a los elementos éticos ayudar a definir, entre los pacientes graves, cuál debe ser priorizado en caso de escasez de recursos. De hecho, la relevancia del binomio técnica-ética se hace más evidente en estas situaciones límite, pero es plenamente defendible la idea de que, desde una perspectiva aristotélica, toda acción en el ámbito de la salud –inscrita en el dominio de la praxis– abarca necesariamente ambos elementos³.

No basta con aplicar las teorías éticas para llegar a un consenso sobre la decisión más adecuada. Es necesario un enfoque práctico, no dogmático, que analice los hechos y los argumentos y ayude a construir justificaciones racionales para resolver los conflictos. En este sentido, se identifica la importante contribución de la bioética y sus corrientes como herramienta para mejorar el proceso de toma de decisiones. Teniendo en cuenta estos apuntes, este artículo pretende discutir aspectos de la toma de decisiones de los médicos

reguladores en una situación de escasez de recursos, en este caso, las camas de cuidados intensivos.

Método

Este ensayo teórico-reflexivo analiza una situación ficticia que no se relaciona estrictamente con ningún caso real, sino que recoge información relevante al problema planteado a partir de la perspectiva de los autores, que vivieron circunstancias similares en sus trayectorias académicas y profesionales. El caso ficticio se propuso como punto de partida para discutir los criterios bioéticos que pueden informar la toma de decisiones clínicas en el desempeño de los médicos reguladores, además de tener la intención de contrastar el derecho al acceso universal al sistema de salud y el conflicto derivado de la escasez de recursos.

Para elaborar la situación-problema, se consideraron dilemas y circunstancias relevantes inspirados en casos auténticos vividos en la rutina de trabajo de un centro de regulación. Un método similar se utilizó en el libro *Bioética para profesionales de la salud*⁴ y en el artículo “La bioética en la toma de decisiones en la atención primaria”⁵.

La discusión se basará en dos de las principales vertientes bioéticas: la principialista y la utilitarista, elegidas porque representan las corrientes más discutidas en el contexto de la toma de decisiones⁶. El primer modelo presenta un denominador común entre los juicios particulares y la teoría moral general, conteniendo principios intermedios (*mid-level principles*) no sujetos a un orden léxico preestablecido, capaces de guiar la deliberación de conflictos en el ámbito biomédico en sociedades seculares y plurales. El modelo utilitarista se basa en los debates sobre la justicia, evaluando los actos morales de la humanidad a partir de un cálculo de maximización del bienestar, es decir, de las consecuencias de las acciones, que deben proporcionar el mayor bienestar al mayor número posible de personas^{7,8}.

Presentación de la situación-problema

La situación-problema ilustra de forma factible la rutina de un centro de regulación. Antes de describirla, es importante destacar que el nombre de la ciudad, del médico y de los pacientes

está inspirado en las obras literarias *O alienista*, de Machado de Assis⁹, y *Cien años de soledad*, de Gabriel García Márquez¹⁰.

El doctor Simão Bacamarte es un experimentado médico regulador y jefe del equipo de guardia del centro de regulación de pacientes del municipio de Macondo. Un jueves por la mañana, planifica las tareas que deben realizar sus compañeros de servicio y deja para sí la responsabilidad de organizar la cola de pacientes que esperan camas de la UCI. La oferta diaria es inferior a la demanda y, como médico experimentado, a Simão le gusta leer los informes al principio del turno para establecer criterios de prioridad en los cuadros clínicos y agilizar la admisión y derivación de pacientes si hay una cama de UCI disponible.

En general, los pacientes están en condiciones muy graves y en unidades sin el apoyo adecuado. Esa mañana, incluso antes de terminar de leer los informes, el doctor Simão recibió la información de que había una cama de UCI disponible. Pero, entre los casos graves, dos en particular, según la evaluación del médico, requieren más atención. Ambos presentan el mismo nivel de gravedad, desde el punto de vista técnico, y necesitan ser derivados lo antes posible a una cama de cuidados intensivos.

El primer paciente fue José Arcadio Buendía, de 80 años, previamente sano y sin comorbilidades, que ingresó en la Unidad de Atención de Urgencias (UPA – Unidade de Pronto Atendimento) con una neumonía comunitaria severa. Desde el punto de vista clínico, destacan el descenso de la saturación de oxígeno, la disminución del nivel de conciencia, la presencia de fiebre, las mucosas con aspecto blanquecino y deshidratación. La auscultación respiratoria muestra pulmones con ronquidos y crepitaciones en ambas bases. No hay otras alteraciones dignas de mención.

El segundo paciente es Nicanor Ulloa, de 50 años, comerciante, hipertenso, en uso regular de anlodipino, ingresado en la UPA cerca de su residencia por quejarse de un fuerte malestar en la región retroesternal, sin irradiación, asociado a fatiga. El paciente está muy ansioso y taquipneico, niega el tabaquismo y el alcoholismo, y tiene antecedentes de accidente cerebrovascular hace dos años, sin secuelas. Tras los exámenes, a Nicanor se le diagnosticó un infarto agudo de miocardio (IAM), Killip II.

La clasificación Killip (o Killip-Kimball) se utiliza para evaluar el pronóstico del IAM¹¹. La migración

de la clase más baja a la más alta se asocia con una mayor letalidad en muchos estudios, mientras que los pacientes que evolucionan con puntuaciones bajas tienen menos probabilidades de morir en los primeros 30 días. Los pacientes se clasifican de la siguiente manera: clase I, sin evidencia de insuficiencia cardíaca; clase II, hallazgos consistentes con insuficiencia cardíaca leve a moderada (B3, estertores crepitantes en menos de la mitad de los campos pulmonares o distensión venosa yugular); clase III, edema pulmonar; y clase IV, shock cardiogénico. Las tasas de mortalidad se configuran de la siguiente manera: clase I, 6%; clase II, 17%; clase III, 38% y clase IV, 81%¹².

Tras analizar los dos informes, el doctor Simão se enfrenta a la necesidad de elegir entre ellos, y el hecho de estar alejado de los pacientes dificulta aún más la tarea de establecer los criterios de gravedad. En este contexto, ¿cuál es el límite del “conocimiento técnico” para la toma de decisiones? Incluso si pudiera optar por el paciente más grave, ¿sería este, de hecho, un criterio perfectamente ético? ¿Se trata de una elección puramente técnica?

Corrientes, análisis y elecciones

Corriente principialista

La obra *Principios de ética biomédica*, de Beauchamp y Childress¹, recomienda los preceptos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia para fundamentar las acciones éticamente adecuadas. La beneficencia –cualquier acción humana en beneficio de otra persona– se remonta a la tradición iniciada con Hipócrates y está relacionada con la práctica de la “benevolencia”: rasgo de carácter o virtud de actuar con beneficencia. La no maleficencia es la obligación de no causar daño intencionadamente. Es un principio comúnmente relacionado con la máxima “*primum non nocere*”, también de origen hipocrático.

La autonomía, a su vez, se refiere a la capacidad de autodeterminación del individuo, en cuanto al ejercicio de tomar decisiones auténticamente libres. El individuo autónomo es libre de actuar según su propio plan de acción y en lo que le concierne. La justicia, por último, se refiere a lo que merecen las personas, es decir, a lo que de alguna manera les conviene o corresponde. Se consideran justas las situaciones en las que el individuo

recibe lo que le corresponde; y se considera injusta la situación en la que, por negación u omisión, no se distribuyen equitativamente los beneficios que legítimamente pertenecen a las personas.

Dado que se trata de principios *prima facie*, conviene señalar que no hay jerarquía en su aplicación, es decir, los principios no son absolutos¹. Entonces, ¿cómo podrían utilizarse estos principios para ayudar a la toma de decisiones del médico Simón Bacamarte?

Aplicado al caso concreto, el tercer principio –el respeto a la autonomía– no contribuiría a la toma de decisiones, ya que la derivación de los pacientes debería ser rápida, para el inicio inmediato del tratamiento en una unidad con el apoyo técnico adecuado. El carácter de emergencia de la situación, la incapacidad de los pacientes para ejercer plenamente su autonomía y la imposibilidad de consultar a un tutor legal –por ejemplo, un familiar del paciente– impiden la aplicación de este principio.

Si fuera posible hablar con los dos pacientes o con sus familias sobre sus respectivos diagnósticos y pronósticos, quizás habría más ayudas para la evaluación. Si el señor Nicanor –o su familia– evaluó y decidió que no quería recibir medicación trombolítica (debido a los riesgos de hemorragia, por ejemplo); o si el señor José Arcadio –o su familia– optó por no autorizar los procedimientos invasivos que pueden producirse en la UCI (como la intubación orotraqueal) porque no quería correr el riesgo de secuelas, la elección del médico podría basarse en el respeto a la autonomía de quienes pueden manifestarse claramente (en tiempo real o mediante el uso de un documento de voluntades anticipadas) o a través de un representante.

Escuchar al paciente es, siempre que sea posible, de suma importancia para conocer realmente sus preferencias, deseos, elecciones y, sobre todo, cómo cree que merece vivir su propia vida. Sin embargo, en la situación-problema, no es posible escuchar a ninguno de los pacientes, por lo que el médico regulador no puede utilizar el principio de autonomía en el proceso de toma de decisiones.

Aclarado este punto, se comentarán los principios de beneficencia y no maleficencia, que se diferencian en el siguiente sentido: el principio de beneficencia prevé acciones positivas (hacer el bien), el principio de no maleficencia propone que no se realicen acciones que causen daño¹. Sin embargo,

estos principios de matriz hipocrática están relacionados, en la medida en que no es posible especificar claramente cuándo termina la proscripción del daño y cuándo comienza el beneficio. De hecho ¿hasta qué punto la beneficencia genera no maleficencia, y hasta qué punto el no causar maleficencia tampoco proporciona beneficencia?¹

Llevando la reflexión al dilema del doctor Simão, se puede decir que el equilibrio entre riesgos y beneficios que presenta la proporcionalidad –o la isonomía– sugiere que el ingreso de los pacientes en la cama de la UCI sería la conducta que más beneficios aportaría, mientras que el no ingreso podría condenar a uno de ellos a la muerte en poco tiempo, ya que ambos se encuentran en lugares con recursos limitados para atender sus necesidades y la espera puede aumentar aún más la gravedad del cuadro.

Lo más adecuado, teniendo en cuenta el principio de beneficencia, sería disponer de camas para ambos pacientes, lo que no es posible, ya que solo hay una cama disponible. Una posibilidad que analizar sería sopesar si el riesgo de hemorragia al aplicar el tratamiento trombolítico al paciente con IAM fuera de la cama de la UCI es menor que el tiempo de espera para una atención adecuada.

Desde el punto de vista del principio de no maleficencia, el doctor Simão tiene la obligación moral de no causar daño a ninguno de los pacientes. Sin embargo, la elección de uno de los pacientes, por sí misma, ya causaría un daño al otro, además de transgredir, según Beauchamp y Childress¹, una de las normas del principio de no maleficencia –no privar a otras personas del bien de la vida–, teniendo en cuenta que, si uno de ellos queda desatendido, correrá el riesgo de morir. Por lo tanto, el uso de la beneficencia y la no maleficencia en el análisis de la situación tiene serias limitaciones:

los dilemas morales en la práctica clínica (...) son conflictos difíciles de resolver (si no imposibles de resolver sin cierta arbitrariedad). (...) En particular, los dilemas morales pueden representar un serio desafío para cualquier médico consciente, ya que un dilema no tiene exactamente una solución que surja de un razonamiento lógico convincente y las soluciones encontradas siempre serán parcialmente arbitrarias (indicadas por la imagen “La decisión de Sophie”). Así, la toma de decisiones en una situación moralmente “dilemática” parece situarse siempre en el campo de la “tragedia” entre la vida y la muerte, ya

que implica tener que elegir entre soluciones sobre las que no siempre se puede decir muy bien cuál es más correcta o incorrecta (como en el caso de tener que elegir quién debe vivir y quién no, quién “merece” cuidados y quién “merece” menos o ninguno cuidado)¹³.

El uso del principio de justicia en el contexto que nos ocupa –en particular la justicia distributiva– establece que los recursos sanitarios deben distribuirse de la forma más equitativa y justa posible¹⁴. Así, el hecho de que el doctor Simão tuviera que elegir entre los pacientes candidatos a una cama en la UCI se considera, desde este punto de vista, totalmente injusto, porque lo justo sería que hubiera camas para ambos pacientes¹⁵.

En este sentido, el principio formal de justicia establece que “los iguales deben ser tratados de forma igual y los desiguales deben ser tratados de forma desigual”. Aunque pueda parecer justo que los iguales merecen el mismo trato mientras que cada persona tiene características diferentes que no se pueden ignorar, este postulado plantea importantes dudas. ¿Qué características definen la igualdad y cuáles no? En otras palabras, ¿cuál es el alcance del significado de “igual”?¹⁶

Mannelli¹⁶ considera que cuando los pacientes tienen la misma condición médica, factores como la edad, el sexo, las comorbilidades y la gravedad de la enfermedad influyen en los protocolos específicos que siguen los médicos. De este modo, priorizar no significa que una vida sea más valiosa que otra, porque todas son valiosas. Sin embargo, cuando los recursos son insuficientes, es necesario asignarlos para salvar al mayor número de personas posible. Este método permite tratar prioritariamente a quienes tienen más probabilidades de beneficiarse del recurso escaso –el ingreso en una cama de la UCI, en este caso– y recuperarse rápidamente, lo que permite a los siguientes en la fila beneficiarse del tratamiento en cuestión.

Un concepto clave en la asistencia sanitaria es la prevención del sufrimiento y el daño. Sin embargo, en la situación problemática analizada, como en otras circunstancias en las que hay escasez de recursos, lamentablemente no es posible evitar los daños. El objetivo es reducirlos¹⁷.

Para analizar el dilema en cuestión, también vale la pena considerar el argumento del edadismo, presente en la teoría de la justicia¹. Según esta perspectiva, el paciente más joven (Nicanor, de 50 años)

tendría más posibilidades de recuperarse que el anciano, que en teoría recibió cuidados durante toda la vida y que a los 80 años debería ser tratado solo para aliviar el sufrimiento y no para prolongar su existencia. Sin embargo, esta colocación no tiene en cuenta el estado de salud general de la persona mayor, por lo que corre el riesgo de dar lugar a una decisión profundamente injusta y discriminatoria basada únicamente en el parámetro de la edad.

En este sentido, vale la pena alertar sobre la injusticia en que se puede incurrir en la exclusión del paciente por criterios de edad, ya que la base es solo estadística, sin considerar la individualidad. Además, este argumento se basa en el supuesto muy discutible de que sería más útil invertir en personas más jóvenes, ya que entre los 75 y los 85 años las personas ya han vivido lo suficiente^{15,17}. También cabe señalar que, además de vulnerar los principios constitucionales –la igualdad de todos ante la ley y el derecho universal de acceso a la asistencia sanitaria–, el criterio con base en la edad supondría una devaluación inaceptable de las personas mayores¹⁷.

Los escasos recursos deben asignarse sin discriminación de ningún tipo: por edad, sexo, nacionalidad, origen geográfico, condición social, situación económica, orientación política, religión, orientación sexual o discapacidad. Ninguno de estos parámetros –a menudo denominados genéricamente “criterios sociales”– debería justificar una asignación de recursos diferente¹⁸.

Como señala Fortes¹⁸, no hay consenso entre los bioeticistas y los profesionales sanitarios sobre el uso de criterios sociales en contextos de escasez. Los defensores de estos parámetros creen que esta opción es mejor que elegir de manera aleatoria o negarse a tomar alguna decisión, lo que seguiría siendo una elección. Los opositores, sin embargo, argumentan que estos criterios refuerzan las desigualdades que ya existen en la sociedad, reafirmando comportamientos como el racismo, el sexismo y la discriminación contra los grupos minoritarios.

Ribeiro y Schramm¹⁹ también informan de que sería injusto limitar los recursos destinados a los ancianos y reasignarlos a los jóvenes para conseguir el mayor beneficio para el mayor número de personas, tal y como establece el cálculo utilitario, porque los ancianos deben ser tratados como cualquier otra persona. Por lo tanto, la única propuesta que queda es la “*survival lottery*”, defendida, por ejemplo, por John Harris²⁰.

La aleatorización sería una alternativa para decidir de forma justa quién ocupará la cama de la UCI, y en el caso que nos ocupa, podría ponerse en práctica mediante el sorteo entre los implicados¹. Esta perspectiva puede estar moralmente justificada en situaciones de atención urgente y de emergencia, indicación de ingreso en unidades de cuidados intensivos y trasplantes. De hecho, según Fortes², no siempre es posible tomar decisiones basadas únicamente en criterios de objetividad técnico-científica, que, en contra de la creencia popular, no son neutrales ni están desprovistos de valores éticos.

Según este autor, en estos casos sería factible recurrir al criterio de aleatoriedad, que en la *elección de los beneficiarios de los recursos escasos parte de la base de que las vidas humanas son igualmente valiosas y que las personas deben tener las mismas oportunidades. Se afirma que la "lotería ética" no afectaría a la confianza establecida entre los profesionales sanitarios y su clientela y eliminaría la necesidad de comités de decisión (...). Sin embargo, como desventaja, se afirma que una lotería no incluiría otros factores relevantes en la toma de decisiones y podría traer angustia a las personas, por no tener la certeza de que en algún momento se beneficiarán de los escasos recursos, como ocurre con las colas o listas de espera*²¹.

El caso ficticio presentado ilustra una situación en la que debe establecerse la prioridad entre los principios bioéticos. Entre estos principios no existe una jerarquía y, una vez agotadas las consideraciones sobre cuál de ellos se debe priorizar, se puede concluir que el método de elección con base en el sorteo sería la decisión menos injusta y más capaz de reconfortar al médico regulador encargado de tomar la decisión.

Modelo utilitarista

La perspectiva utilitarista, propuesta por Stuart Mill²², establece que la utilidad se refiere a todos los actos que pueden aportar felicidad y placer. Así, lo "útil" podría entenderse como todo aquello que contribuye al bienestar general. De hecho, la mayor preocupación es la consecuencia de los actos y el beneficio potencial para el mayor número de personas. Según esta perspectiva, la mejor acción es la que puede producir el máximo bienestar. De ahí se extraen las concepciones de: 1) consecuencialismo, 2) máximo bienestar y 3) agregacionismo²³.

Mientras que el principialismo se basa en los preceptos que guían éticamente la toma de decisiones, el utilitarismo reflexiona sobre la consecuencia de las acciones para justificar las elecciones⁴ –este es el ámbito del consecuencialismo. Rego, Palácios y Siqueira-Batista⁴ advierten que es necesario definir adecuadamente el concepto de acción, porque es a partir de él que se modifican los acontecimientos. Dicho esto, se puede concluir que si hubo cambio, hubo acción, lo que implica que la omisión –o la "no acción"– también se entiende como acción, en la medida en que altera el curso de los acontecimientos⁴.

El concepto de máximo bienestar, para el utilitarismo, se refiere al aumento de los beneficios derivados de las acciones. Se considera el grado más alto de calidad de vida deseado por el que sufre la acción, y no por el que la practica²⁴.

La última concepción, el agregacionismo, afirma que cuando es necesario elegir acciones (proceso de toma de decisiones), se debe considerar la suma de intereses. En efecto, la mejor consecuencia es la que aporta el mayor bienestar al mayor número de personas, es decir, siempre se deben considerar los intereses de todos los seres capaces de sentir dolor¹⁴.

En el caso que nos ocupa, la consecuencia es lo que define si la acción fue correcta o no. Para calcular la acción –considerando la mayor suma de beneficios–, el doctor Simão Bacamarte debe tener en cuenta que ambos pacientes desearían vivir y curarse, y que el estado clínico de ambos impone la necesidad de cuidados especiales en la UCI. Dicho esto, el doctor Simão podría tomar como criterio la edad de los pacientes, considerando que el paciente más joven, si se cura, tendrá más tiempo de vida y, por tanto, más tiempo para contribuir con la familia y con la propia sociedad.

Otra forma de ver la cuestión sería indicar la hospitalización para el paciente mayor –en este caso, el señor José Arcadio– dada la mayor probabilidad de que, sin la hospitalización, la condición empeore y los riesgos de secuelas aumenten (con consecuencias negativas para el paciente, la familia, la sociedad y el propio sistema sanitario, dada la mayor probabilidad de gastos necesarios para el seguimiento del paciente). Sin embargo, se debe tener en cuenta que el tiempo de espera también puede empeorar el estado del paciente más joven, provocando secuelas y más costes para el sistema sanitario.

La apreciación utilitarista preliminar señala la imposibilidad de aplicar estrictamente este modelo a la situación vivida por el doctor Simão Bacamarte. De hecho, ambas decisiones –sea transferir al señor José Arcadio Buendía o al señor Nicanor Ulloa a la UCI– son éticamente defendibles, dependiendo del cálculo de las consecuencias.

Consideraciones finales

La necesaria racionalización en la asignación de recursos –incluidos los que requieren mayor complejidad tecnológica– ante la creciente demanda se ha convertido en uno de los problemas más relevantes para un sistema de acceso universal a la salud. Esta situación representa un gran reto para los gestores, así como para los profesionales de la salud, que diariamente se enfrentan a dilemas en sus centros de trabajo (entre ellos los centros de regulación), que en teoría deberían garantizar un acceso pleno e igualitario a los usuarios.

Las perspectivas discutidas en este artículo muestran las grandes dificultades para definir cuál sería la decisión más correcta en la situación-problema, cuyo dilema, por definición, representa un impasse desde el punto de vista ético. Un punto importante,

en relación con la discusión sobre el principialismo, se refiere a la posibilidad, en tal situación, de emplear un “método” de elección con base en el acaso, es decir, la selección aleatoria. Aun así, como parece, ninguna de las teorías propuestas podría, por sí sola, sostener la decisión y mitigar la angustia del proceso de elección. Los aspectos subjetivos, ligados al sujeto de la acción, aunque sea de forma subliminal, deben ser considerados en este proceso.


Dicho esto, es evidente la pertinencia de realizar investigaciones que aborden los aspectos bioéticos aquí planteados, discutiendo la toma de decisiones de los profesionales y gestores de la salud –proceso que puede ser emprendido desde diferentes enfoques– considerando la aceleración de las innovaciones biomédicas y los cambios globales en los patrones de vida y salud de la población. Este escenario ha producido inevitablemente dilemas, especialmente en lo que respecta a los recursos cada vez más escasos para ofrecer a la población el acceso a los servicios sanitarios. En este contexto, es primordial considerar a todos los implicados –valorándolos en sus condiciones existenciales– y adoptar posiciones racionales y razonables, aunque, debido a los límites de las opciones, sea necesario considerar el poder del acaso.

Referencias

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2012.
2. Fortes PAC. O dilema ético de priorizar recursos escassos. Rede Câncer [Internet]. 2011 [acesso 21 maio 2019];14:34-5. Disponível: <https://bit.ly/3dhEC6E>
3. Aristote. Éthique de Nicomaque. Paris: Classiques Garnier; 1961.
4. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Bioética para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2020.
5. Ferreira DC, Silva AG Jr, Siqueira-Batista R. A bioética na tomada de decisão na atenção primária à saúde. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2015 [acesso 20 jan 2020];39(3):479-85. DOI: 10.1590/1981-52712015v39n3e00742015
6. Lima MLF, Rego STA, Siqueira-Batista R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2015 [acesso 20 jan 2020];23(1):31-9. DOI: 10.1590/1983-80422015231043
7. Freitas EEC. O processo de tomada de decisão moral pelo médico intensivista para pacientes críticos. In: Cardoso de Castro J, Niemeyer-Guimarães M, organizadores. Caminhos da bioética. Teresópolis: Editora Unifeso; 2018. v. 1, p. 14-32.
8. Gonçalves L, Dias MC. Discussões bioéticas sobre a alocação de recursos durante a pandemia da covid-19 no Brasil. Diversitates Int J [Internet]. 2020 [acesso 20 jan 2020];12(1):17-36. Disponível: <https://bit.ly/3u3Jgv3>
9. Assis M. O alienista. São Paulo: Companhia das Letras; 2014.
10. Márquez GG. Cem anos de solidão. Rio de Janeiro: Record; 1967.

11. Mello BHG, Oliveira GBF, Ramos RF, Lopes BBC, Barros CBS, Carvalho EO *et al.* Validação da classificação de Killip e Kimball e mortalidade tardia após infarto agudo do miocárdio. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2014 [acceso 20 jan 2020];103(2):107-17. DOI: 10.5935/abc.20140091
12. Killip T 3rd, Kimball JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit: a two-year experience with 250 patients. *Am J Cardiol* [Internet]. 1967 [acceso 20 jan 2020];20(4):457-64. DOI: 10.1016/0002-9149(67)90023-9
13. Schramm FR. Questões conceituais e metaéticas da bioética clínica: uma introdução. *Bioethikos* [Internet]. 2012 [acceso 20 jan 2020];6(2):125-32. p. 129. Disponível: <https://bit.ly/3aoP8Hq>
14. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola; 2005.
15. Fortes PAC, Pereira PCA. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética. *Rev Assoc Méd Bras* [Internet]. 2012 [acceso 21 maio 2019];58(3):335-40. DOI: 10.1590/S0104-42302012000300014
16. Mannelli C. Whose life to save? Scarce resources allocation in the covid-19 outbreak. *J Med Ethics* [Internet]. 2020 [acceso 20 jan 2021];46(6):364-6. DOI: 10.1136/medethics-2020-106227
17. Torres A, Aparecida AF, Oliveira PI. Escolhas de Sofia e a pandemia de covid-19 no Brasil: reflexões bioéticas. *Rev Bioét Derecho* [Internet]. 2020 [acceso 20 jan 2021];50:333-52. Disponível: <https://bit.ly/3qx5Ry4>
18. Fortes PAC. Selecionar quem deve viver: um estudo bioético sobre critérios sociais para microalocação de recursos em emergências médicas. *Rev Assoc Méd Bras* [Internet]. 2002 [acceso 20 jan 2020];48(2):129-34. DOI: 10.1590/S0104-42302002000200031
19. Ribeiro CDM, Schramm FR. A necessária frugalidade dos idosos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 [acceso 20 jan 2020];20(5):1141-8. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000500002
20. Harris J. The survival lottery. *Philosophy* [Internet]. 1975 [acceso 20 jan 2020];50(191):81-7. Disponível: <https://bit.ly/3jVYFZu>
21. Fortes PAC. Op. cit. 2011. p. 35.
22. Mill JS. Utilitarianism [Internet]. Brighton: BLTC; 2001 [acceso 21 abr 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3jVZrWo>
23. Hare RM. A utilitarian approach. In: Kuhse H, Singer P, editors. *A companion to bioethics*. 2ª ed. Oxford: Blackwell Publishers; 2009. p. 80-5.
24. Kuhse H, Singer P, editors. *A companion to bioethics*. Oxford: Blackwell Publishers; 1998.

Fabiana Pires Pereira – Estudante de doctorado – fabianapereiraivb@gmail.com

 0000-0002-9474-8989

Rodrigo Siqueira-Batista – Doctor – rsbatista@ufv.br

 0000-0002-3661-1570

Fermin Roland Schramm – Doctor – rolandschramm@yahoo.com.br

 0000-0001-6291-3188

Correspondencia

Fabiana Pires Pereira – Rua Maestro José Botelho, 64, Vital Brasil
CEP 24230-410. Niterói/RJ, Brasil.

Participación de los autores

Fabiana Pires Pereira realizó la investigación bibliográfica. Rodrigo Siqueira-Batista orientó la investigación y, con Fermin Roland Schramm, contribuyó a la discusión y revisión crítica del texto. Todos los autores escribieron el artículo.

Recibido: 17.3.2019

Revisado: 5.11.2020

Aprobado: 15.1.2021