

### Diferencias morales en la toma de decisiones

*Sr. Director:*

La sección “punto de vista” ha publicado recientemente el trabajo de los doctores Solsona JF, Martín MC y Campos JM titulado: “Diferencias en la toma de decisiones entre los servicios de Medicina Intensiva de los hospitales públicos y privados”<sup>1</sup>. He leído con interés dicho artículo opinando que parte de una base falsa y el resto del artículo no se corresponde con el título del artículo.

La primera afirmación es que los hospitales privados se basan, en cuanto a la toma de decisiones de sus profesionales se refiere, en el principio de beneficencia. Esta afirmación no es más que la opinión de un autor que no argumenta con datos dicha afirmación y por supuesto no es médico intensivista dedicado a la clínica diaria<sup>2</sup>. Por tanto, no comparto esta opinión, en tanto que respetable, como la mayoría de sus afirmaciones dogmáticas.

Actualmente la mayoría de hospitales llamados privados, y que yo denomino no públicos, atienden pacientes en su inmensa mayoría afiliados a alguna compañía de seguros, mutua, cooperativa, etc. El enfermo privado como tal en España prácticamente es inexistente, por lo menos cuando nos referimos a pacientes atendidos en los servicios de Medicina Intensiva (SMI). Estaría de acuerdo que el principio de beneficencia es la base en la toma de decisiones en algunos pacientes privados que la sanidad pública no contempla en sus prestaciones sanitarias como la cirugía estética y otros tipos de “medicina” similar.

La Constitución Española, en su artículo 43, entiende la prestación sanitaria como universal y gratuita. Esto no quiere decir que sea “gratis” sino que se financia casi en su totalidad por impuestos.

Si de lo que estamos hablando es de ética o moral en la toma de decisiones en los enfermos críticos ingresados en los SMI la distinción entre hospitales públicos o privados no es más que confundir al lector. La toma de decisiones en cada caso clínico, sobre todo los que plantean un problema ético, se ha de analizar a la luz de los siguientes parámetros: a) las indicaciones médicas; b) las preferencias del paciente; c) la calidad de vida, y d) los aspectos contextuales, definidos éstos como el contexto social, el económico, el jurídico y el administrativo en que se enmarca el caso<sup>3</sup>.

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) no se basa en el principio de “Justicia” exclusivamente sino que se basa en el de “No Maleficencia” para evitar la distanasia (encarnecimiento terapéutico) por respeto a la dignidad humana. El único derecho

innato que tenemos los seres humanos por el mero hecho de nacer es la “Libertad”, entendiendo a ésta de forma kantiana como libertad moral, que es precisamente lo que nos confiere a los seres humanos dignidad y por tanto nos hace iguales.

El decir, que el principio de Justicia es sólo atributo de las instituciones públicas es una falacia.

Las recomendaciones sobre LET del grupo de trabajo de bioética de la SEMICYUC no son más que recomendaciones para los médicos que atienden enfermos críticos ya sea en instituciones públicas o no<sup>4</sup>.

El tema de la futilidad terapéutica tampoco es una argumentación para basarse en el principio de Justicia como diferencial entre instituciones de titularidad pública o no pública. Es muy arriesgado basarse en porcentajes para decir que una terapia es fútil y por tanto que los médicos la podemos retirar. ¿Ha de ser el 1%, el 5% o el 10%? Hay escasos trabajos que se puedan definir en este sentido y sólo se acepta internacionalmente como futilidad aquello que se refiere a futilidad fisiológica como la muerte encefálica, el fracaso multiorgánico de tres o más órganos de más de cuatro días y el estado vegetativo persistente (EVP). El estudio multicéntrico español del Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC sobre la utilidad del SOFA para la toma de decisiones en pacientes afectados de fracaso multiorgánico<sup>5</sup>, recientemente publicado, define los parámetros objetivos, tal como indican los autores, que pueden ser de utilidad para el clínico en la toma de decisiones en este grupo de pacientes, independientemente de la titularidad financiera de la institución. Analizando la base de datos de dicho trabajo, se ven diferencias de los distintos hospitales entre comunidades autónomas (CC.AA.) con respecto a la LET. Siendo la mayoría de los SMI de hospitales de financiación pública, la variabilidad existente entre las CC.AA. hace pensar que la toma de decisiones no se basa en el principio de Justicia, tal como entienden los autores, sino por otros motivos como puede ser el principio de Autonomía, las preferencias de los médicos u otras razones culturales, de investigación, etc. Si analizamos en la CA de Catalunya, de los 506 pacientes que entraron en el estudio, un 17,4% pertenecía a instituciones no públicas. El porcentaje de LET entre centros públicos y no públicos es similar, por lo que la afirmación previa que los autores presentan es falsa, por lo menos con los datos que hay en la actualidad.

El resto del trabajo que presentan los autores, que ocupa más del 80% del escrito, no es más que el comentario que hacen del artículo publicado por Devora Cook en la prestigiosa revista *New England Journal of Medicine* que no tiene nada que ver con

el título del trabajo. No es motivo de esta carta comentar este artículo de D. Cook pero sólo basta leerse el material y métodos para preguntarse cómo ha sido aceptado para su publicación.

Por último, a título de ejemplo quiero citar dos casos de actualidad. El primero es el caso de Terri Shiavo, la paciente afecta de EVP que tras 15 años de estar en esta situación, su marido solicitó que se le retirase un tratamiento médico como es la nutrición enteral a través de una sonda en contra de la opinión de los padres de Terri ¿En qué se basó la decisión del juez? La respuesta es: en el principio de Autonomía, ya que el juez interpretó que el mejor interés para Terri era acabar con esta forma de vida vegetal, tal como defendía su familiar mas próximo (el marido) ya que es lo que hubiese querido Terri si hubiese podido decidir. A pesar de que el presidente Bush intentó hacer todo lo posible para que esto no sucediese, finalmente Terri falleció por inanición. Según los autores de este trabajo, en las instituciones públicas españolas basándose en el principio de Justicia ¿se tendría que retirar la nutrición enteral a todos los pacientes afectados de EVP? No se cuántos enfermos en esta situación de EVP hay en España, pero seguro que algunos cientos. El principio que ha de regir es el de Autonomía y no el de Justicia.

Otro caso reciente es el fallecimiento del Papa Juan Pablo II. Tras una enfermedad neurológica evolutiva presentó, según la prensa, un *shock* séptico de origen urinario y el propio Papa rehusó volver a ingresar en una institución sanitaria para ser tratado de la situación de fracaso multiorgánico secundario al *shock* séptico. Desconozco si la financiación sanitaria del Estado del Vaticano es pública o no pública, pero la decisión de tratar o no al Papa no se basó en el principio de Justicia, sino que se basó en el principio de Autonomía, ya que decidió no ser tratado de forma activa y esperar la muerte en sus aposentos del Vaticano con resignación y basándose en sus fuertes creencias cristianas.

La bioética no es una religión. La religión se basa en dogmas y la ética es esencialmente interrogativa y por tanto cambiante. El aborto siempre será inmoral para los cristianos ya que el principio de la vida se basa en un dogma, pero en un estado no confesional como el nuestro hay quien interpreta que según qué circunstancias deja de ser inmoral. De igual forma el tema de la eutanasia siempre será inmoral para los creyentes en la fe católica, esto no es óbice para que en algunos estados como en Holanda se haya despenalizado según las circunstancias.

Es un reduccionismo interpretar la bioética como cuatro principios básicos. Hay que recordar que los principios de bioética nacieron a raíz del informe Belmont para la buena práctica que ha de regir en la investigación con seres humanos. La bioética moderna se ha de basar fundamentalmente en aquellas normas que nos hemos dado los seres humanos de forma democrática como son las recogidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU y en nuestro viejo continente en el Convenio de Bioética, también llamado Convenio de Asturias.

El introducir dogmas en la toma de decisiones médicas es un flaco servicio a la bioética y por tanto en la relación médico paciente que es la base de la Medicina.

LI. CABRÉ PERICAS  
Servicio de Medicina Intensiva.  
Hospital de Barcelona.  
Barcelona. España.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Solsona JF, Martín MC, Campos JM. Diferencias morales en la toma de decisiones entre los servicios de medicina intensiva de los hospitales públicos y privados. *Med Intensiva*. 2005;29:103-5.
2. García Guillén D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema DL; 1989.
3. Jonsen AR, Siegler M, Winslade W. En: *Ética Clínica*. Barcelona: Ed Ariel S.A.; 2005. p. 15.
4. Cabré L, Solsona JF y Grupo de trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med. Intensiva*. 2002;26:304-11.
5. Cabré LI, Mancebo J, Solsona JF, Saura P, Gich I, Blanch L, et al and the Bioethics Working Group of the SEMICYUC. Multicenter study of the multiple organ dysfunction syndrome in intensive care units. The usefulness of SOFA scores in decision-making. *Intensive Care Med*. 2005;31:927-33.