

Precisión conceptual sobre el llamado “dilema de la última cama”

Conceptual precision on the so-called “last bed dilemma”

Señor Editor,

El aumento de la carga asistencial en Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) provocada por COVID-19 ha dado lugar al debate ético en torno qué criterios debieran emplearse para racionar el acceso a estas unidades, si su disponibilidad se ve ampliamente superada por la demanda. En Chile, se ha vuelto común la expresión “dilema de la última cama” para plantear esta situación. Una arista de este debate dice relación con la pregunta acerca de si nuestros servicios de salud se han visto o no enfrentados al este dilema. Por ejemplo, en una columna publicada en un medio de prensa, dos médicos entregan visiones casi opuestas al respecto: mientras uno plantea que en nuestro país “no se dio el concepto de la última cama”, otro señala que “el problema de la última de la última cama es anterior a la pandemia, especialmente en el sector público”¹. En revistas académicas nacionales encontramos similares diferencias. Por ejemplo, hay quienes sostienen que el “dilema de la última cama” se ha dado solo en algunos “países como España, Italia y EE. UU.”², mientras otros plantean que este dilema es una “situación a la que se ven enfrentados todos los países” durante esta pandemia³.

Creo que más que reflejar diferencias de fondo, estos desacuerdos se deben a que el “dilema de la última cama” ha sido entendido de distintas maneras. Al no estar todos hablando de lo mismo, se arriesga caer en un diálogo de sordos. Es por ello importante clarificar su significado. Un buen punto de partida es preguntarnos sobre la pertinencia ética de hablar del “dilema de la última cama”. De hecho, quienes primero introducen esta expresión en Chile la acaban desaprobando: “no existe dilema por cuanto no se requiere que ningún individuo decida quién debe continuar viviendo o quién debe morir. Cada caso es evaluado en su propio mérito, sin importar el estatus o condición de otros pacientes que demandan atención”⁴. De manera similar, otro autor sostiene: “En la práctica no debería existir tal dilema, efectivamente puede llegar a darse el escenario descrito, pero el médico no tendrá la disyuntiva en ningún momento si se apega a un modelo centrado en la persona, por cuanto valorará un paciente a la vez, se centrará única y exclusivamente en la persona que en ese momento atiende”⁵.

Estas propuestas, sin embargo, tienen el problema de no hacerse cargo de un desafío que es real: en circunstancias excepcionales de afluencia de pacientes, los servicios de salud pueden llegar a recibir, de manera simultánea,

múltiples pacientes que clínicamente están en condiciones de beneficiarse con el ingreso a UCIs. Limitar la valoración clínica a un paciente a la vez, sin tener en cuenta a los demás pacientes que esperan atención, no solo esconde el problema, sino que arriesga empeorarlo. De hecho, la recomendación más común en la literatura es que sea un comité u oficial de *triage*, no involucrado en la atención directa de los pacientes, quien esté a cargo de aplicar criterios de selección. El “dilema de la última cama” se plantea, entonces, como un escenario hipotético para deliberar, en base a principios y valores relevantes, cuáles debieran ser estos criterios.

Teniendo en cuenta la pertinencia ética del “dilema de la última cama”, pasemos a analizar esta expresión. Primero, es importante distinguirla del contexto habitual de racionamiento en el nivel clínico, donde tratamientos más escasos –por estar asociados a mayor costo, tecnología, etc.– son asignados a ciertos pacientes, dejando a otros con opciones terapéuticas alternativas, pero todavía médicamente aceptables. El “dilema de la última cama”, en cambio, se refiere a casos en los que la alternativa al tratamiento escaso se sitúa por debajo del estándar aceptable por la comunidad médica. Por eso se trata de un dilema ético. El equipo de salud tiene el deber de procurar entregar a los pacientes el estándar de cuidado, aquel consonante con la *lex artis*. Enfrentar una decisión que implica entregar cuidados bajo este estándar a un paciente supone, en principio, un conflicto moral. (Aún cuando el médico no comete falta o negligencia cuando la entrega del cuidado estándar no es posible debido no contar con los recursos necesarios).

Segundo, es también importante distinguir el “dilema de la última cama” de un escenario similar, aunque menos dramático, denominado “ritual de la última cama”. Esta expresión, acuñada por Teres en 1993⁶, refleja el desafío que enfrentan las UCIs cuando tienen que admitir nuevos pacientes pese a contar con casi plena ocupación de camas. Como sugiere el término “ritual”, se trata de una situación que se presenta con relativa frecuencia en UCIs de todo el mundo. Es por eso que existen protocolos para que estas unidades y otros servicios clínicos sean capaces de implementar medidas de contingencia orientadas a aumentar sus capacidades. En estos casos, es posible que los pacientes reciban, de manera transitoria y en un contexto de ajuste dinámico del sistema, tratamientos bajo el estándar de cuidado habitual.

Ahora bien, el escenario anterior sigue siendo distinto de la situación más extrema implicada en el “dilema de la última cama”. La principal diferencia radica en que en este dilema el tratamiento en cuestión es la ventilación mecánica: “A diferencia de las decisiones con respecto a otras formas de tratamiento de soporte vital, la decisión de iniciar o retirar ventilación mecánica es a menudo una verdadera elección de vida

o muerte”⁷. Así, uno de los cuernos del dilema implica no solo tener que entregar un tratamiento subestándar, sino también uno que no ofrece un buen pronóstico de vida. En suma, es importante distinguir entre el “dilema de la última cama” propiamente tal y una situación distinta, también compleja pero menos dramática y excepcional, que hemos descrito como el “ritual de la última cama”. De este modo, se podrán evitar malos entendidos y así facilitar el avance hacia un diálogo más claro y fructífero.

Bernardo Aguilera¹

¹Facultad de Medicina y Ciencia,
Universidad San Sebastián, Chile.

Referencias

- Equipo El Polígrafo. El “dilema de la última cama” que aborda la franja del Apruebo. El Mercurio, 2020, 10 de octubre; Sec. C11.
- Concha M, Gómez P, Tuteleers F, Arzola M, Duffau G. Bioética en tiempos de pandemia COVID-19. *Neumología Pediátrica* 2020; 15(2): 358-61.
- Vega Toro S, Novoa Sotta F. Aspectos éticos de la pandemia por COVID-19 en pediatría. *Rev Chil Pediatr* 2020; 91(4): 495-9.
- Valera L, Carrasco MA, Castro R. Fallacy of the last bed dilemma *Journal of Medical Ethics* Published Online First: 31 May 2021. doi: 10.1136/medethics 2021-107333.
- Lovo J. El dilema de la última cama. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río* 2020; 24(6): e4562.
- Teres D. Civilian triage in the intensive care unit: the ritual of the last bed. *Critical care Med* 1993; 21(4): 598-606.
- Truog RD, Mitchell C, Daley GQ. The toughest triage-allo-cating ventilators in a pandemic. *New England J Med* 2020; 382(21): 1973-5.

Correspondencia a:
Bernardo Aguilera
bernardo.aguilera@uss.cl

Quince años de la ley de investigación con seres humanos: desafíos pendientes

Fifteen years of the human research law: pending challenges

Señor Editor,

En septiembre del 2021 se cumplieron 15 años de promulgada la ley 20.120, “Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma, y Prohíbe la Clonación Humana”. La moción parlamentaria que dio origen a esta ley se inicia en los años noventa, ante la necesidad de poner límites legales a la aplicación de nuevas tecnologías en la especie humana (como la clonación humana y la obtención de células madre a partir de embriones humanos), y de contar con un marco regulatorio para el creciente campo de la investigación con seres humanos, especialmente en lo referente a ensayos clínicos.

Desde un punto de vista práctico, esta ley aportó un marco legal que favoreció el desarrollo de la investigación científica en el país. Sin embargo, ha sido objeto de numerosas críticas de parte de la comunidad científica y bioética nacional¹⁻⁴. A nuestro juicio, esta ley presenta una serie de problemas que hacen necesaria una amplia revisión que contribuya a una nueva ley marco para la investigación con seres humanos en Chile. A continuación, nos referiremos a algunos de estos problemas.

Primero, su ámbito de aplicación. Reflejando el

enfoque dominante en las principales normas internacionales previas a la década de 1990 (Código de Núremberg, Declaración de Helsinki, e Informe Belmont), esta ley se ocupa principalmente de la “investigación científica biomédica y sus aplicaciones clínicas” (Art. 1). Este enfoque predominantemente biomédico en el discurso de la ética de la investigación puede explicarse por diversas razones: 1) históricas, puesto que los principales escándalos que propiciaron el desarrollo de normas internacionales en este ámbito fueron experimentos realizados por médicos; 2) disciplinares, pues la ciencia tradicionalmente se ha asociado a un enfoque epistemológico positivista, en desmedro de paradigmas epistemológicos alternativos, variados y diferentes entre sí; 3) éticas, por cuanto la investigación biomédica intervencional es aquella donde los participantes suelen exponerse a mayores riesgos de daño, y 4) económicas, en tanto la industria farmacéutica es la mayor fuente de financiamiento de la investigación científica.

El enfoque biomédico de la ley 20.120 pareciera excluir del requisito de revisión ética a la investigación en ciencias sociales y humanidades. Esto es preocupante, dado que toda investigación con seres humanos conlleva riesgos de daño y explotación. Más aún, los potenciales daños no se reducen a lo meramente físico, pues incluyen daños psicológicos, legales, morales y económicos, a los que pueden exponerse los sujetos que participan en la investigación y también las comunidades donde ellos se insertan. Por estos motivos, creemos necesario

ampliar el ámbito de aplicación de la ley 20.120 para abarcar toda investigación con seres humanos. Esto además reconoce lo que ocurre en la práctica, donde existe un número importante de Comités Ético Científicos (CEC) acreditados especialmente dedicados a la revisión de investigaciones en ciencias sociales, asumiendo el desafío de revisar proyectos con diversos enfoques y metodologías. Para consolidar esta práctica, más allá de un cambio legal, es importante que los investigadores en ciencias sociales y humanidades tengan una participación más activa en la formulación de marcos éticos a nivel nacional, promoviendo así una mejor comunicación entre los investigadores en ciencias humanas y sociales y humanidades, y los CECs en general.

Un segundo problema de la ley 20.120 se relaciona con los requisitos formales del consentimiento informado. Estos deben ser revisados y actualizados, de modo de hacerlos compatibles con métodos de investigación diversos y emergentes, algunos de los cuales pueden requerir la obtención de consentimiento en entornos virtuales, otras formas de documentar el consentimiento (por ejemplo, mediante soporte oral) o incluso solicitar una dispensa del mismo. Asimismo, debe modificarse la exigencia de contar con “la autorización expresa del director del establecimiento dentro de la cual se efectúe” (Art. 10), puesto que hay numerosas investigaciones, particularmente en el ámbito de las ciencias sociales, en las que la población estudiada no se asocia a un establecimiento, por lo que este requerimiento no es aplicable.

Un tercer problema se refiere a la actual prohibición de investigar con embriones humanos. La ley vigente señala que “En ningún caso podrán destruirse embriones humanos para obtener las células troncales que den origen a dichos tejidos y órganos” (Art. 6), lo que contrasta con la autorización legal para destruir embriones ya implantados, establecida en la Ley 21.030. En este sentido, se debe desarrollar de mejor manera el tema de la protección del embrión preimplantacional y qué tipo de investigación podría desarrollarse en ellos, de tal modo de armonizar las distintas leyes. A su vez, junto con prohibir la clonación, sería conveniente que expresamente quedara prohibida la edición genética de células germinales, incluyendo embriones humanos, con fines reproductivos, tal como lo han señalado expertos internacionales⁵.

En cuarto lugar, hay ciertos temas que no son abordados por la ley 20.120, o son cubiertos de manera incompleta por otros instrumentos regulatorios. Estos temas incluyen el uso de datos de ficha clínica para estudios retrospectivos, el almacenamiento y uso de material de biobancos, la investigación con poblaciones vulnerables, o con sujetos no competentes (aspecto que fue incluido en la Ley 20.584 y luego modificada en la Ley de Salud Mental, recientemente promulgada), y los conflictos de intereses. Esto sugiere la conveniencia de desarrollar una nueva ley de investigación, que aborde

de manera actualizada y completa la investigación con seres humanos, tanto biomédica como en ciencias sociales y humanidades⁶.

Finalmente, a 15 años de promulgada la ley 20.120 un hecho particularmente llamativo dice relación con el Artículo 15, que crea “una Comisión Nacional de Bioética, que estará integrada por nueve profesionales, expertos en bioética, designados por el Presidente de la República, con acuerdo del Senado adoptado por los dos tercios de sus miembros en ejercicio, en sesión especial convocada al efecto”. Más allá de los motivos detrás del incumplimiento de esta norma, que no cabe discutir aquí, creemos importante que este punto sea parte del necesario debate en torno a una nueva ley de investigación.

En síntesis, para que la 20.120 pueda pasar de la adolescencia a su plena adultez, consideramos imprescindible realizar cambios sustantivos que completen, actualicen y armonicen la regulación jurídica de la investigación en Chile.

*Bernardo Aguilera¹, María de la Luz Bascuñán^{2,a},
Sofía P. Salas³*

¹*Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián.*

²*Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.*

³*Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.*

^a*Psicóloga.*

Referencias

1. Sotomayor MA. Regulación de la investigación biomédica en Chile. *Acta Bioethica* 2008; 14(1): 79-89.
2. Valenzuela J. Aproximación a la regulación de la ley 20.120: cuestiones generales sobre la protección penal del embrión no implantado en el derecho chileno. *Revista de Estudios de la Justicia* 2007; (9): 121-48.
3. Cruz-Coke R. Ley chilena sobre la investigación científica en el ser humano. *Revista Médica de Chile* 2007; 135(2): 270-1.
4. Sánchez J. Se aprueba ley sobre la investigación científica en el ser humano. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría* 2007; 45(2): 106-7.
5. World Health Organization. WHO Expert Advisory Committee on Developing Global Standards for Governance and Oversight of Human Genome Editing. *Human Genome Editing: position paper*. Geneva: World Health Organization; 2021.
6. Aguilera B, López G, Portales B, Reyes M, Vrsalovic J. Ética, derecho y regulación de la investigación biomédica en Chile. *Revista Bioética* 2020; 28: 239-48.

Correspondencia a:

Dra. Sofía P. Salas.

Avda. Las Condes 12.461, Torre 3, oficina 202. Santiago, Chile.

sofiasalas@udd.cl