

Gestión de disponibilidad de camas en terapia intensiva en el contexto de internación por orden judicial*

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4721-4260>

Elizabeth Peter²

 <https://orcid.org/0000-0002-8155-216X>

Kely Regina da Luz¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1616-5515>

Edison Luiz Devos Barlem³

 <https://orcid.org/0000-0001-6239-8657>

Carla Aparecida Arena Ventura⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-0379-913X>

Eliane Regina Pereira do Nascimento¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2215-4222>

Objetivo: identificar, desde la perspectiva de los enfermeros, situaciones que interfieren en la disponibilidad de camas en unidad de terapia intensiva en contexto de internación por orden judicial. **Método:** investigación cualitativa exploratoria, analítica realizada con 42 enfermeros que prestan servicios en terapia intensiva de adultos. La selección se realizó por muestreo no probabilístico de bola de nieve. Recolección de datos por medio de entrevistas y análisis mediante la Técnica de Análisis de Texto Discursivo. **Resultados:** se analizaron 3 categorías a saber: deficiencia de infraestructura y de recursos humanos; falta de políticas y criterios claros para admisión de pacientes y alta inadecuada en unidades de terapia intensiva. En situaciones de internación por orden judicial, se advierten alteraciones respecto de los criterios de asignación de camas de terapia intensiva, mediante la credibilidad de los profesionales, amenazas de interposición de acciones médico-legales por parte de los familiares e imposiciones judiciales a instituciones y a profesionales de la salud. **Conclusión:** los enfermeros abogan por las necesidades de los pacientes mediante acciones que puedan impactar de manera positiva en la disponibilidad de lechos de terapia intensiva y de una infraestructura adecuada de atención.

Descriptores: Atención de Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos; Ética; Política Pública; Gestión de los Servicios de Salud; Judicialización de la Salud.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "El enfermero y el ejercicio de la abogacía del paciente ante la internación por orden judicial en cuidados intensivos", presentada en la Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Apoyo Financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), MCTI/CNPQ/Universal 14/2014 – Proceso 444483/2014-4, Brasil.





¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

² University of Toronto, Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, Toronto, ON, Canadá.

³ Universidade do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Rio Grande, RS, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Vargas MAO, Peter E, Luz KR, Barlem ELD, Ventura CAA, Nascimento ERP. Management of bed availability in intensive care in the context of hospitalization by court order. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3271. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3420.3271>.

mes día año URL

Introducción

La Constitución Federal de Brasil, de 1988, garantizó a los ciudadanos el derecho social a la salud. Como resultado, en 1990 se implementó el Sistema Único de Salud (SUS), sobre la base de los principios de universalidad, integralidad, equidad, descentralización y participación social, con la responsabilidad de brindar servicios públicos de salud a la población⁽¹⁻²⁾. Sin embargo, muchas veces ese derecho a la salud no se hace efectivo, en función de las dificultades habidas a la hora de garantizar el acceso universal e igualitario y, a raíz de esas dificultades, emerge el movimiento de judicialización de la salud, en especial, para garantizar el acceso a medicamentos y servicios de salud⁽²⁾, entre los cuales figura el acceso al lecho en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)⁽³⁾.

Las personas que utilizan el sistema público acceden a un promedio de 0,9 lechos de UTI 10.000 habitantes y quienes cuentan con seguro médico privado acceden a 4,14 lechos por 10.000 habitantes, advirtiéndose una disparidad más pronunciada en las ciudades más pequeñas y en los estados más pobres de Brasil⁽⁴⁻⁵⁾. Hay un desajuste entre la oferta de salud en el sistema público de salud e incorporación de nuevas tecnologías en el SUS y la demanda de atención de la salud del ciudadano.

Además, tanto en el caso de Brasil⁽⁶⁻⁷⁾ como en otros países⁽⁸⁻⁹⁾, se ha ampliado la mercantilización del cuidado, reflejada en la noción de que es el mercado el que mejor distribuye el cuidado, priorizando así al sistema privado de salud. Ello resulta en un contexto de minimización del Estado, en el cual, los sistemas de salud, la calidad de esos servicios y el acceso a los mismos y a las mejores tecnologías en el área de salud, se distribuyen de manera desigual entre las personas y los grupos que componen la organización social, política y económica de la sociedad⁽¹⁰⁾.

En Reino Unido, el número de lechos de UTI es de 0,6/10.000, uno de los más bajos de Europa⁽¹¹⁾, inclusive menor que el número de lechos del SUS. Sin embargo, su infraestructura física y de recursos humanos es superior a la existente en Brasil. Desde esa perspectiva, más allá de la cantidad de lechos disponibles en UTI, se multiplican los motivos de indisponibilidad de lechos de UTI en Brasil y en otros países, incluidos: equipos y medicamentos limitados; entrenamiento inadecuado de los profesionales; sobrecarga de trabajo; escasez de profesionales; ausencia de prácticas más adecuadas y de protocolos; demanda de tratamientos agresivos; innecesariedad de la hospitalización en UTI; obstinación terapéutica, desigualdad en la distribución de recursos, falta de disponibilidad de lechos hospitalarios regulares y atención domiciliaria posterior a internaciones en UTI; intereses contrapuestos y que influyen en las decisiones

y en la inadecuada comunicación con los familiares de los pacientes^(1,12-15).

En Brasil, en los casos de indisponibilidad de vacantes hospitalarias en el servicio público, cabe al gestor del Estado providenciar el lecho de SUS en un servicio privado, garantizando el derecho de acceso a los servicios de salud y el derecho a recibir una asistencia adecuada. Así, se instauran políticas y estrategias que abarcan la Regulación del Lechos del Estado y la Internación por Orden Judicial para auxiliar en el proceso de búsqueda de camas. En esta circunstancia, consciente de la gravedad del estado de salud de su familiar, y ante la necesidad de disponer de una cama en otro centro, la familia recurre al Ministerio Público o a su abogado para interponer una acción requiriendo la tutela anticipada. Es una acción contra el municipio y el Estado la redirecciona al Centro de Lechos del Estado⁽¹⁶⁾.

Sin embargo, se argumenta que los pacientes admitidos en la UTI por orden judicial pueden no ser los que más requieren de cuidados en la UTI, lo que restringe las posibilidades de que los profesionales actúen de acuerdo con sus principios éticos y de justicia. Es decir, la aplicación de la ley, en cumplimiento de una orden judicial, puede resultar en consecuencias adversas, no intencionales e inclusive perjudiciales a la salud de algunos pacientes, como sería, por ejemplo, el traslado de un paciente crítico de la UTI para la admisión de otro paciente, de menor gravedad⁽¹⁾.

Es un problema ético que se amplía en la medida en que el acceso a la justicia y al ejercicio de derechos se halla restringido mediante la interposición de acciones individuales. Además, esas situaciones puntuales limitan las posibilidades de que los enfermeros y/u otros profesionales defiendan a sus pacientes y trabajen en pos de una justicia social⁽¹⁾.

El ejercicio de la abogacía se propone, en términos globales, como estrategia que permite el fortalecimiento de los roles político, ético y legal del enfermero, con el objetivo de garantizar sus propios derechos como también los de los usuarios de los servicios de salud en los cuales actúan⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. En términos específicos, el enfermero que presta servicios en la UTI tiene el deber legal y moral de garantizar la calidad del cuidado al paciente gravemente enfermo como también la comunicación proactiva en la toma de decisión del paciente, de su familia y del equipo de salud⁽²⁰⁾.

Un estudio brasileño⁽²¹⁾ articula enfermería de UTI con aspectos conceptuales de la defensa del paciente. A tal efecto, al realizar una investigación con 451 enfermeros, analizó las acciones y los factores asociados a la defensa del paciente por los enfermeros intensivistas utilizando la escala *Protective Nursing Advocacy Scale*, adaptada transculturalmente y validada en Brasil⁽²²⁾. El estudio determinó que un gran parte de los enfermeros entiende

la defensa del paciente como parte de su trabajo, además de estar al tanto de los factores que influyen en la decisión de defender a sus pacientes, aunque desconocen todavía los beneficios de la abogacía⁽²²⁾.

Pacientes y familiares suelen evaluar el cuidado a partir de la habilidad de comunicación, orientación y posicionamiento del profesional ante las situaciones vividas. Por lo tanto, es relevante articular la temática de la judicialización de la salud – en este caso, internación por orden judicial – con las reflexiones sobre la defensa de la salud, de los derechos humanos y de la ética.

En este caso, se requiere del enfermero un perfeccionamiento crítico y el correspondiente compromiso con acciones que puedan impactar positivamente en la disponibilidad de los lechos de UTI y en la infraestructura adecuada de atención. Así las cosas, el objetivo de este estudio ha sido identificar, desde la perspectiva de los enfermeros, situaciones que interfieran en la disponibilidad de camas en la UTI en el contexto de internación por orden judicial.

Método

Investigación exploratoria analítica de enfoque cualitativo, que pertenece al macroproyecto financiado por el Universal - Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico MCTI/CNPq N° 14/2014: Internación por Orden Judicial: el ejercicio de la defensa del paciente por enfermeros intensivistas. Se realizó con 42 enfermeros que se desempeñan en UTI adulto desde hace al menos 1 año, sin distinción de edad, género, horario de trabajo, procedentes de instituciones públicas o privadas y que confirmaron haber vivido una experiencia de internación por orden judicial. La selección se llevó a cabo por muestreo no probabilístico de bola de nieve, siendo que los participantes iniciales fueron seleccionados por la investigadora responsable. Los participantes actuaban en las UTI de las capitales de los estados de la región Sur: Curitiba – Paraná (PR), Florianópolis – Santa Catarina (SC) e Porto Alegre – Rio Grande do Sul (RS) y Sudeste: Belo Horizonte – Minas Gerais (MG), Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), São Paulo – São Paulo (SP) e Vitória – Espírito Santo (ES), elegidas por concentrar 68% de los lechos existentes de UTI adulto. El número de participantes se determinó por criterio de saturación de datos. El contacto se realizó, en un primer momento, por teléfono o por e-mail y los profesionales fueron indagados sobre la posibilidad de participar en una entrevista y responder un cuestionario. Después de la aceptación, las entrevistas, de carácter presencial, se realizaron con la presencia de las investigadoras del proyecto, en día, horario y lugar convenido con los

participantes, con duración promedio de 45 minutos. Las entrevistas fueron grabadas con autorización de los participantes. La recolección de datos se realizó entre enero y diciembre de 2016. El instrumento de la recolección de datos contenía 6 preguntas: 1) Describa algún problema o dilema ético que enfrenta ante la necesidad de acceder a una cama mediante indicación de internación por orden judicial; 2) ¿En su experiencia como enfermero en la atención de pacientes graves que requieren de un lecho en la UTI, quien es el familiar que logra la internación por orden judicial? 3) Desde su punto de vista, ¿quien participa en el proceso de lograr ese cupo en UTI, mediante internación por orden judicial? 4) ¿Reconoce el papel de la abogacía como herramienta importante en ese proceso? ¿Considera que la intervención del enfermero es importante en ese aspecto? En caso afirmativo, ¿cómo cree Ud. que podría operar esa intervención? 5) ¿Conoce Ud. cuál es el procedimiento para obtener una orden judicial? ¿Qué haría si fuera Ud. el enfermero de emergencias, en la unidad de internación? y 6) ¿Cuál es su opinión acerca de las consecuencias de la internación por orden judicial en la UTI para la práctica de la enfermería? A su entender, ¿qué relación existe entre la internación por orden judicial y la responsabilidad del enfermero?

Para análisis e interpretación de datos, se utilizó la técnica de Análisis de Texto Discursivo⁽²³⁾, en las siguientes etapas: 1) denominada de estandarización de textos, resultante de las transcripciones de las entrevistas con los enfermeros intensivistas; 2) comprende la categorización de las unidades de sentido por similitud y aproximación, mediante asociación con el referencial utilizado; 3) captación del nuevo emergente, basado en las nuevas combinaciones de los elementos construidos a lo largo de las etapas anteriores e que dieron origen a la construcción de un proceso auto-organizado, de reconstrucción de nuevas comprensiones que fueron comunicadas y validadas bajo forma escrita.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, bajo el dictamen 863.112. En respeto a las normas éticas para investigaciones que involucran a seres humanos, las entrevistas fueron precedidas de la firma del Acta de Consentimiento Libre e Informado.

Resultados

En relación a la caracterización de los participantes de la investigación, se señala que la edad de los participantes varió entre 25 y 54 años, caracterizada por ser una población joven, compuesta en su mayoría por personas de 25-35 años. Hubo un predominio de mujeres, con 38 participantes, siendo 4 enfermeros del sexo masculino. En relación a su tiempo de formación,

el promedio fue de 12 años. El tiempo de prestación de servicios en la UTI varió de 1 a 27 años con una prevalencia de entre 6 y 10 años de actuación. Las capitales de los estados tuvieron la siguiente distribución de participantes: Porto Alegre con 9, São Paulo con 7, Belo Horizonte con 6, e Curitiba, Florianópolis, Rio de Janeiro e Vitória con 5 participantes por cada una de esas capitales. Asimismo, 86% de los enfermeros que participaron en el estudio, poseían especialización en terapia intensiva y 80% actuaban en hospitales públicos.

Del análisis de datos, surgieron 3 categorías tituladas: "Deficiencia de infraestructura y de recursos humanos"; "Falta de políticas y criterios claros para admisión de pacientes en UTI" e "Alta inadecuada de la UTI".

En la primera categoría, los discursos de los participantes señalaron la relación de la internación por orden judicial con la cuestión de la infraestructura hospitalaria y de materiales, equipos y medicamentos deficientes o limitados: *El profesional dice: el paciente requiere de un cuidado especial que no se puede prestar aquí. Haga valer sus derechos, vaya a la justicia para que le den una cama en UTI con estructura, para que pueda ser monitoreado con equipo de enfermería durante 24 horas (RS6); Aunque se trate de UTI de gran porte, siempre hay pacientes que esperan una vacante en emergencia, y algunos ni siquiera están en emergencia y necesitarían una cama en UTI para disponer de las condiciones tecnológicas y del personal necesario para su cuidado. El enfermero debe estar atento a esas cuestiones y fomentar discusiones que exijan a la sociedad más lechos (PR1); Con o sin orden judicial son muchos los pacientes que aguardan vacantes, inclusive algunos ni siquiera tienen la oportunidad de ser internados en la UTI y evolucionan con óbito (SC6).*

La sobrecarga de trabajo también impacta en la gestión de los lechos de UTI. Del discurso de los enfermeros, surge que, en ocasiones, ellos debían cuidar a pacientes críticos en lugares inapropiados, adoptar cuidados específicos junto a la familia del paciente y lidiar con conflictos internos en el equipo, relacionados con la situación de internación por orden judicial: *Tuvimos un paciente encaminado por orden judicial para intervención quirúrgica, con diagnóstico de disección de aorta y no teníamos lecho. Lo tuvimos que llevar a otro centro quirúrgico y hacer "pre" monitoreo en sala de recuperación postanestésica. A los familiares muchas veces les falta asistencia, pues viven en otra ciudad, no conocen a nadie y tienen a una persona enferma. Esa situación requiere del respaldo y amparo del equipo de la UTI hacia donde el paciente será trasladado. El enfermero tiene responsabilidad, puesto que, junto a su equipo, acogerá al paciente y a sus familiares. Por ejemplo, al conversar con una paciente del interior, internada por H1N1, respecto del lugar donde se hospedarían, me di cuenta que las condiciones financieras eran deficitarias. Accioné el servicio de asistencia social del hospital*

y se les consiguió un albergue donde se pudieron hospedar (MG1); El paciente ingresa a la UTI y la cama y/o box no están preparados. En un primer momento, todos se preguntan: ¿vamos a recibir al paciente o no? El paciente está esperando y toda la UTI está parada. Esa vez había vacante y pudimos ubicar al paciente en una cama. Uno de nuestros problemas es la falta de tiempo para prepararnos. El equipo piensa que la familia siempre va a estar allí, buscando algún motivo para importunarlo o para acceder a la justicia. Debo decir que se trata de una "baja judicial" pero es lo que la familia tenía [que hacer] en el momento. Con los técnicos de enfermería no hubo problemas, aunque sí los hubo con los enfermeros: ellos ya pensaban que aquella familia estaba dispuesta a cualquier cosa: voy a hacer valer mis derechos (RS5).

En la segunda categoría denominada "Falta de políticas y criterios claros para admisión de pacientes en la UTI", los discursos de los enfermeros señalaron la necesidad de disponer de orientaciones y directivas claras de trabajo: *La falta de lechos de UTI es un problema grave en el país. Sin embargo, considero que deberían existir criterios como los de evaluación de pacientes, antes de la emisión de la orden judicial (RJ4); La orden judicial llega "de arriba hacia abajo" Poder Judicial-Dirección-UTI. En varias ocasiones, el documento judicial solicitaba vacante en la UTI, pero los propios intensivistas no veían la necesidad de la medida, suscitándose un impás. Aun así, el paciente era admitido en la UTI por los médicos, generando la confusión del equipo, que permanecía sin saber el motivo de la internación en la UTI, y, en consecuencia, ocupando un lecho que podría ser utilizado para una emergencia. No tenemos un sector responsable de aclarar estos casos que escapan a la regla (SC3).*

Se evidenció la cuestión de la relación entre las necesidades de tratamiento de los pacientes y los programas especiales prioritarios en cada hospital: *Trabajo en un hospital oncológico y una de las situaciones que más me afectó fue la admisión de un paciente con politraumatismo por falta de cama en el hospital general de la región (MG3).*

Además, está el problema del conflicto de intereses que influye en las decisiones y en la selección de los pacientes para internación en la UTI: *El paciente llegó por una orden de internación de la UTI de un hospital privado, en pos laparotomía y extubado; pero nuestra UTI es de alta complejidad. En ese caso, hubo un posicionamiento de que el paciente no presentaba criterio de UTI y sugerimos que viniera para ser evaluado en emergencias. Después de la evaluación, él fue internado en una unidad clínica y no en UTI. En otra situación, el paciente vino y volvió hacia el hospital en que estaba, puesto que, además del hecho de que no había cama, el paciente no necesitaba ser internado en UTI y el juez estuvo de acuerdo. El juez tiene la autoridad máxima, pero si existe un posicionamiento en el cual un equipo apunta los criterios de internación en UTI, él debe considerarlos (RS2); Muchas veces la familia fuerza el ingreso de un paciente que podría permanecer en una unidad de mediana*

complejidad. Y, en ocasiones, no es posible asistir a otro paciente que realmente requiere la complejidad que ofrecemos (PR2).

Finalmente, en los discursos de los profesionales se demostró la necesidad de lidiar con conflictos provenientes de las indefiniciones y de los mensajes inconsistentes sobre el pronóstico de los pacientes: *Paciente oncológico con metástasis, dolor intenso, y la familia solicitó internación en UTI para muerte asistida y el parecer del juez fue a favor de lo petitionado por la familia. El paciente necesitaba de mayor comodidad, pero, ¿debía ser en la UTI?* (SP5).

En la tercera categoría denominada "Alta inadecuada de la UTI", emergieron en los discursos de los participantes, situaciones inseguras de alta precoz de los pacientes de la UTI y del riesgo de reinternación: *Hay consecuencias negativas para el cuidado de enfermería: es inseguro trasladar al paciente de UTI hacia otra unidad. Es muy difícil pues el profesional se ve obligado a hacer algo que sabe que no es lo correcto en aquel momento* (RJ3); *Toda la situación debe ser evaluada, pero es controversial tener que sacar a un paciente que está en la UTI y enviarlo hacia otra internación. A veces, el paciente que tiene un alta precoz no está estable, y termina siendo reinternado en la UTI a corto plazo* (SC2).

Además, se señala la problemática de la dificultad de liberar el paciente de UTI por ausencia de unidades intermedias especializadas en pacientes dependientes: *Un paciente con secuelas debido a una tetraplejía, la familia interpuso una medida cautelar en la justicia. Él permaneció en la UTI, por más de un año hasta llegar al óbito por infecciones recurrentes* (ES5).

Discusión

Entre los aspectos abordados en la categoría "Deficiencia de infraestructura y de recursos humanos", hay una sobrecarga de trabajo, vinculada al dimensionamiento del personal por debajo de lo necesario y a la precariedad de la infraestructura y del equipo. Por lo tanto, aunque la hospitalización por orden judicial es un problema en la realidad brasileña^(3-5,12-13,15-16), estudios internacionales y nacionales abordan la cuestión de la racionalización de costos e de acceso a los lechos de UTI^(4,12,24). Racionamiento es asignación de recursos de cuidados de salud con disponibilidad limitada.

Un estudio multinacional⁽²⁵⁾, que constituye la muestra más grande de UTI en los países latinoamericanos hasta el momento, analizó los diferentes factores estructurales, estándares de personal, recursos tecnológicos y procesos de atención en la UTI. En una comparación entre las UTI brasileñas y no brasileñas, se demostró que Brasil posee grandes hospitales y UTI, además de mejores mecanismos para el control de calidad y seguridad, pero la relación enfermero-paciente representa el mayor déficit advertido. En este sentido, un importante estudio realizado en Inglaterra,

entre otros aspectos, mostró que la relación enfermero-paciente es determinante independiente de mortalidad⁽²⁶⁾.

Se advierte, aquí, que la carga de trabajo excesiva que se superpone al tema de la hospitalización por orden judicial es aún más compleja, ya que puede generar dificultades en la implementación del plan de cuidado diario multidisciplinario y a implicaciones negativas por los conflictos manifiestos entre el equipo de salud⁽²⁷⁾. Se erige entonces la necesidad de desarrollar estrategias de asignación de recursos para optimizar la atención en el cuidado de todos los pacientes de manera justa y responsable⁽²⁴⁾, a través de reglas claras y específicas y de políticas públicas que, aunque limiten la construcción de nuevas vacantes en la UTI, impliquen cualificar a las UTI existentes.

El déficit en materia de camas de UTI en pequeñas ciudades de Brasil genera la necesidad de dirigir a los pacientes hacia los grandes hospitales de las capitales y las grandes ciudades. Esta situación se experimenta también en otros países, por ejemplo, en los Estados Unidos, en los que existe una mayor probabilidad de aumentar el número de camas en la UTI en hospitales-escuela con 500 o más camas, buscando favorecer los resultados del tratamiento del paciente. Sin embargo, la expansión de las UTI en los hospitales más grandes puede generar un impacto negativo en la calidad de la atención de los hospitales pequeños, debido al hecho de hallarse comprometida la capacidad de atención de pacientes críticos⁽²⁸⁾.

Otro aspecto preocupante se refería al efecto del tiempo de espera por cama en la UTI, en situaciones de hospitalización por orden judicial. En este caso, los estudios^(13,29-30) indican que el rechazo del ingreso del paciente a la UTI o la admisión tardía a la UTI de un paciente elegible para UTI se relaciona con una mayor probabilidad de óbito, deficiencias y gastos adicionales de recursos por el mayor tiempo de hospitalización. Además, puede convertirse en un problema grave cuando los pacientes que necesitarían una cama en la UTI, por ejemplo, en el período postoperatorio de cirugía mayor, son asignados en camas inadecuadas o que no están debidamente equipadas para cuidados intensivos las 24 horas del día^(28,30).

En la categoría "Falta de políticas y criterios claros para la admisión de pacientes en la UTI", fue posible considerar que cualquier análisis de las políticas y criterios claros de admisión de pacientes en la UTI debe estar alineado con los objetivos éticos de equidad, prioridad de necesidad o efectividad, aunque medie un reconocimiento de que el profesional apoyaría uno u otro de los criterios establecidos. En este sentido, la equidad del proceso puede mejorarse mediante la incorporación de algunas medidas: 1) aumentar la publicidad de las prioridades institucionales dentro del hospital y la comunidad a la que sirve; 2) publicar las políticas de priorización de camas en UTI como referencia para

profesionales y otras partes interesadas; y 3) crear un mecanismo formal de apelación para los conflictos que se susciten entre las familias y el equipo de atención, como un programa prioritario para usuarios y tomadores de decisiones⁽¹³⁾.

Los participantes de la investigación indicaron que, en situaciones de hospitalización por orden judicial, hay un cambio en los criterios para asignar la cama de la UTI, a través de amenazas de procesos médico-legales por parte de familiares e imposición judicial a instituciones y profesionales de la salud. Sin embargo, adoptar criterios es una premisa que apoya la defensa de los pacientes. La Resolución No. 2.156 / 2016 del Consejo Médico Federal proporciona parámetros para el ingreso a la UTI, que son: diagnóstico y necesidad del paciente; servicios médicos disponibles en la institución; priorización según la condición del paciente; disponibilidad de camas y beneficio potencial para el paciente con intervenciones terapéuticas y pronóstico⁽³¹⁾.

Un estudio⁽³²⁾ indica que las directrices inglesas y estadounidenses resaltan que puede considerarse como falta ética el hecho de trasladar a un paciente desde una UTI con el único propósito de dejar espacio a otro, puesto que las obligaciones de garantizar la atención de los pacientes ya hospitalizados en una UTI superan las obligaciones de aceptar a nuevos pacientes. En este sentido, existe una preocupación por la imprecisión en la toma de decisiones y la posibilidad de arbitrariedad, aun en el supuesto de que se conceda más flexibilidad a los profesionales encargados de su ejecución en situaciones reales. Sin embargo, una política guiada por el valor de precisión debe jerarquizar factores que puedan medirse fácilmente (calidad de vida) y no otros factores (equidad y necesidad) de apreciación más difícil. Por lo tanto, las pautas políticas para la asignación de recursos deben ser explícitas respecto de los valores éticos que están en juego y del modo cómo podrían medirse⁽³²⁾.

Este estudio⁽³²⁾ corrobora la preocupación ética de los enfermeros en esta investigación: el deber de cuidar a la persona que ya está en la UTI, sin arriesgarse a la arbitrariedad o inducir decisiones erróneas o imprudentes, ante situaciones inesperadas de hospitalización por orden judicial. Es fundamental examinar cada contexto en particular y la importancia de cada posible razón por la cual la precisión puede resultar problemática. La elaboración de las directrices tiene como objetivo establecer límites para las decisiones, pero no debe pretender prescribir una respuesta para todos los casos posibles.

Los participantes de la investigación también abordaron el tema de la especialidad hospitalaria versus la necesidad de tratamiento del paciente. Los estudios⁽³³⁻³⁵⁾ señalan que la hospitalización especializada puede mejorar la calidad de la atención le indica la tríada de detección especializada por protocolos-experiencia clínica. Aun

así, los bioeticistas argumentan que brindar atención a todos los pacientes en el orden en que llegan representa un racionamiento de la atención basada en el principio de atención inicial, que es inherentemente defectuoso porque ignora las diferencias relevantes entre las personas (incluida la enfermedad) y es injusto en la práctica porque los más ricos y mejor conectados pueden pasar por alto las filas de ingreso. Es importante que médicos y enfermeros participen activamente en la revisión de las estrategias de las políticas de detección y aúnen esfuerzos para reducir los retrasos en los traslados, como también para promover la comprensión de la importancia de utilizar una unidad de cuidados intermedios para minimizar el tiempo de espera de admisión de pacientes críticos y maximizar el uso apropiado de camas, de acuerdo con las especialidades de cada hospital⁽³⁴⁾.

El discurso de los enfermeros sobre la necesidad de lidiar con los conflictos que surgen de la incertidumbre y los mensajes inconsistentes sobre el pronóstico real de los pacientes, también se relaciona con la defensa del paciente, ya que este profesional debe garantizar la mejor atención posible, tanto a través del monitoreo de los tratamientos disponibles, que a veces no se ofrecen inmediatamente al paciente, como en situaciones de inutilidad de ciertos tratamientos y cuidados paliativos. El enfermero de la UTI no siempre podrá cumplir con todas las demandas y expectativas de los miembros de la familia, pero debe ser responsable de indicar a la familia cuáles son los recursos disponibles y asegurarse de que la familia tenga acceso a estos medios⁽³⁶⁻³⁸⁾.

En la tercera categoría, titulada "Alta inadecuada de la UTI", se consideró que el mayor índice de traslado de pacientes desde la UTI se produce cuando la ocupación es plena, con la consecuencia de externar a los pacientes de forma prematura. Por lo tanto, incluso en situaciones de hospitalización por orden judicial, en las que opera el carácter de lo "imprevisible", los intensivistas deben ser fuertes defensores de las necesidades de todos los pacientes, más allá de la falta de recursos y de los gastos adicionales. Los profesionales afirman que cuando intentan organizar nuevas admisiones, se dan cuenta de que sus estándares de seguridad para el traslado de los pacientes de la UTI son cuestionables; las características de los pacientes propuestos para el alta hospitalaria fueron menos restrictivas, lo que podría causar una situación lo suficientemente peligrosa como para requerir nuevamente una cama en la UTI⁽¹³⁾.

El proceso para determinar el mejor momento para abandonar la UTI implica una evaluación cuidadosa de la gravedad de la enfermedad, así como de las condiciones clínicas del paciente. Los estudios han demostrado que la mortalidad y la estancia hospitalaria son significativamente más altas en pacientes readmitidos en UTI después de

su alta temprana⁽¹¹⁾. Por lo tanto, en situaciones de hospitalización por orden judicial, existe una presión aún mayor en la decisión de alta temprana, debido a la necesidad de liberar camas para la admisión de pacientes críticos.

Un estudio brasileño que analizó las tasas de reingreso de dos UTI (clínica quirúrgica, trauma y neurocirugía), concluyó que el reingreso de pacientes en la UTI, durante la misma hospitalización, resultó en una mayor morbilidad y mortalidad, duración de la estada y costos totales. Casi la mitad de los pacientes (46.5%) fueron readmitidos en la UTI clínica quirúrgica dentro de las 48 horas posteriores al alta, lo que sugiere el alta temprana y reafirma la necesidad y la importancia de definir criterios para el alta de la UTI⁽³⁹⁾.

Otro estudio⁽⁴⁰⁾, que analizó 33,101 solicitudes médicas para 268 camas de UTI públicas reguladas en un estado brasileño, detectó que el 55.0% de las personas abandonaron la fila antes que la cama fuera liberada, por desistimiento y el 20.0% por muerte. Entre las causas de desistimiento, el 47.0% se debió al alta o la mejoría clínica, el 34.0% se trasladó por sus propios medios y el 9.0% tenía un diagnóstico fuera del perfil requerido. Los autores⁽⁴⁰⁾ también consideraron que entre el 20% de los decesos habidos en la lista de espera, sería importante investigar cuántos se habrían evitado al reducir el tiempo de espera o cuántos pacientes ya llegaron a emergencias sin posibilidades terapéuticas. Para finalizar, se informó otro estudio de listas de espera en España, que mostró que el acceso oportuno, a través de la gestión de ingreso en listas de espera con niveles de prioridad, tiene un impacto más positivo que el aumento de la disponibilidad de camas.

Aunque este estudio estuvo compuesto por un grupo relativamente grande de participantes de enfermería, la restricción de la recolección de datos a las regiones sur y sudeste de Brasil se considera una limitación.

La comprensión de la realidad de los enfermeros de UTI en Brasil no solo ayudará a informar cómo mejorar la toma de decisiones y el desarrollo de políticas relacionadas con la asignación de lechos de UTI en Brasil, sino que implicará una contribución en el intento de resolver problemas similares que los profesionales de la salud en relación a los lechos de UTI a nivel internacional.

Es importante conocer la perspectiva de los enfermeros que trabajan en la UTI con respecto a la judicialización del acceso a las camas. Por lo tanto, como resultado de esta discusión, se destaca la importancia de que enfermeros y médicos asuman un rol activo en las estrategias de revisión de las políticas de detección y en los esfuerzos para reducir los retrasos en los traslados, así como el uso de una unidad de cuidados intermedios para reducir el tiempo espera en los casos de pacientes críticos y optimizar el uso apropiado de las camas de la UTI.

Conclusión

La internación por orden judicial es una problemática de la realidad brasileña. Sin embargo, de manera concomitante, y en términos globales, se plantea la cuestión de la racionalización de costos y de la limitación del acceso a los lechos de UTI.

Los participantes de la investigación han señalado que, en situaciones de internación por orden judicial, se producen alteraciones en los criterios de asignación de lechos en la UTI, mediante la credibilidad de los profesionales, amenazas de incurrir en acciones médico-legales por parte de los familiares e imposiciones judiciales a instituciones y profesionales de la salud.

La carga de trabajo excesiva y el déficit en la disponibilidad de camas de UTI en las ciudades del interior de Brasil, repercuten en la necesidad de direccionar a los pacientes hacia los grandes centros hospitalarios de las capitales y/o grandes ciudades. Otro aspecto preocupante se refiere al tiempo de espera para acceder a un lecho en UTI en situaciones de internación por orden judicial. El discurso de los enfermeros en relación a la necesidad de lidiar con los conflictos provenientes de las indefiniciones y de los mensajes inconsistentes sobre el real pronóstico de los pacientes reporta la necesidad de abogar por la defensa del paciente. Sin embargo, en última instancia, aun en los casos de hospitalizaciones por orden judicial, los enfermeros de la UTI deben ser eximios defensores de las necesidades de todos los pacientes, más allá de los recursos y/o de los costos que ello implique.

Referencias

1. Vargas MAO. Peter EH, Luz KR, Ramos FRS, Barlem E, Viana RAPP. Judicialização da saúde e direito do paciente ao atendimento qualificado na terapia intensiva. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Vargas MAO, Nascimento ERP, orgs. Programa de Atualização em Enfermagem: Terapia Intensiva. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. p. 9-41.
2. Ventura CAA, Correia R Júnior, Gutier MS, Mendes IAC. Alternatives for the enforcement of the right to health in Brazil. *Nurs Ethics*. [Internet]. 2016 [cited Nov 16 2018];23(3):318-27. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733014562991?journalCode=neja>
3. Diniz D, Machado TRC, Penalva J. The judicialization of health in the Federal District of Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2014 [cited Nov 14 2018];19(2):591-8. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.23072012>
4. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Censo 2016 [Internet]. 2016. [Acesso 16 maio 2018]. Disponível

- em: https://www.amib.com.br/censo/Analise_de_Dados_UTI_Final_Site_2.pdf
5. Machado FR. All in a day's work — equity vs. equality at a public ICU in Brazil. *N Engl J Med*. [Internet]. 2016 Dec [cited Nov 16 2018];375(25):2420-1. Available from: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1610059>
 6. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, Silva CMFP. Health policies and federative gaps in Brazil: an analysis of regional capacity of services delivery. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2017 Apr [cited Nov 6 2019];22(4):1031-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401031&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.03732017>.
 7. Viana ALA, Silva HP. Neoliberal meritocracy and financial capitalism: consequences for social protection and health. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2018 [cited Nov 6 2019];23(7):2107. Available from: <https://link.gale.com/apps/doc/A553114477/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=55e9a725>
 8. Liaschenko J, Peter E. Fostering nurses' moral agency and moral identity: the importance of moral community. *Hastings Cent Rep*. [Internet]. 2016 Sep [cited Nov 16 2018];46 Suppl 1:S18-21. Available from: doi: 10.1002/hast.626
 9. Ferreira MRJ, Aquilas NM. Commodification in the reforms of the German, French and British health systems. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2018 [cited Nov 6 2019];23(7):2159. Available from: <https://link.gale.com/apps/doc/A553114481/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=abd1f682>
 10. Fiorati RC, Arcêncio RA, Souza LB. Social inequalities and access to health: challenges for society and the nursing field. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2016 [cited Nov 16 2018];24:e2687. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>
 11. Pattison N, O'Gara G. Making appropriate decisions about admission to critical care: the role of critical care outreach and medical emergency teams. *Nurs Critical Care*. [Internet]. 2014 [cited Oct 16 2018];19(1):4-6. Available from: <https://doi.org/10.1111/nicc.12074>.
 12. Guide B, Van der Voort PHJ, Csomos A. Editorial Intensive care in 2050: healthcare expenditure. *Intensive Care Med*. [Internet]. 2017 [cited Nov 6 2019];43:1141-3. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4679-2>
 13. Cooper AB, Sibbald R, Scales DC, Rozmovits L, Sinuff T. Scarcity: the context of rationing in an Ontario ICU. *Crit Care Med*. [Internet]. 2013 Jun [cited Dec 10 2018];41(6):1476-82. Available from: doi: 10.1097/CCM.0b013e31827cab6a
 14. Jeddian A, Lindenmeyer A, Marshall T, Howard AF, Sayadi L, Rashidian A, et al. Implementation of a critical care outreach service: a qualitative study. *Int Nurs Rev*. [Internet]. 2017 [cited Dec 16 2018];24(3):353-62. Available from: <https://doi.org/10.1111/inr.12377>
 15. Loss SH, Nunes DSL, Franzosi OS, Salazar GS, Teixeira, Vieira SRR. Chronic critical illness: are we saving patients or creating victims? *Rev Bras Ter Intensiva*. [Internet]. 2017 Jan-Mar [cited Nov 16 2018];29(1):87-95. Available from: <http://doi.org/10.5935/0103-507X.20170013>
 16. Vargas MAO, Ramos FRS, Schneider DG, Schneider N, Santos AC, Leal SMC. Hospitalization by court order: ethical dilemmas experienced by nurses. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2013 Mar [cited July 4 2018];34(1):119-25. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rngen/v34n1/en_15.pdf
 17. Ramos RS, Gomes AMT, Oliveira DC, Marques SC, Spindola T, Nogueira VPF. Access the Unified Health System actions and services from the perspective of judicialization. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2016 [cited Jul 3 2018];24:e2797. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02797.pdf
 18. Davoodvand S, Abbaszadeh A, Ahmadi F. Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: a qualitative study. *J Med Ethics Hist Med*. [Internet]. 2016 Jun [cited Nov 16 2018];9:5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4958925>
 19. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Ramos AM, Silveira RS, Vargas MAO. How have nurses practiced patient advocacy in the hospital context? - a foucaultian perspective. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2016 [cited Dec 10 2018];25(1):e2560014. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600002560014>
 20. Society of Critical Care Medicine. Team in critical care. [Internet]. 2016 [cited Nov 16 2018]. Available from: <http://www.mycicare.org/About-Critical-Care/Pages/Team.aspx>
 21. Vargas CP, Vargas MAO, Tomaschewski-Barlem JG, Ramos FRS, Schneider DG. Patient advocacy actions by intensivist nurses. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2019 [cited Aug 25 2019];53:e03490. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018011703490>
 22. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS, Dalmolin GL, Ramos AM. Cross-cultural adaptation and validation of the Protective Nursing Advocacy Scale for Brazilian nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015 [cited Aug 25 2019];23(4):669-76. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400669
 23. Moraes R, Galiuzzi MC. *Análise textual discursiva*. 2 ed. Ijuí: Editora Unijuí; 2013.
 24. Vryonides S, Papastavrou E, Charalambous A, Andreou P, Merkouris A. The ethical dimension of nursing care rationing: a thematic synthesis of qualitative studies. *Nurs Ethics*. [Internet]. 2015 Dec [cited Dec 16 2018];22(8):881-900. Available from: doi: 10.1177/0969733014551377
 25. Estenssoro E, Alegria L, Murias G, Friedman G, Castro R, Vaeza NN et al. Organizational issues, structure, and processes of care in 257 ICUs in Latin America: a study from

- the Latin America intensive care network. *Crit Care Med.* [Internet]. 2017 Aug [cited Nov 16 2018];45(8):1325-36. Available from: doi: 10.1097/CCM.0000000000002413
26. Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open.* [Internet]. 2018 Jan [cited Aug 25 2019];8:e019189. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/1/e019189>. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019189
27. Bauman KA, Hyzy RC. ICU 2020: five interventions to revolutionize quality of care in the ICU. *J Intensive Care Med.* [Internet]. 2014 Jan-Feb [cited Nov 16 2018];29(1):13-21. Available from: doi: 10.1177/0885066611434399
28. Wallace DJ, Seymour CW, Kahn JM. Hospital-level changes in adult ICU bed supply in the United States. *Crit Care Med.* [Internet] 2017 Jan [cited Nov 16 2018];45(1):e67-e76. Available from: doi: 10.1097/CCM.0000000000002051
29. Hung SC, Kung CT, Hung CW, Liu BM, Liu JW, Chew G, et al. Determining delayed admission to the intensive care unit for mechanically ventilated patients in the emergency department. *Crit Care.* [Internet]. 2014 Aug [cited Nov 16 2018];18(4):485. Available from: doi:10.1186/s13054-014-0485-1
30. Kim SH, Chan CW, Olivares M, Escobar GJ. Association among ICU congestion, ICU admission decision, and patient outcomes. *Crit Care Med.* [Internet] 2016 Oct [cited Nov 16 2018];44(10):1814-21. doi: 10.1097/CCM.0000000000001850.
31. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.156 de 17 de novembro de 2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Brasília. [Internet]. 2016 [cited Nov 16 2018]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>
32. McMillan J, Hope T, Wilkinson D. Precision and the rules of prioritization. *Camb Q Healthc Ethics.* [Internet]. 2013 Oct [cited Nov 26 2018];22(4):336-45. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0963180113000182>
33. Kramer AH, Zygun DA. Neurocritical care: why does it make a difference? *Curr Opin Crit Care.* [Internet] 2014 Apr [cited Nov 16 2018];20:174-81. doi:10.1097/MCC.0000000000000076
34. Mathews KS, Long EF. A conceptual framework for improving critical care patient flow and bed utilization. *Ann Am Thorac Soc.* [Internet]. 2015 Jun [cited Nov 26 2018];12(6):886-94. doi: 10.1513/AnnalsATS.201409-419OC
35. Schnurman Z, Chin R, Fishkin ER, Huang PP. Maximizing interhospital transfer resources for neurosurgical patients. *World Neurosurg.* [Internet] 2017 Aug [cited Dec 16 2018];104:702-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.05.082>
36. Motta LCS, Oliveira LN, Silva E, Siqueira-Batista R. Decision-making in clinical (bio)ethics: contemporary approaches. *Rev Bioét.* [Internet]. 2016 [cited May 7 2018];24(2):304-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/1983-8034-bioet-24-2-0304.pdf>
37. Valente CO, Fonseca GM, Freitas KS, Mussi FC. Family comfort to a relative in the intensive therapy unit. *Rev Baiana Enferm.* [Internet]. 2017 [cited Nov 16 2018];31(2):e17597. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17597>
38. Queiroz TA, Ribeiro ACM, Guedes MVC, Coutinho DTR, Galiza FT, Freitas MC. Palliative care to the elderly in intensive care: the perspective of the nursing team. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2018. [cited May 1 2018];27(1):e1420016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100310&lng=pt. Epub 05-Mar-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018001420016>
39. Araújo TG, Rieder MM, Kutchak FM, Franco JW Filho. Readmissions and deaths following ICU discharge - a challenge for intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva.* [Internet]. 2013 Mar [cited Nov 16 2018];25(1):32-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23887757>
40. Goldwasser RS, Lobo MSC, Arruda EF, Angelo AS, Silva JRL, Salles AA et al. Difficulties in access and estimates of public beds in intensive care units in the state of Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública.* [Internet]. 2016 [cited Nov 16 2018];50:1-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/0034-8910-rsp-S1518-87872016050005997.pdf>

Recibido: 29.04.2019

Aceptado: 13.02.2020

Editora Asociada:
Andrea Bernardes


Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondência:

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

E-mail: ambrosina.mara@ufsc.br

 <https://orcid.org/0000-0003-4721-4260>