



Published in final edited form as:

Rev Bioet Derecho Perspect Bioet. 2020 November ; 2020(50): 37–61. doi:10.1344/rbd2020.50.31816.

Proposal for the elaboration of a triage guideline in the context of the COVID-19 pandemic

Eduardo Rivera López, Federico Abal, Romina Rekers, Felicitas Holzer, Irene Melamed, Diana Salmún, Laura Belli, Sol Terlizzi, Marcelo alegre, Ignacio Mastroleo*

Eduardo Rivera López. Profesor plenario de la Escuela de Derecho, Universidad Torcuato Di Tella (UTDT), IIFSADAF/CONICET (Argentina). Investigador independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina. – Federico Abal. Instituto de Investigaciones Filosóficas (IIF), Sociedad Argentina de Análisis Filosófico (SADAF), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). – Romina Rekers. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) (Argentina). – Felicitas Holzer. Programa de Bioética FLACSO, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Sorbonne Université, Faculté des Lettres. – Irene Melamed. Programa de Bioética FLACSO. Médica pediatra y especialista en adolescentes. – Diana Salmún. Investigadora independiente, médica. – Laura Belli. Universidad de Buenos Aires (UBA), Universidad Torcuato Di Tella (UTDT), Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF) (Argentina). – Sol Terlizzi. Programa de Bioética FLACSO, Programa de Derecho y Bienes Públicos FLACSO, Universidad Nacional de La Matanza (UNLAM) (Argentina). – Marcelo Alegre. Instituto de Investigaciones Jurídicas “Ambrosio L. Gioja”, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires (UBA), Global Professor of Law (New York University). – Alahí Bianchini. Programa de Bioética FLACSO, Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales “Ambrosio L. Gioja”, Universidad de Buenos Aires (UBA). – Ignacio Mastroleo. Programa de Bioética FLACSO, Instituto de Investigaciones Sociales de América Latina (IICSAL), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Abstract

This document offers a proposal for the elaboration of a triage guideline in the context of the COVID-19 pandemic. This proposal includes recommendations on the procedural norms and substantive norms that should govern the allocation and reallocation of therapeutic resources in conditions of extreme scarcity.

Resumen

Este documento ofrece una propuesta desde la perspectiva de la bioética para la elaboración de un protocolo de triaje en el contexto de la pandemia de COVID-19. Dicha propuesta incluye recomendaciones sobre las normas procedimentales y normas sustantivas que deben regir la asignación y reasignación de recursos terapéuticos en condiciones de escasez extrema.

Resum

Aquest document ofereix una proposta des de la perspectiva de la bioètica per a l'elaboració d'un protocol de triatge en el context de la pandèmia de COVID-19. L'esmentada proposta inclou recomanacions sobre les normes procedimentals i normes substantives que han de regir l'assignació i reassignació de recursos terapèutics en condicions d'escassetat extrema.

Palabras clave:

triaje; bioètica; pandemia; asignación; reasignación; escasez extrema; COVID-19

Keywords

triage; bioethics; pandemic; allocation; reallocation; extreme scarcity; COVID-19

Paraules claus:

triaje; bioètica; pandèmia; assignació; reassignació; escassetat extrema; COVID-19

1. Introducción

1.1 Necesidad de un protocolo para situaciones de asignación de recursos extremadamente escasos

La presente pandemia de COVID-19 ha puesto a prueba, en diversos países, la capacidad de los sistemas de salud. En algunos de ellos, dicha capacidad fue superada, generando situaciones en las cuales ha sido necesario tomar decisiones sobre quiénes recibirán y quiénes no un recurso vital.

Situaciones de esta clase no son nuevas. La necesidad de racionamiento y de elección entre pacientes frente a una escasez extrema de recursos vitales ha ocurrido en otras epidemias y emergencias de salud pública en el pasado. Sucede también de modo permanente en algunas áreas de la medicina, como la asignación de órganos para trasplante. Por lo demás, en sociedades con recursos sanitarios deficientes, no es inhabitual que los servicios de cuidados intensivos (UCI) se vean desbordados y sus profesionales tengan que tomar decisiones de este tipo.¹

Sin embargo, ante la actual crisis, se renueva la necesidad de reflexionar y generar recomendaciones que sean justificables públicamente, sean consistentes con nuestros compromisos irrenunciables en materia de derechos humanos y sirvan para elaborar guías concretas y aplicables a quienes deben ineludiblemente tomar las difíciles decisiones en la práctica.

¹El grado de escasez de recursos como UCI y, en consecuencia, la probabilidad de escenarios de triaje varían de país en país (Ma y Vervoort, 2020). Las intervenciones no-farmacéuticas frente a la pandemia también influye en la probabilidad y dimensión de escenarios de triaje; ver por ejemplo Flaxman et al. (2020).

La necesidad de disponer de un protocolo de actuación para situaciones de escasez extrema de recursos es independiente de cuáles sean las políticas que se adopten para evitar dichas situaciones. Una sociedad debe disponer de normativas para el caso de que una contingencia de este tipo ocurra, aun cuando se extremen las medidas para evitarla.

La importancia de contar con protocolos públicamente discutidos también radica en que crea una protección jurídica para aquellas personas que, en situaciones extremadamente difíciles, deben tomar decisiones cuya compatibilidad con el sistema jurídico puede ser puesta en duda.

1.2 Contexto de aplicación y posible extensión

Esta propuesta se ha elaborado tomando en cuenta el contexto específico de la presente pandemia de COVID-19 en la Argentina, por lo cual se referirá exclusivamente a la asignación de aquellos recursos terapéuticos que más probablemente estén en juego en dicho contexto: respiradores y plazas en UCI.

No obstante, los criterios ofrecidos pueden, con los ajustes necesarios, valer también para otros recursos sanitarios (por ejemplo, personal de la salud altamente calificado o dosis de potenciales drogas terapéuticas que pudieran aparecer en el futuro).

Del mismo modo, y con las adaptaciones que son razonables para este tipo de normativa, nuestras propuestas pueden ser útiles para otros países sometidos al mismo tipo de condiciones de escasez. Ninguna sociedad se encuentra libre de la posibilidad de caer, en algún momento, en dicha situación.

1.3 Recomendaciones éticas y deliberación pública democrática

En una sociedad democrática la tarea de regular las decisiones de asignación de recursos en circunstancias de escasez extrema (triaje) debería ser, idealmente, una tarea a llevar a cabo públicamente a través de los órganos de deliberación y decisión propios de la democracia (Nino, 1997). El presente documento debe ser entendido, en ese sentido, como un aporte más a dicha deliberación y no como una guía definitiva. Los diversos documentos que se elaboran desde diferentes enfoques disciplinarios pueden contribuir a un debate público robusto. Nuestra propuesta ofrece pautas y argumentos desde la perspectiva de la bioética y no pretende agotar las complejidades de la temática, que también debe nutrirse de otras disciplinas. En definitiva, ofrecemos un conjunto de recomendaciones éticas que pueden ser un insumo útil para la elaboración de un protocolo completo para decisiones de asignación de recursos extremadamente escasos en el contexto de la presente pandemia.

Si bien tal protocolo debe ser suficientemente flexible como para atender a las particularidades de diferentes contextos e instituciones, sus lineamientos básicos deberían ser el resultado de un proceso participativo que recoja las diferentes voces e intereses en juego.

1.4 Alcance de la propuesta

Con el fin de circunscribir el ámbito de aplicación de las propuestas y argumentos de este documento es importante realizar dos precisiones conceptuales.

En primer lugar, llamamos “decisión de triaje” (con independencia del origen de la expresión) a aquellas decisiones en las cuales debe determinarse la asignación de uno o más recursos sanitarios potencialmente salvadores (por ejemplo, drogas, respiradores, personal de salud, camas hospitalarias) cuya disponibilidad no es suficiente para satisfacer las necesidades de todos los pacientes (Iseron y Moskop, 2007). En otros términos, en una “decisión de triaje” existe un recurso (o más de uno) que es requerido para salvar la vida de varios pacientes y que, dada la situación de escasez radical, no puede ser asignado a todos ellos.²

En segundo lugar, los recursos sanitarios a ser asignados en el marco de una decisión de triaje son recursos terapéuticos. Las consideraciones de este documento no pretenden alcanzar a otro tipo de recursos, preventivos (para evitar que las personas contraigan la enfermedad) o paliativos (para acompañar y evitar el sufrimiento innecesario de las personas que no pueden ser curadas). Todos estos recursos son necesarios para dar una respuesta completa a la presente pandemia. Estas recomendaciones no pretenden dar una orientación ética acerca de cómo asignar prioridades entre estos diferentes tipos de recursos o actividades.

1.5 Secciones de este documento

En la sección 2 de este documento se presentan recomendaciones para la elaboración de las normas procedimentales dentro de un protocolo de triaje, es decir, normas acerca de los pasos y los órganos encargados de la toma de decisiones. En la sección 3 se presentan y analizan las normas sustantivas. Allí explicitamos cuáles son las premisas de las cuales partimos y los principios fundamentales que recomendamos tomar en consideración para las decisiones. En la sección 4 analizamos diferentes modos de ponderar los diferentes criterios previamente expuestos. La sección 5 procede a proponer un conjunto de criterios para la asignación final de recursos radicalmente escasos. Incluye una propuesta para realizar una clasificación de los pacientes, un criterio de asignación inicial y un criterio de reasignación. Finalmente, en la última sección (6) ofrecemos algunas reflexiones a modo de conclusión.

2. Normas procedimentales

Si bien las decisiones de triaje requieren una evaluación caso por caso, debe existir un conjunto de reglas que induzcan a que dichas decisiones respeten principios básicos de justicia procedimental (Rawls, 1993: § 14). El respeto por dichas reglas promueve ciertos valores que, a su vez, se concretan en derechos fundamentales de los pacientes y del personal de salud. Entre estos valores cabe destacar los siguientes:

1. Legitimidad: si los procedimientos mediante los cuales se toman las decisiones de triaje son razonables y contienen salvaguardas para garantizar los derechos de

²Es importante advertir que existe un concepto de triaje que no incluye la connotación de decisión trágica en contextos de escasez extrema. Según este concepto, triaje es únicamente el criterio para clasificar pacientes en emergencias, con el fin de optimizar su tratamiento. Por ejemplo, puede permitir determinar adecuadamente qué pacientes deben ser tratados primero. Existen guías de triaje que se refieren únicamente a este aspecto; por ejemplo, la actual guía del Ministerio de Salud de la Nación en Argentina (Msal, 2020). Tales guías son fundamentales desde el punto de vista médico. Sin embargo, no resuelven el problema que se enfrenta en este documento: cómo tomar decisiones cuando los recursos disponibles son insuficientes para tratar a todos los pacientes que los necesitan.

los pacientes y los profesionales, estas decisiones gozarán de mayor legitimidad, en el sentido de ser aceptables en mayor medida por los destinatarios de esas decisiones y la sociedad.

2. **Transparencia:** en la medida en que los procedimientos mediante los cuales se toman las decisiones de triaje son públicos, es posible ejercer control sobre ellos y, consecuentemente, sobre las decisiones, lo cual disminuye fuertemente la probabilidad de que tales decisiones sean producto de la arbitrariedad o de la corrupción (Schuklenk, 2020).
3. **Consistencia:** al existir un único conjunto de mecanismos procedimentales para arribar a una decisión de triaje, es previsible que las decisiones que se tomen sean aproximadamente iguales cuando las circunstancias también lo son.
4. **Protección legal:** contar con procedimientos claros y razonables protege, al menos en alguna medida, al personal de salud del riesgo jurídico de las decisiones, dado que éstas son tomadas por órganos previamente establecidos y obedeciendo rigurosamente los pasos previstos por las normas procedimentales.
5. **Protección psicológica:** por último, la existencia y aplicación de reglas procedimentales claras descarga (al menos parcialmente) a los profesionales de la salud del peso psicológico de la toma de decisiones concretas, al estar éstas en manos de órganos elegidos de acuerdo con criterios procedimentales públicos. También evita posibles conflictos de intereses e impide un deterioro en los vínculos institución-equipo de salud-pacientes-familia-comunidad.

Las normas referidas al procedimiento de decisión y funcionamiento de un protocolo de triaje que recomendamos son las siguientes:

2.1 Normas procedimentales referidas a la publicidad y a la deliberación pública

1. El protocolo final para la toma de decisión debe ser público y de fácil acceso para los interesados. Por ello se recomienda que sea expuesto en los servicios, otros espacios institucionales y en la página web de las instituciones que lo adopten. Los pacientes que ingresan en la institución deben acceder al contenido del protocolo.
2. A los fines de garantizar una genuina publicidad las instituciones deben contemplar la realidad lingüística de cada jurisdicción y ofrecer traducciones del protocolo en el idioma de las comunidades autóctonas. Esto es especialmente relevante en las provincias argentinas que presentan población indígena.³
3. Debe además establecerse un canal a través del cual los interesados (incluidos potenciales pacientes) puedan hacer llegar sus comentarios y quejas sobre el contenido del protocolo. En la medida en que se disponga de los recursos necesarios debe relevarse la información y considerarla en futuras formulaciones

³Por ejemplo, en la Argentina, Chubut posee un 8,5 % de la población total que se reconoce como indígena, Neuquén un 7,9 % y Jujuy un 7,8%, de acuerdo con el Censo 2010. En otros países de la región la diversidad lingüística es mayor.

del protocolo. Esto contribuye a fortalecer la confianza pública en el sistema de salud.

2.2 Normas procedimentales referidas a los pasos en la toma de decisión⁴

El protocolo debe prever claramente cuáles son los pasos necesarios para la toma de decisión. Dichos pasos deberían:

1. Identificar el problema en función del número de pacientes con necesidades médicas que requieren la asignación de un recurso vital escaso, la información clínica de cada uno y el número de recursos disponibles.
2. Recopilar y analizar información relacionada con la solución: recursos disponibles en la institución o en instituciones cercanas a las que podrían derivarse pacientes, información clínica de cada paciente.
3. Identificar si se trata de un caso de asignación o reasignación de recursos.
4. Establecer el grupo en el que se ubica el paciente de acuerdo con los criterios ofrecidos por esta guía (Sección 5).
5. Evaluar todas las alternativas y seleccionar una.
6. Implementar la alternativa seleccionada.
7. Monitorear la implementación de la decisión del comité y evaluar los resultados.
8. Reevaluar las decisiones periódicamente según criterio médico⁵, en especial cuando (1) ingresen nuevos pacientes, (2) cambie la condición de algunos de los pacientes que antes no competían por los recursos escasos, (3) cambie la condición de un paciente al que se la había asignado el recurso, y/o se produzcan cambios en el personal afectado o logísticos (por ejemplo, bajas o movilidad del personal de salud).

2.3 Normas procedimentales referidas a los cuerpos encargados de la toma de decisiones

1. Las decisiones deberán estar a cargo de un comité de triaje conformado por personal de la salud y/o administrativo no asignado al tratamiento directo de los pacientes involucrados en las decisiones (tanto aquellos que padecen COVID-19 como los que padecen otras afecciones).
2. El comité deberá constituirse teniendo en cuenta la pluralidad y equidad en su conformación. Para ello, pueden seguirse las pautas habituales para la conformación de los comités de ética hospitalarios o de investigación.⁶

⁴Estas reglas se apoyan en Mackway-Jones *et al.* (2014).

⁵Los criterios médicos acerca de la periodicidad de la evaluación de los pacientes en estas condiciones varía, según las consultas realizadas, entre las 8 y las 12 horas.

⁶En el caso de los comités de ética en investigación, en la Argentina está regulado por la Resolución del Ministerio de Salud 1480/11, en la que se establece, entre otras cosas, que la composición del comité “deberá ser multidisciplinaria, multisectorial y balanceada en edad, sexo y formación científica y no científica.”

3. El comité deberá adoptar las decisiones sobre la base de la evaluación clínica realizada por el personal médico y en función de la cantidad y calidad de los recursos disponibles.
4. El requisito de publicidad y transparencia exige que la cantidad de recursos disponible sea un dato accesible para los interesados.
5. El requisito de imparcialidad exige que las decisiones se adopten bajo el sistema de “triaje enmascarado”. Este sistema exige que los miembros del comité adopten las decisiones sin conocer los rasgos clínicamente irrelevantes de la identidad de los pacientes involucrados.
6. El comité debe establecer un sistema de votación. Para ello, recomendamos que las decisiones sean tomadas con el siguiente criterio:
 - En caso de asignación de recursos no asignados previamente (asignación ex ante, de acuerdo con la sección 3.2) se decidirá por mayoría simple de los miembros del comité.
 - En caso de reasignación de recursos asignados previamente a otros pacientes (asignación ex post, de acuerdo con la sección 3.2) se decidirá por mayoría absoluta (la mitad más uno de los miembros) o mayoría agravada (dos tercios de los miembros).
7. El comité podrá actualizar sus decisiones periódicamente, de acuerdo con lo establecido en el punto 2.2.8.
8. Es altamente deseable garantizar el derecho de apelar las decisiones del comité de triaje ante un cuerpo diferente, el que debería resolver con la mayor rapidez. Si esto no fuera posible por falta de personal o por razones de urgencia, debería al menos preverse un recurso de reconsideración (ante el mismo comité de triaje) exclusivamente basado en errores en la aplicación del protocolo, no así en el contenido de la decisión.
9. Las decisiones del comité de triaje deben quedar asentadas en las historias clínicas y darse a conocer a los pacientes o (si no estuvieran en condiciones de ser informados) a sus familiares o representantes. En todos los casos, debe preservarse el derecho a la privacidad de los pacientes.

3. Normas sustantivas

Si bien las normas procedimentales a las que se hace referencia en la sección anterior ofrecen lineamientos para la toma de decisiones en contextos de escasez extrema, por sí solas, son insuficientes para regular las decisiones de triaje. Aun cuando estas decisiones posean legitimidad procedimental (sean realizadas mediante procedimientos justificables), pueden carecer de razonabilidad en su contenido. Es por ello que se requiere del apoyo de una serie de normas sustantivas que ofrezcan un marco ético-jurídico para fortalecer esas decisiones y hacerlas públicamente justificables.

3.1 Premisas

Para la elaboración de las recomendaciones sobre normas sustantivas de triaje partimos de un conjunto de premisas que, en general, no son cuestionadas en el contexto de la elaboración de protocolos de triaje y cuya discusión pormenorizada excedería el objetivo de este trabajo:

1. Las decisiones de triaje se realizan en circunstancias excepcionales de escasez radical de recursos potencialmente salvadores. Ello implica que los criterios utilizados para realizar esas decisiones también son excepcionales y no son los mismos que rigen para situaciones “normales” (de escasez moderada).
2. Por tratarse de una situación excepcional de emergencia, suponemos que los derechos contractuales y de propiedad adquiridos previamente no son relevantes a los efectos de la decisión de triaje. Particularmente, los derechos sobre recursos sanitarios, producto de contratos con seguros de salud, obras sociales, o con las propias instituciones médicas, no entrarán en nuestra consideración. Esto significa que, desde el punto de vista de la asignación de un recurso radicalmente escaso, las normas de triaje consideran a todos los individuos afectados como igualmente merecedores de ese recurso.⁷
3. Estas normas de triaje siguen un mandato general (aunque no necesariamente único) de maximizar la cantidad de vidas humanas salvadas. Este mandato general debe ser interpretado a la luz de principios de derechos humanos y por lo tanto debe incorporar restricciones adicionales que garanticen condiciones de igualdad, reciprocidad y equidad.
4. La excepcionalidad de las situaciones de triaje también implica la importancia de que las normas sustantivas sean aplicables en contextos no ideales de decisión. Más precisamente, dichas normas deben tomar en consideración restricciones de tiempo (urgencia), limitaciones de información, dificultades psicológicas para la toma de ciertas decisiones, posibles reacciones de pacientes, sus familiares o del público en general, su compatibilidad con el orden jurídico vigente, entre otras. Por ello se debe propender a normas claras, comprensibles y fácilmente aplicables, antes que a lograr una coincidencia perfecta con normas propias de contextos ideales de toma de decisión.

3.2 Criterios para clasificar reglas de asignación

Una regulación sustantiva de triaje debe ofrecer al órgano encargado de tomar las decisiones de asignación (comité de triaje) pautas claras, precisas, completas y coherentes. Esto significa que, en lo posible, debe abarcar todos los casos genéricos de conflicto relevantes y las soluciones o acciones asociadas a cada uno (Alchourrón y Bulygin, 2012: 24–26).

⁷La cuestión de los derechos adquiridos puede ser, ciertamente, objeto de controversia. Sin embargo, esto excede el objetivo de este documento. En efecto, determinar cuál es el universo de personas que son objeto de decisiones de triaje es una cuestión de política sanitaria general que no nos compete. Las reglas de triaje se aplican *una vez* determinado ese universo. Por ello, aquí suponemos que todos los pacientes que necesitan el recurso escaso se encuentran en igualdad de condiciones respecto de ese recurso en el momento de su asignación o reasignación. Esto es compatible con que derechos adquiridos previamente vuelvan a restituirse una vez pasada la situación de excepcionalidad, así como también que dichos derechos puedan ser ejercidos para otros propósitos, tales como obtener compensación o resarcimiento.

Una primera clasificación relevante de casos genéricos de conflictos distingue dos grandes grupos de decisiones. En primer lugar, las decisiones de asignación que llamaremos “*ex ante*”, es decir, aquellas que consisten en asignar un recurso potencialmente salvador disponible (no ocupado) a alguna de las personas que podrían beneficiarse de él, cuando no es posible asignárselo a todas ellas. En segundo lugar, las decisiones de asignación que llamaremos “*ex post*”, aquellas que se toman cuando, estando todos los recursos ya asignados (ocupados), ingresan nuevas personas para las cuales dicho recurso es potencialmente salvador. La toma de decisiones de triaje *ex post* agrega elementos de mayor complejidad y controversia, dado que lo que está en juego es la posibilidad de *retirar* un recurso ya asignado o un tratamiento ya iniciado y reasignarlo a otro paciente.

Una segunda clasificación importante para dar un cuadro completo de decisiones distingue entre criterios de *priorización* y criterios de *desempate*. Los criterios de priorización son aquellos que se utilizan para asignar prioridad a ciertos pacientes sobre otros dentro de una decisión de triaje. Cuando esos criterios de priorización resultan insuficientes para asignar el recurso o se encuentran en total paridad, es necesario contar con criterios suplementarios de desempate que ayuden a tomar la decisión de asignación final.

3.3 Principio de maximización

Tal como se ha indicado previamente, el principio fundamental que adoptamos como guía general para la toma de decisión es el de maximización de vidas salvadas⁸. Este principio-guía básico, que en su formulación general es compatible con diversas perspectivas éticas, debe, sin embargo, ser sometido a un doble análisis. Por un lado, debe ofrecerse una interpretación precisa del principio que satisfaga los requisitos de aplicabilidad práctica y de consistencia con las exigencias en materia de derechos humanos. Por otro lado, este principio debe ser complementado con otros que establezcan excepciones justificadas y, en caso de paridad, reglas de desempate.

En cuanto a la interpretación del principio de maximización, existen al menos dos alternativas (con variantes) (Persad *et al.*, 2009: 425):

1. Maximizar la *cantidad de años de vida esperados* (ponderados por calidad de vida o no): Si la idea general del triaje es salvar la mayor cantidad de vidas (o de vida) humanas, maximizar agregadamente los años de vida esperados podría ser considerado como un criterio plausible. Este criterio no tendría únicamente en cuenta la probabilidad de salvar a un paciente de la condición aguda presente, sino que debería calcular, tomando en cuenta toda la información de ese paciente (sus comorbilidades, su edad, etc.), cuántos años es posible calcular estadísticamente que vivirá (expectativa de vida a largo plazo). En algunos casos, se propone ponderar la cantidad de años de vida por la calidad, estableciendo un índice único de “QUALYs” (*Quality Adjusted Life Years*).
2. Maximizar la *cantidad de pacientes salvados* (expectativa de vida a corto plazo): Este criterio mide la probabilidad de que el recurso asignado evite la muerte

⁸Bajo alguna interpretación de este principio, existe un amplio consenso en las diferentes guías acerca de que se trata de un principio fundamental. Véase, por ejemplo, OBD (2020: A6), Maglió et al. (2020: 9) y SEMICYUC (2020: 5).

inminente del paciente por la condición aguda que padece. Dicha perspectiva de sobrevida a corto plazo (superación de la crisis) es compatible con una expectativa breve de vida a largo plazo (por ejemplo, por tratarse de un paciente con alguna otra patología o por tener una edad avanzada). Este criterio no toma en cuenta esa expectativa a largo plazo.

Consideramos que existen razones para optar por una versión matizada de la segunda alternativa (*maximizar la cantidad de pacientes salvados*). El mandato fundamental es, efectivamente, el de salvar la mayor cantidad de vidas individuales (Broome, 2004: 117–131). No es función de quien debe tomar una decisión de triaje (decisión que, insistimos, debe adoptarse en circunstancias excepcionales) juzgar el valor de la vida futura de los pacientes, ni en su duración ni en su calidad. Las vidas humanas, en este sentido, y en coincidencia con el reconocimiento de derechos humanos básicos, son igualmente valiosas.

No obstante, consideramos que la evaluación de la perspectiva de sobrevida a corto plazo puede incorporar ciertas comorbilidades que tornen altamente improbable que dicha sobrevida supere un rango mínimo razonable. Sería el caso, por ejemplo, de pacientes que se encuentran en la fase terminal de una enfermedad y, sin embargo, al no encontrarse inmunosuprimidos, tienen altas perspectivas de superar la crisis de COVID-19. En este caso, la comorbilidad debería ser incorporada a la ponderación (ver sección 5.1). Más allá de casos extremos como éste, no consideramos que se deba evaluar la cantidad de años (ponderados por calidad o no) que sea estadísticamente esperable que cada uno de los paciente viva una vez superada la enfermedad.

Por lo demás, es importante destacar que, en consonancia con nuestra interpretación del principio de maximización, todos los pacientes necesitados del recurso potencialmente salvador se encuentran en un plano de igualdad, tanto aquellos que padecen la enfermedad pandémica (COVID-19) como los que padecen cualquier otra condición aguda.

Si bien la maximización de vidas salvadas es el principio fundamental en decisiones de triaje, merece discutirse un conjunto de criterios que pueden restringir o complementar dicho principio.

3.4 Principios alternativos y posibles restricciones

3.4.1 Edad—Se trata de uno de los criterios más controvertidos. Existen básicamente dos formas de introducir un criterio de edad en una decisión de triaje. En primer lugar, puede incorporarse como un criterio *independiente*⁹. La edad sería, entonces, un dato que debe ser en sí mismo considerado a la hora de asignar el recurso (nótese que ser un criterio independiente no es equivalente a ser el *único* criterio)¹⁰. Para que esto resulte defendible, es necesario ofrecer algún argumento que le otorgue a la cantidad de años de vida vividos un valor independiente.

⁹Véase Singer (2020) para una defensa de este criterio y Macklin (2020) para una posición contraria.

¹⁰El criterio de la edad sería un criterio independiente único si, por ejemplo, se estableciera que las personas mayores a una edad determinada (por ejemplo, 75 años) no pueden acceder en ningún caso a un respirador. Pero un criterio puede ser independiente aunque no sea único. Esto ocurre, por ejemplo, si la edad es un criterio de desempate entre dos pacientes con iguales perspectivas de sobrevida o si se encuentra dentro de un sistema de puntaje junto con otros criterios. Véase NYSTF (2015: 45).

Una justificación posible es defender la igualdad en los “ciclos de vida”: salvar a los más jóvenes se justificaría porque iguala, al menos estadísticamente, la cantidad de años vividos por diferentes personas conforme a una expectativa de vida promedio (Nord, 2005). También se puede acudir a un principio de priorización de los más desaventajados. Las personas más jóvenes serían más desaventajadas por haber vivido una menor cantidad de años y, por lo tanto, tendrían un derecho prioritario frente a quienes han acumulado más tiempo vivido (Emanuel *et al.*, 2020: 2052).

En segundo lugar, la edad puede ser introducida de modo *dependiente* de otro criterio, es decir, como un dato que permite, de modo imperfecto, ofrecer información acerca de otro criterio que sí resulta moralmente relevante. Por ejemplo, si se considera que la probabilidad de ser salvado a corto plazo es un criterio relevante (tal como nosotros recomendamos), entonces la edad puede ser, en condiciones de decisión no ideales, un elemento de juicio para creer que la persona más joven tiene, siendo todo lo demás igual, más probabilidades de sobrevivir a la enfermedad.

Tomar en consideración la edad como criterio dependiente, es decir, como aproximación imperfecta de otro criterio relevante (como la perspectiva de sobrevivir a la enfermedad) es, sin duda, aceptable en un contexto no ideal de toma de decisión. En cambio, adoptar la edad como criterio independiente es más problemático, dado que implica juzgar las vidas humanas como más o menos valiosas en función de su duración futura esperada.

Por esta razón, creemos que es razonable incorporar la edad como un criterio independiente de un modo muy restrictivo, a saber, sólo como criterio de desempate entre pacientes geriátricos y pacientes pediátricos. En este tipo de casos, la aplicación de la edad como criterio independiente no se funda en un juicio discriminatorio sobre el valor de la vida de los pacientes involucrados, sino en el reconocimiento de una diferencia muy significativa entre la expectativa de vida a largo plazo de estos que opera como una variable no arbitraria para desempatar la decisión de triaje cuando la aplicación de los criterios de priorización no resulta concluyente.¹¹

Para evitar la confusión y la incorrecta aplicación de estos dos tipos de criterios, el comité deberá establecer de antemano el corte de edad de ambas categorías (pacientes pediátricos y pacientes geriátricos). En aquellos casos en los que la edad se utiliza como criterio dependiente (aproximación imperfecta al criterio de probabilidad de sobrevivir a la enfermedad), el comité deberá justificar claramente la relación entre la edad del paciente y ese criterio relevante.

3.4.2 Merecimiento, valor social y reciprocidad—Consideraciones acerca del valor social de las personas deben ser, en general, rechazadas por resultar incompatibles con el derecho a la no discriminación. Por ello, datos particulares de los pacientes tales como ser una madre con varios hijos (vs. una persona sola), ser un gran científico o una persona prominente (vs. “una persona más”), ser responsable por el contagio (vs. no serlo), u otros,

¹¹Cabe señalar que la incorporación de la edad como un criterio dependiente, que, según lo afirmado, es moralmente aceptable en contextos no ideales de toma de decisión, disminuye en la práctica la probabilidad de que se produzcan escenarios en los cuales deba incorporarse a la edad como un criterio de desempate independiente entre pacientes pediátricos y geriátricos.

no deben ingresar en la decisión (en consonancia con el precepto procedimental del “triaje enmascarado” mencionado en la sección 2.3.5).

Sin embargo, existen algunas excepciones que son más controvertidas y respecto de las cuales no es obvio que debamos rechazarlas. Las consideraciones que, a modo de excepción de los casos mencionados, sí se suelen considerar candidatas plausibles a ser incorporadas en las decisiones de triaje son aquellas que se refieren a personas que han contribuido o contribuyen específicamente en la lucha contra el virus o están especialmente expuestas a éste, por ejemplo, personal sanitario, sujetos de investigación que participan en protocolos de COVID-19, o (en menor medida) personas que realizan trabajos considerados esenciales y que están más expuestos (aunque no sean personal sanitario).

Varios tipos de razones se han ofrecido en favor de dar algún tipo de prioridad al personal de salud que se encuentra directamente expuesto al contagio de COVID-19. Se aducen, en primer lugar, razones de reciprocidad: la sociedad estaría reconociendo una deuda hacia aquellos que exponen su salud para combatir el virus o tratar a sus víctimas. En segundo lugar, existirían razones instrumentales. Por un lado, este tipo de prioridad daría a quienes realizan tareas riesgosas un incentivo adicional para realizarlas. Por otro lado, priorizarlos (en el caso específico del personal médico o de enfermería) haría más probable que más pacientes pudieran tratarse, en la medida en que, una vez recuperados, dicho personal podrían retomar su actividad (al menos en algunos casos).¹²

Existen, por otro lado, objeciones atendibles a otorgar este tipo de prioridad en decisiones de triaje. En primer lugar, existe la dificultad de tener criterios claros de pertenencia al grupo que será objeto de este beneficio (¿Sólo el personal médico? ¿También el personal de limpieza?). En segundo lugar, se puede cuestionar si, con el mismo criterio, no deberían priorizarse otras personas que realizan tareas riesgosas a favor de la comunidad (médicos de otras patologías infecciosas, bomberos, policías, etc.). En tercer lugar, se podría argumentar que, aunque existe una deuda social con quienes toman riesgos para salvar vidas - especialmente cuando actúan en condiciones inaceptables de precariedad laboral y sin recursos adecuados para desarrollar su labor y protegerse-, la prioridad en una decisión de triaje no resulta el medio más adecuado para saldarla.

A pesar de estos argumentos, creemos que, al menos en contextos en los que el personal de salud es escaso, es razonable otorgar una priorización a aquellas personas que pertenecen a grupos de alto riesgo en el tratamiento de COVID-19. Independientemente de la plausibilidad de las razones de reciprocidad, en sociedades en las que el sistema de salud carece de suficiente personal altamente calificado, y en las que, además, el personal existente está siendo sometido a condiciones de trabajo muy exigentes y riesgosas en el presente contexto (en parte debido, justamente, a las falencias del sistema), es muy importante preservar dicho personal en la mayor medida posible.¹³

¹²Tanto el argumento de reciprocidad como el argumento instrumental se aplican a los sujetos de investigación en drogas o vacunas contra el COVID-19, en la medida en que una priorización compensa por el riesgo asumido e incentiva a participar de dichos ensayos. La normativa ética en materia de investigación biomédica con sujetos humanos ya contempla medidas de acceso prioritario al sistema de salud para los participantes en protocolos de investigación (CIOMS 2016). Tales normas procuran la protección de los derechos, la seguridad, el bienestar y la dignidad de los sujetos de investigación (así como la calidad e integridad de los datos que surjan de ella). Dejamos de lado el complejo problema de articular este tipo de priorización específica con la que nos ocupa en este trabajo.

En la medida en que la principal justificación para otorgar la priorización es instrumental, el grado de dicha priorización es contextual, en el sentido de que será razonable una mayor priorización en contextos de mayor escasez de personal. Presentamos algunas alternativas de priorización en las secciones 5.2 y 5.3.

Un requisito fundamental para realizar este tipo de priorización de un modo aceptable es que el conjunto de personas a las que se otorgaría esta prioridad en una determinada institución sea previamente establecido con claridad y explicitado en un listado públicamente accesible. Un criterio posible y de fácil aplicación para identificar este grupo consistiría en incluir únicamente al personal de salud vinculado laboralmente a la institución en cuestión.

3.4.3 Desventaja o vulnerabilidad social causante de comorbilidad—Otro criterio que puede complementar o restringir el principio general de maximización es el que se refiere a la obligación de compensar a ciertos pacientes por desventajas causadas por la vulnerabilidad social. Debe tomarse en cuenta que la probabilidad de sobrevivir a corto plazo (así como la expectativa de vida a largo plazo) depende, en parte, de comorbilidades, es decir, de patologías o condiciones independientes de la condición aguda (COVID-19); por ejemplo, diabetes, enfermedades respiratorias, bajas defensas, etc. Esas comorbilidades pueden ser consecuencia de condiciones socio-económicas desfavorables, o de la pertenencia a un grupo vulnerable. Así, personas en situación de pobreza o indigencia, minorías de género, pueblos originarios, entre otros grupos, suelen ser mucho más propensos a tener patologías o insuficiencias inmunológicas por obstáculos previos en el acceso a los cuidados de salud¹⁴. Por ello, se podría considerar que estas personas deberían ser, de algún modo (y hasta cierto punto), compensadas garantizándoles algún grado de prioridad en la asignación de recursos sanitarios radicalmente escasos.

Las dificultades apuntadas en la priorización del personal de salud se agravan en este caso, especialmente la de determinar con claridad los destinatarios de esta posible priorización. En efecto, la vulnerabilidad no es un fenómeno de todo o nada, sino que se constituye a través de la acumulación de diversas capas de vulnerabilidad (Luna, 2019). Por otro lado, la compensación a las poblaciones que padecen de diversos grados y tipos de vulnerabilidad no parece ser una tarea a ser ejercida precisamente en una situación tan excepcional como la que estamos considerando. El Estado tiene el deber de hacer todo lo posible para contrarrestar, morigerar o eliminar las diferentes vulnerabilidades. Sin embargo, puestos ya en la situación de elección trágica de asignar recursos potencialmente salvadores, el principio de igualdad de todas las vidas prevalece.

No obstante, esta recomendación es compatible con la adopción de otras medidas de compensación fuera de la órbita del triaje, tales como la asignación de otros recursos preventivos o sanitarios no extremadamente escasos¹⁵. Tales medidas, aun siendo de fundamental importancia y urgencia, caen fuera del alcance de este documento.

¹³El hecho de que tomemos en cuenta las difíciles condiciones en las que el personal de salud debe muchas veces actuar no implica convalidar o naturalizar esas falencias. Es obvio que es una responsabilidad irrenunciable del Estado y de la sociedad ofrecer medios de protección suficientes y condiciones de trabajo razonables para el personal de salud.

¹⁴Sobre la mayor incidencia de COVID-19 en poblaciones vulnerables en Estados Unidos, véase <https://www.nytimes.com/2020/04/08/nyregion/coronavirus-race-deaths.html?referringSource=articleShare&fbclid=IwAR1bNXes1Z5P18eP4GtG9umnlZ6C4ntHn9JchdDOFQfc7nJdNK5e2Ze4FM>.

3.4.4 Tiempo en el uso de los recursos escasos—Un criterio que puede contribuir a satisfacer el mandato general de salvar la mayor cantidad de vidas es ponderar la probabilidad de supervivencia a corto plazo con la cantidad de recursos que es necesario invertir para salvar vidas, normalmente medida en función del tiempo que ese recurso es requerido (por ejemplo, tiempo de conexión a un respirador o de ocupación de una plaza de UCI). Al menos en teoría, un paciente puede tener altas probabilidades de supervivencia pero consumir recursos que podrían utilizarse para salvar varias vidas.

Aun siendo teóricamente relevante, no aconsejamos tomar en cuenta este factor, por dos razones. Por un lado, conspira contra la idea básica de adoptar reglas suficientemente simples y claras para enfrentar decisiones de triaje en contextos reales. Por otro lado, en la práctica, la cantidad de recursos necesaria puede estar, al menos en general, correlacionada con la probabilidad de supervivencia.

3.4.5 Orden de llegada versus método aleatorio (sorteo)—En situaciones de asignación *ex ante* en las que no se aplican otras reglas de priorización, se plantea la cuestión de si el orden de llegada a la institución es un criterio aceptable de asignación.

Como tal, el orden de llegada es un criterio arbitrario. En primer lugar, no recoge ninguna característica que pueda considerarse moralmente relevante. En segundo lugar, sí recoge factores que son claramente irrelevantes, tales como vivir más cerca de la institución médica o tener mejor acceso, o haber tenido síntomas antes que otro paciente, etc.

Llegado el caso de carecer de otro criterio de priorización, consideramos que es preferible someter la elección a un sistema aleatorio. De este modo, se anulan factores arbitrarios y se conserva la imparcialidad de la decisión. Subrayamos que este método aleatorio nunca debe ser entendido como un criterio de priorización en sí mismo, sino únicamente como un criterio de desempate, cuando todos los criterios de priorización establecidos se encuentran en absoluta paridad.

4. Ponderación y asignación final

Existen diversos modos de introducir consideraciones moralmente relevantes en el proceso de decisión. Una alternativa adoptada en algunos casos (por ejemplo, típicamente en el caso de la asignación de órganos para trasplante) es la de ponderar diversos criterios asignándoles un puntaje. El resultado de la suma de los puntos que cada paciente obtiene en función de esos diversos criterios determina a quién es asignado ese recurso.¹⁶

La principal razón por la que no proponemos la adopción de un sistema de puntaje es la siguiente. La elaboración de un sistema de puntaje exigiría realizar pruebas estadísticas que permitan determinar cuál modelo (es decir, cuál asignación de puntaje para cada criterio) es

¹⁵Un modo de compensar/reconocer la vulnerabilidad fuera del ámbito de triaje pero dentro del contexto de la respuesta a la pandemia, a modo de ejemplo, es considerar el déficit habitacional severo en la asignación de camas hospitalarias- no UCI- para tratamientos que de otro modo serían ambulatorios.

¹⁶Para una propuesta de triaje con puntaje, véase Maglio *et al.* (2020). Este documento es importante porque recoge la opinión de un conjunto de sociedades médicas de la Argentina. En su primer anexo (p. 12) se establece un sistema de puntaje con tres criterios: edad, perspectiva de supervivencia a corto plazo y pronóstico de supervivencia a largo plazo (cantidad de años de supervivencia). Es de notar aquí que el criterio de la edad aparece como un criterio independiente (aunque no único).

óptimo desde el punto de vista del resultado¹⁷. Hasta donde conocemos, tal compleja elaboración no ha sido realizada hasta el presente en el ámbito de las decisiones sobre los recursos relevantes para esta pandemia. Sin una elaboración de este tipo, la asignación de puntajes a los diferentes elementos que se consideran relevantes resulta arbitraria y, en consecuencia, sus resultados son opacos frente al escrutinio público.

La segunda alternativa consiste en adoptar un principio como fundamental y, luego, establecer el rol que otras consideraciones moralmente relevantes pueden tener para restringir ese principio básico, tal como sucede mediante la inclusión de criterios de priorización, o para decidir en casos de paridad, tal como ocurre mediante la inclusión de criterios de desempate. Esta vía de balance entre consideraciones moralmente relevantes es la adoptada en este documento.

5. Reglas de decisión

5.1 Clasificación inicial

Teniendo en cuenta diversos documentos y guías ya existentes, así como la necesidad de que las reglas sean suficientemente simples y claras, sugerimos la clasificación estándar en tres tipos de pacientes a los que resulta médicamente indicado el recurso escaso (descartamos el tipo de pacientes del grupo habitualmente denominado “verde”, es decir, aquellos que no necesitan de ese recurso para recobrar su salud).¹⁸

Así, los pacientes que ingresan a una institución médica (tanto aquellos que padecen COVID19 como cualquier otro) son clasificados en:

1. Grupo rojo: pacientes que, de no recibir el recurso, presentan una muy alta probabilidad de muerte inminente y, simultáneamente, tienen una alta probabilidad de sobrevida si ese recurso les es asignado.
2. Grupo amarillo: pacientes cuya probabilidad de muerte inminente de no recibir el recurso es también muy alta, y la probabilidad de sobrevida con el recurso no es clara o es intermedia.
3. Grupo azul: pacientes cuya probabilidad de muerte inminente de no recibir el recurso es muy alta, pero, simultáneamente, la probabilidad de sobrevida con el recurso es muy baja. Dentro de esta categoría se deben incluir también pacientes cuya probabilidad de superar la crisis de la enfermedad aguda actual es alta o intermedia, pero por sus comorbilidades, sus expectativas de vida a corto plazo no superan un rango mínimo razonable.

Para realizar esta clasificación, la profesión médica ha establecido diversas escalas. Desde el punto de vista de la bioética no es posible decidir cuál es técnicamente más apta. El sistema más utilizado es el SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*), aunque ha sido criticado por algunas sociedades médicas (CHEST, 2014; CHEST, 2020). No abrimos juicio sobre el

¹⁷Este tipo de elaboraciones es habitual en el ámbito de los trasplantes de órganos, para la asignación final de riñones. Para una propuesta de este tipo que repasa los diferentes sistemas de puntaje, véase Taherkhani *et al.* (2019).

¹⁸Con matices, seguimos la clasificación de guías como Msal (2020) y NYSTF (2015), entre otras.

mejor método para clasificar o establecer grados de probabilidad de supervivencia y el grado de necesidad del recurso escaso.

5.2 Asignación *ex ante* (asignación de un recurso no asignado previamente a otro paciente)

En la situación de asignación *ex ante* (cuando hay recursos disponibles, pero son insuficientes), proponemos como regla la priorización: *Rojo sobre Amarillo y Amarillo sobre Azul*.

En el caso de existir más de un paciente de la misma categoría (mismo color) para un mismo recurso (por ejemplo, dos pacientes del grupo rojo necesitados de un respirador), y una vez agotados todos los medios disponibles para evitar esta situación, la asignación deberá decidirse mediante un método aleatorio, salvo que en el grupo existan pacientes geriátricos y pacientes pediátricos, en cuyo caso (de acuerdo con lo dicho en la sección 3.4.1) se priorizará al paciente pediátrico.

En cuanto a la priorización del personal de salud, tal como se consignó en la sección 3.4.2, se justifica, fundamentalmente, en razones instrumentales. Así, el grado o tipo de priorización dependerá crucialmente de cuán escaso sea dicho personal en determinado contexto. Por esta razón, presentamos tres alternativas de priorización para la asignación *ex ante*:

Alternativa 1: Si un paciente forma parte del personal de salud, se le asignará el recurso de manera prioritaria en la medida en que haya formado parte del grupo rojo en la clasificación inicial. Si, por el contrario, forma parte de un grupo inferior (azul o amarillo) se lo priorizará ubicándolo en el grupo inmediatamente superior. Una vez allí ubicado, se aplicará el método aleatorio que rige para el resto de los pacientes del grupo en el que fue reubicado. En este caso, la priorización se expresa, en el caso de los miembros del personal de salud que originalmente pertenecen al grupo rojo, mediante la introducción de un criterio de desempate a su favor y, en el caso de que hayan sido reubicados de un grupo inferior a uno inmediatamente superior, mediante la participación en un sorteo del que serían excluidos si se atendiera exclusivamente su probabilidad de supervivencia.

Alternativa 2: Si un paciente forma parte del personal de salud, se lo reubicará en el grupo inmediatamente superior (de azul a amarillo y de amarillo a rojo) y se priorizará dentro del grupo en el que fue reubicado. De este modo, los miembros del personal de salud son objeto de una priorización más fuerte. Dicha priorización se expresa en (a) la reubicación de un grupo inferior a uno inmediatamente superior y en (b) la introducción de un criterio de desempate a su favor, sea que pertenezcan originalmente al grupo en el que se produce la situación de empate o sea que hayan sido reubicados en ese grupo desde uno inmediatamente inferior.

Alternativa 3: Si un paciente es miembro del personal de salud, el recurso les será asignado prioritariamente, independientemente del grupo en el que se encuentre. De este modo, los miembros del personal de salud son objeto de una priorización absoluta.

5.3 Asignación *ex post* (reasignación de un recurso asignado previamente a un paciente)

La cuestión de la reasignación de recursos es, como se ha señalado, especialmente difícil, tanto por razones bioéticas como de naturaleza jurídica. Una vez asignado el recurso escaso, y estando el paciente ya bajo tratamiento con dicho recurso (sea este un respirador o una plaza en UCI), quitar ese tratamiento potencialmente salvador resulta una conducta más controvertida que la de no asignar ese mismo recurso en una situación de asignación *ex ante*. El retiro de un tratamiento vital sin el consentimiento del paciente puede constituirse en una conducta penalmente tipificada. Además, la carga psicológica que implica quitar un medio potencialmente salvador es significativamente mayor que la de no asignar inicialmente ese mismo medio.

Por otro lado, es importante advertir que una prohibición absoluta de retirar un tratamiento potencialmente salvador (sin consentimiento) se encuentra en tensión con el principio general de salvar la mayor cantidad de vidas humanas posible, dado que implica no tratar a pacientes con mejores perspectivas de supervivencia para no interrumpir otros tratamientos con menor probabilidad de éxito. Además, imposibilitar absolutamente la reasignación convalida, hasta cierto punto, un criterio que consideramos arbitrario, a saber, el orden de llegada (3.4.5).

En vista de estas diferentes razones en tensión, nuestra recomendación es que únicamente debería reasignarse un recurso vital sin contar con el consentimiento del paciente en aquellos casos en los que, luego de una evaluación periódica de las perspectivas de supervivencia de los pacientes que están siendo tratados, se evalúa que la diferencia en dichas perspectivas es muy apreciable. Este criterio se puede operacionalizar en las siguientes reglas:

1. Se retirará el recurso escaso únicamente cuando el paciente al que le será reasignado pertenece al grupo rojo y el paciente al que le será retirado pertenece al grupo azul.
2. En ningún caso se le retirará el recurso escaso a un paciente para reasignarlo a otro del mismo color.
3. Tampoco se le retirará el recurso escaso a un paciente para asignarlo a otro perteneciente al grupo de color contiguo (azul a amarillo, o amarillo a rojo).
4. En caso de existir más de un paciente perteneciente al mismo grupo (mismo color) que, de acuerdo con las reglas precedentes, sean candidatos a serles retirado el recurso, dicho recurso se retirará, en primer lugar, al paciente que no pertenezca al personal de salud¹⁹. En caso de no aplicarse este criterio, se someterá a un método aleatorio.

Finalmente, es importante tener presente que este conjunto de reglas debe estar conjugado con una política institucional seria en materia de cuidados paliativos. En situaciones de triaje, en las cuales inevitablemente algunos pacientes no reciben un tratamiento potencialmente salvador, la institución debe realizar sus mejores esfuerzos por salvar estos

¹⁹No creemos que corresponda una priorización más fuerte para el personal de salud en el caso de la reasignación *ex post*, similar a alguna de las alternativas que sí aceptamos como plausibles para la asignación *ex ante*.

pacientes, aun sin el recurso en cuestión y, si ello no es posible, debe ofrecerle cuidados paliativos adecuados. Más allá de esta orientación básica, no profundizamos este aspecto por estar fuera del alcance de estas recomendaciones (ver sección 1.5).

6. Conclusiones

Ante una situación de emergencia como la que vivimos, deben orientarse los mayores esfuerzos a evitar que el sistema de salud colapse y se produzca una escasez extrema de recursos sanitarios. Sin embargo, nadie puede descartar la posibilidad de que tal situación ocurra en algún sector del sistema. El advenimiento de dicha situación no implica que las políticas tendientes a evitar el colapso sean equivocadas, dado que no todas las variables de una pandemia están en control de las autoridades, por más responsables que sean los esfuerzos que se realicen. Por ello, es fundamental contar con protocolos adecuados y consensuados previamente, para el caso de que sean necesarios. Tal como hemos afirmado en la Introducción (1.3), dichos protocolos deben ser públicos y ser el producto de la deliberación democrática. El presente documento pretende ser un insumo para dicha deliberación.

Bibliografía

- Alchourrón CE, y Bulygin E (2012). *Sistemas Normativos. Introducción a la metodología de las ciencias jurídicas*. Buenos Aires: Editorial Astrea.
- Broome J (2004). *Weighing lives*. Oxford: Oxford University Press.
- Emanuel E, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, Zhang C, Boyle C, Smith M, y Phillips J (2020). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382, 2049–2055. DOI: 10.1056/NEJMs2005114.
- Flaxman S, Mishra S, Gandy A, Unwin HJT, Mellan TA, Coupland H, Whittaker C, Zhu H, Berah T, Eaton JW, Monod M, Imperial College COVID-19 Response Team, Ghani AC, Donnelly CA, Riley SM, Volmer MAC, Ferguson NM, Okell L. C., y Bhatt S (2020). Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. *Nature*. DOI: 10.1038/s41586-020-2405-7.
- Iseron V. I. y Moskop JC (2007). Triage in Medicine. Part I: Concept, History, and Types. *Annals of Emergency Medicine*, 49, 3, 275–281. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2006.05.019. [PubMed: 17141139]
- Luna F (2019). Identifying and evaluating layers of vulnerability – a way forward. *Developing World Bioethics*, 19, 2, 86–95. DOI: 10.1111/dewb.12206. [PubMed: 30058768]
- Ma X, y Vervoort D (2020). Critical care capacity during the COVID-19 pandemic: Global availability of intensive care beds. *Journal of Critical Care*, 58. DOI: 10.1016/j.jcrc.2020.04.012
- Macklin R (2020). Allocating medical resources fairly: the CSG bioethics guide. *Salud Pública de México*, 62. DOI: 10.21149/11486.
- Mackway-Jones K, Marsden J, y Windle J (2014). *Emergency Triage Manchester Triage Group* (3^a ed.). Manchester: Wiley Blackwell.
- Nino CS (1997). *La constitución de la democracia deliberativa*. Barcelona: Gedisa.
- Nord E (2005). Concerns for the worse off: fair innings versus severity. *Social Science & Medicine*, 60, 257–263. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.05.003. [PubMed: 15522483]
- Persad G, Wertheimer A. y Emanuel E (2009). Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet*, 373, 423–431. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60137-9. [PubMed: 19186274]
- Rawls J (1993). *Teoría de la Justicia*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Rosembaum L (2020). Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic’s Front Line. *New England Journal of Medicine*, 382, 1873–1875. DOI: 10.1056/NEJMp2005492.

- Schuklenk U (2020). COVID19: Why justice and transparency in hospital triage policies are paramount. *Bioethics*, 34, 4, 325–327. DOI: 10.1111/bioe.12744. [PubMed: 32237085]
- Singer P (2020). Is Age Discrimination Acceptable?. Project Syndicate [en línea]. Disponible en: <https://www.project-syndicate.org/commentary/when-is-age-discrimination-acceptable-by-peter-singer-2020-06> [Consulta: 29 de Junio 2020].
- Taherkhani N, Seperi MM, Shafaghi S. y, Khatibi T (2019). Identification and weighting of kidney allocation criteria: a novel multi-expert fuzzy method. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 19, 182. DOI: 10.1186/s12911-019-0892-y. [PubMed: 31492132]
- Wilkinson D (2020). ICU triage in an impending crisis: uncertainty, pre-emption and preparation. *Journal of Medical Ethics*, 46, 287–288. DOI: 10.1136/medethics-2020-106226. [PubMed: 32238441]

Documentos consultados

- BMA (British Medical Association) (2020). COVID-19 – ethical issues. A guidance note. Disponible en: <https://www.bma.org.uk/media/2360/bma-covid-19-ethics-guidance-april2020.pdf>.
- CHEST (American College of Chest Physicians) (2014). Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters: CHEST Consensus Statement. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369215519855>.
- CHEST (American College of Chest Physicians) (2020). Triage of Scarce Critical Care Resources in COVID-19: An Implementation Guide for Regional Allocation: An Expert Panel Report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians. Disponible en: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(20\)30691-7/pdf](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(20)30691-7/pdf).
- CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences) (2016). International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans. Disponible en: <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>.
- CSG (Consejo de Salubridad General, México) (2020). Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf.
- Maglio I, Valdez P, Cámara L, Finn B, Klein M, Pincemin I, Ferraro H, Galvalisi N, Alessandrini G, Manera J, Musacchio H, Contreras P, Garea M, Lüthy V, Nemerovsky J, Baldomá F, Cherro A, Ranzuglia L, Malfante P, Salvioli M, y García A (2020). Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones multisocietarias para la asignación de recursos. *Medicina*, 80. Disponible en: https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol80-20/destacado/revisio_n_7183.pdf.
- Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén, Argentina (2020). Aspectos éticos en la atención de las personas durante la pandemia por coronavirus (SARS-CoV-2). Reporte rápido 1: 21/3/2020: Asignación de recursos con énfasis en cuidados críticos. Disponible en: <https://bioetica.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/04/Aspectos-eticos-asginaci%C3%B3n-de-recursos-escasos-en-cuid-crit-v1-1.pdf>.
- Msal (Ministerio de Salud de la Nación, Argentina) (2020). COVID-19: Recomendaciones para la implementación de triage. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001849cnt-covid19_recomendaciones-implementacion-triage.pdf.
- NYSTF (New York State Task Force on Life and the Law) (2015). Ventilator Allocation Guidelines. Disponible en: https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/docs/ventilator_guidelines.pdf.
- OBD (Observatori de Bioètica i Dret) (2020). Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia. Disponible en: http://www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/doc_recom-pandemia.pdf.
- SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias) (2020). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf.

SOCHIMI (Sociedad Chilena de Medicina Intensiva) (2020). Recomendaciones generales de las decisiones éticas difíciles y la adecuación de la intensidad asistencial e ingreso a unidades de paciente crítico en situaciones de crisis. Disponible en: https://www.medicinaintensiva.cl/site/covid/recomenda_etica.pdf.

Author Manuscript

Author Manuscript

Author Manuscript

Author Manuscript