

HEALTHCARE ALLOCATION Y PRUDENCIA: ¿CRITERIOS O ALGORITMOS?*

Para una adecuada asignación de recursos a propósito de la pandemia Covid-19

RESUMEN: La crisis sanitaria producida por el coronavirus o Covid-19 ha suscitado a nivel mundial, y está a punto de producirse en Chile, una polémica acerca de la asignación de recursos de salud que comenzarán a ser escasos, probablemente incluso dentro del sistema de salud privado. A propósito de esto se han publicado en Chile numerosos documentos de universidades y centros de bioética, que en líneas generales han seguido la tendencia mayoritaria del extranjero (al menos en países anglosajones). Sostenemos que la mayoría de dichos documentos omiten puntos fundamentales para todo debate en materia de bioética, a saber, los absolutos morales, el principio del doble efecto y, sobre todo, el rol protagónico de la prudencia del médico que debe decidir a quién intentar de salvar.

Frente a la crisis sanitaria por el coronavirus han surgido y seguirán surgiendo muchos problemas para el Gobierno, las empresas y las personas individuales. Uno de los que probablemente causará más revuelo es el de la selección al momento de asignar recursos a ciertos pacientes (lo que se conoce como el ‘dilema de la última cama’ o con el anglicismo *healthcare allocation*): camas de hospitales, medicamentos, insumos y, sobre todo, respiradores mecánicos. Se ha comenzado a plantear la interrogante acerca de qué hacer si hay pocos respiradores mecánicos, o ciertos insumos médicos en general, frente a una gran cantidad de personas enfermas que los necesiten. Es justamente ahora un buen momento para enfrentar esta discusión, para que no nos estalle en la cara el problema cuando haya llegado a Chile, como ha ocurrido en Italia, España u otros países¹. El problema llegará y es inevitable; existen estudios que muestran la velocidad de propagación del COVID-19, que dan a entender que, por muchas medidas que se tomen, hay que tener en cuenta que no saldremos de esta crisis sin sacrificios²:

Dados estos números —a menos que la curva de los individuos infectados por la epidemia resulte aplanada durante un período muy largo de tiempo— la pandemia del Covid-19 es probable que causa una escasez de camas hospitalarias, camas ICU y ventiladores. También es probable que la disponibilidad de la fuerza de trabajo de salud, pues doctores

* Vicente Hargous (+56996615294 - vhargous@comunidadyjusticia.cl), 15 de abril de 2020.

¹ Sobre este punto en Estados Unidos, cfr. SULMASY, Daniel (2020): “Respirators, our rights, right and wrong: Medical ethics in an age of coronavirus”, en *New York Daily News*, 22-III-2020, disponible en <https://www.nydailynews.com/opinion/ny-oped-respirators-right-and-wrong-20200322-niu3aosa7ffzjfg7led3lymb7a-story.html> (consultado el 7 de abril de 2020, a las 10:37 hrs.).

² Cfr. AA.VV. (2020): “Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19”, *New England Journal of Medicine*, 23-III-2020 (publicada en internet, sin número ni volumen), disponible en <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114> (consultado el 7 de abril de 2020, a las 11:16 hrs.).

*y enfermeras ya han comenzado a estar enfermos o en cuarentena. Incluso en una pandemia moderada, es probable que las camas y los ventiladores de los hospitales sean escasos en las zonas geográficas con grandes brotes, como Seattle, o en hospitales rurales y más pequeños que tienen mucho menos espacio, personal y suministros que los grandes centros médicos académicos.*³

Muchas universidades han comenzado a elaborar ciertos documentos con propuestas traducidas en protocolos de acción. En muchos de ellos (al menos así ocurre en los que hemos podido revisar) se aprecia que la prudencia es pasada en silencio. La prudencia es la razón práctica del médico, su criterio, que determina en el caso concreto qué es lo que corresponde. Toda respuesta que se dé como solución previamente tomada “desde arriba”, por fuerza verá al médico como un técnico que aplica deductivamente una norma, sin margen de apreciación. Y es que las respuestas a las interrogantes éticas no son técnicas, ni son susceptibles de ser traducidas a nivel de política pública.

Las respuestas impuestas “desde arriba”, tomadas a priori, son muy peligrosas. Si creemos que esto es sólo un problema técnico, como el de un sistema programado, solamente se admitirán dos posibles soluciones, siguiendo a Luhmann⁴. La primera sería la programación condicional, que consiste en asignar una conducta como necesaria para los ciertos casos seleccionados como condiciones: si se da un supuesto ‘p’, se ha de ejecutar una conducta ‘q’; por ejemplo, si hay un solo ventilador y dos personas necesitadas, se debe entregar el ventilador a la persona con menos enfermedades congénitas, o quizás a la persona con menos factores de riesgo, o (probablemente) a la persona más joven. Esto presenta el problema de la arbitrariedad al momento de seleccionar el supuesto y la consecuencia que se le asigna, además del problema de la imposibilidad de admitir excepciones que parecerían razonables a cualquier persona de a pie. Como es obvio, esto podría llevar a soluciones aberrantes en el caso concreto, pues, incluso si el sistema trata de establecer supuestos excepcionales, muchas veces no se podrán prever todos los casos, para que estén establecidos como condiciones del sistema.

La segunda alternativa sería la de la programación orientada a las consecuencias, que consiste en establecer un resultado, de modo que el sistema busque hacer todo lo necesario para alcanzarlo. Así ocurriría si se busca la maximización de años de vida de la mayoría de los individuos de la población, de modo que los médicos estén obligados a tomar decisiones en función de la búsqueda de este resultado. También esto presenta enormes problemas, pues necesariamente llevaría a no considerar la variable de la dignidad humana (que no puede traducirse en el resultado absoluto de evitar a toda costa la muerte), ni la de la existencia de los absolutos morales

³ Ibid. (esta y las demás traducciones del inglés que citamos son nuestras).

⁴ Cfr. LUHMANN, Niklas (1983): *Sistema jurídico y dogmática jurídica*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, *passim*.

(es decir, si existen ciertas conductas que no podrían ejecutarse en ningún caso). ¿Sería lícito en cualquier caso deliberadamente no ejercer los medios para que viva una persona que tiene cierta capacidad, solamente porque hay otros más jóvenes que ella en la fila?

Ambas programaciones son prácticamente imposibles de llevar a la práctica sin caer en una visión ética consecuencialista-utilitarista, capaz de atropellar la dignidad humana y de estar dispuesta a realizar actos injustos, para conseguir ciertos resultados, o para cumplir con la regla condicional dada por el sistema. No puede resolverse esta interrogante de esta manera, pues el problema es político, pero precisamente por eso es también moral, y por tanto es casuístico. La atención exclusiva a las consecuencias consigue la eficiencia, pero en perjuicio de la racionalidad⁵. Las consecuencias tienen una cierta importancia, pero limitada⁶.

La respuesta desde el pensamiento clásico, en cambio, parece resolver de un modo mucho más adecuado el problema: no es razonable no dar discrecionalidad a quien se encuentra en el lugar donde se da el conflicto, al médico, que conoce la materia, ha visto casos y puede prever la evolución de cada paciente frente a ciertos tratamientos, o a su omisión o postergación. Este criterio que tiene el médico es conocimiento por connaturalidad, que le permite actuar prudentemente frente a casos difíciles. “Para el obrar, es decir, en el campo práctico, es indispensable el conocimiento por connaturalidad, pues las acciones se dan respecto de las cosas singulares; no caben acciones universales”⁷. Como dice Aristóteles: “por otra parte, cada uno juzga bien aquello que conoce, y de estas cosas es un buen juez; pues, en cada materia, juzga bien el instruido en ella, y de una manera absoluta, el instruido en todo”⁸, y el instruido en esta materia es primeramente el médico que está presente frente al caso concreto. Puede sonar poco satisfactoria esta respuesta, por supuestamente carecer de certidumbre. El problema de esta falta de certeza absoluta es, sin embargo, inevitable si queremos buscar soluciones justas y razonables, lo que exige detenerse caso a caso. Por otro lado, los problemas que acarrearán las otras dos alternativas, impuestas desde arriba, son claramente más aberrantes. Sobre este punto, es pertinente citar un fragmento del Libro I de la Ética a Nicómaco, de Aristóteles:

No se ha de buscar el mismo rigor en todos los razonamientos (...). Hablando, pues, de tales cosas y partiendo de tales premisas, hemos de contentarnos con mostrar la verdad de un modo tosco y esquemático. Y cuando tratamos de cosas que ocurren generalmente y se parte de tales premisas, es bastante con llegar a conclusiones semejantes. Del mismo modo

⁵ FINNIS, John (2011): *Natural law and natural rights*, Oxford, Oxford University Press, pp. 111. En las páginas siguientes (hasta la página 118) el autor realiza una crítica breve pero muy sólida hacia los criterios consecuencialistas.

⁶ Ibid.

⁷ UGARTE, José Joaquín (2010): *Curso de Filosofía del Derecho*, T. 1, Ediciones Universidad Católica, Santiago, p. 161.

⁸ ARISTÓTELES (2014): *Ética a Nicómaco*, Gredos, Madrid, p. 26.

se ha de aceptar cada uno de nuestros razonamientos; porque es propio del hombre instruido buscar la exactitud en cada materia en la medida en que la admite la naturaleza del asunto; evidentemente, tan absurdo sería aceptar que un matemático empleara la persuasión como exigir de un retórico demostraciones.⁹

En conclusión, no parece razonable pretender a priori establecer una solución técnica que sea aplicable a todos los casos, sin realizar distinciones. Por el contrario, lo que parece más sensato es confiar en el conocimiento práctico que tienen los médicos, aunque se den ciertas directrices que puedan iluminar la toma de decisiones, criterios para contribuir a decidir prudentemente. No necesitamos algoritmos, que ven al médico como un técnico que aplica mecánicamente una norma, sino ciertos criterios para deliberar prudentemente.

El solo reconocimiento de esta prudencia médica puede en sí mismo iluminar bastante el proceso para tomar una decisión adecuada: el médico debe ser consciente de que su criterio es importante, y que cada caso es distinto y tiene sus matices.

En segundo lugar, más que un criterio, es necesario hacer ciertas aclaraciones éticas: es necesario comenzar por entender la estructura de la acción y los fundamentos de toda valoración moral. Sólo así podremos explicar debidamente por qué no es lo mismo un homicidio ilícito que la ‘decisión’ del médico cuya consecuencia sea la muerte de uno o muchos pacientes. Lo primero es tener presente que todo hecho voluntario es susceptible de ser juzgado como bueno o malo, según un baremo de medición, un criterio, una norma. Moralmente, desde la perspectiva de quienes aceptamos la existencia de alguna objetividad ética (lo que podríamos llamar ley natural)¹⁰, el baremo de medición es la ordenación del acto libre de una persona a su fin último¹¹. Sabemos que según este criterio es irracional matar directamente a una persona inocente, conducta que conocemos con el nombre de homicidio¹².

⁹ ARISTÓTELES (2014): *Ética a Nicómaco*, Gredos, Madrid, pp. 25-26.

¹⁰ Esta postura o corriente, en sus distintas formas, puede llamarse iusnaturalismo. El nombre de objetividad ética lo hemos tomado de GARCÍA-HUIDOBRO, Joaquín (1995): *Objetividad ética*, Edeval, Valparaíso, *passim* (la justificación de la nomenclatura se encuentra en el prólogo, p. 9). Muchos autodenominados positivistas rechazan el nombre de ley natural, pero aceptan esta objetividad ética a la que nos referimos y sus consecuencias. Cfr. ORREGO, Cristóbal (2005): “La ley natural bajo otros nombres: *de nominibus non est disputandum*”, Anuario de Filosofía Jurídica y Social, N°23, 75-90 pp.

¹¹ Esto es equivalente a la adecuación de la acción con la ley natural, la conformidad del acto con la naturaleza humana, que por tanto perfecciona al autor (y si fuese malo *degradaría* al agente). UGARTE, José Joaquín (2010): *Curso de Filosofía del Derecho*, T. 1, Ediciones Universidad Católica, Santiago, pp. 383-384.

¹² Creemos que en Derecho Penal también es así, si tenemos presentes las causales de justificación. Llamar homicidio justificado a la conducta de quien obra en legítima defensa (como me parece hace la mayoría de la dogmática jurídico-penal) o hacerlo sólo cuando la conducta es antijurídica es una disyuntiva nominal (en el primer caso se significa con el nombre de homicidio el acto material que causa la muerte, mientras que en el segundo se usa esta palabra para designar sólo el acto formalmente considerado como ocisión directa de un inocente).

Ahora bien, no basta con tener un criterio o norma para evaluar las conductas. Es necesario juzgar la acción en las distintas partes de su estructura (que por eso también se conocen con el nombre de fuentes de la moralidad). Acto humano es aquel que procede de un principio intrínseco con conocimiento del fin¹³. El corazón de la acción es, por tanto, teleológico: la naturaleza del acto, su significado, que es final o directivo. Cuando se actúa, se busca un fin, y los medios que se usan para alcanzarlo también son *intentados* o *queridos*. Estos medios son equivalentes a la naturaleza del acto o también conocida como objeto o fin de la obra. Este objeto es querido por un fin, que se conoce también como fin del agente. Esta parte central de la acción está envuelta de muchas circunstancias que la rodean. Teniendo presente esta estructura, podemos concluir que lo que hace malo un hecho está substancialmente en el objeto, secundariamente en el fin y accidentalmente en las circunstancias¹⁴. De esto se sigue que el fin no justifica los medios. Un objeto malo degrada al agente, porque no es conforme con la condición humana, lo que produce una cierta contradicción en su ser (porque su obrar es una cierta prolongación de su propio ser), una negación de lo que el agente es. Otro tanto ocurre con un fin que lo degrade: tuerce la acción completa, envileciéndola.

Desde esta perspectiva, no es lo mismo un homicidio (ni penal ni moralmente) que elegir salvar a una persona determinada en lugar de salvar a otra, en caso de no haber suficientes recursos para atenderlas a ambas. Es necesario ser precisos y delicados en la selección de palabras para hablar de estos temas: decir que estamos ‘eligiendo quién muere y quién vive’ “es una forma muy peligrosa de expresar lo que hacemos cuando tratamos de salvar a todos los que podamos, mientras lloramos la pérdida de aquellos que estuvimos imposibilitados de salvar”¹⁵. Un homicidio, en cambio, es la occisión directa de una persona inocente; como aparece claramente, en estos casos no hay occisión directa (ni siquiera por omisión), pues el equipo del personal de salud simplemente *elige* ayudar a quienes *puede*, aunque eso importe *no elegir* a otros, que como consecuencia de dicha decisión morirán. Se trata, por tanto, de un efecto indirecto (aunque sea conocido con plena certeza), que no forma parte del significado del acto médico que salva al otro paciente. En el fondo, esta aclaración se funda en una premisa previa: el mal está en las acciones, y no en las consecuencias¹⁶.

¹³ Cfr. AQUINO, Tomás de (†1215): *Summa Theologiae*, I-II^{ae}, q. 6, art. 1.

¹⁴ Esto es así porque el criterio de maldad o bondad de un hecho es la perfección integral del agente. Un acto malo en sí mismo (por su objeto), aunque se haga por un fin loable, no humaniza al agente, sino que lo degrada. La tesis de que el objeto es la substancia de la acción y lo demás es accidental (aunque el fin sea un accidente muy relevante) la hemos tomado de MILLÁN-PUELLES, Antonio (2000): *Fundamentos de Filosofía*, Rialp, Madrid, pp. 635.

¹⁵ AA.VV. (2020): “Moral Guidance on Prioritizing Care During a Pandemic”, *Public Discourse*, disponible en <https://www.thepublicdiscourse.com/2020/04/62001/>, 5-IV-2020 (consultado el 14 de abril de 2020, a las 12:31 hrs.).

¹⁶ Las consecuencias muchas veces se incluyen en la naturaleza de un hecho, pero en tales casos esto ocurre porque directamente son *intentadas*, y no sólo toleradas como una consecuencia indirecta.

Con dicha estructura y los principios enunciados podemos concluir la existencia del principio del doble efecto¹⁷, que es vital para los casos que sobrevendrán con ocasión de la crisis sanitaria. Para el caso en que el médico se ve enfrentado al ‘dilema de la última cama’ (o del último respirador, o de cualquier otro insumo), existe una necesidad de elegir que viene dada por las circunstancias previas y concomitantes al hecho, que producirá a posteriori consecuencias (que son también circunstancias), unas buenas y otras malas. El principio se establece a partir de la estructura de la acción, pues se aplica a acciones que son en sí mismas buenas o indiferentes, cuando el fin del agente es recto. Los demás requisitos del principio sólo evitan contradicciones. El principio puede formularse de la siguiente manera: es lícito realizar una acción en sí misma buena (o indiferente) y que tiene un doble efecto, uno bueno y otro malo, siempre que el fin del agente sea honesto, el efecto malo no sea medio para alcanzar el efecto bueno (el efecto bueno no se debe seguir del malo, sino que ambos deben ser consecuencias, causalmente simultáneas, del hecho) y exista una causa proporcionada (entre ambos efectos y entre la acción y su fin)¹⁸. En el caso médico que tratamos de responder,

la respuesta es que el homicidio voluntario no es lo mismo que permitir a una persona morir como un efecto colateral proporcionado de una elección moral que, en otras circunstancias, sería sensata. En un homicidio voluntario, la muerte de alguien se causa deliberadamente como un fin (por odio, por ejemplo) o como un medio para otra cosa (tal como el alivio del sufrimiento). Pero cuando los tratamientos onerosos se rechazan o se retiran precisamente para evitar las cargas que imponen, la intención es evitar esas cargas, y la muerte, incluso si se prevé no es un medio o un fin, sino que se acepta solo como un efecto colateral.¹⁹

¹⁷ Sobre este principio, vid. MIRANDA, Alejandro (2008): “El principio del doble efecto y su relevancia en el razonamiento jurídico”, *Revista Chilena de Derecho*, vol. 35, N°3, 485-519 pp., *passim*.

¹⁸ Los dos primeros requisitos (objeto y fin) son necesarios para no contradecir las premisas anteriores (1. el objeto determina esencialmente la bondad o malicia del hecho y 2. el fin no justifica los medios), el de la simultaneidad de los efectos también (pues de otro modo el efecto malo sería en realidad parte del objeto, al ser un medio para alcanzar el efecto bueno) y otro tanto ocurre con la proporción (que determina que el efecto malo es *per accidens* parte del hecho, y que por tanto no forma parte de la voluntad del agente, sino que es *praeter intentionem*, se trata de un efecto colateral, tolerado, pero no querido ni como fin ni como medio). Como se ve, no existe un requisito adicional sobre la ausencia de conocimiento o representación de la ocurrencia del efecto malo: la certeza de que se va a producir el efecto malo puede ser total, y no afectará la licitud de la acción.

¹⁹ AA.VV. (2020): “Moral Guidance on Prioritizing Care During a Pandemic”, *Public Discourse*, disponible en <https://www.thepublicdiscourse.com/2020/04/62001/>, 5-IV-2020 (consultado el 14 de abril de 2020, a las 12:31 hrs.). Traducimos la expresión “burdensome treatments” como “tratamientos onerosos”; dado que existen palabras técnicas para esos casos, hacemos la prevención de que podría también traducirse como “tratamientos desproporcionados” o “extraordinarios”. Creemos que el sentido del texto se mantiene claro, y hemos optado por la fidelidad a la redacción original. Además, las palabras originales para lo que traducimos como “efecto colateral” son “side effect”. La expresión “intentional killing” (literalmente, “matar intencional”) la hemos traducido como “homicidio voluntario” porque es más coherente con el marco conceptual del Derecho Penal continental; creemos que el sentido que se

Así, si un médico elige salvar a un paciente 'p', conectándolo a un respirador artificial, puede que eso ocasione la muerte de otro paciente 'q', sin que por ese solo hecho el médico haya *intentado* la muerte de este último. Ahora bien, distinto sería el caso si el médico *sabe* que un paciente necesitará del respirador por poco tiempo, pues se rehabilitará más rápido que los demás, pero omite dicha consideración por atender a alguien más débil, dejando morir a muchos más, o a alguien más joven, para conseguir un 'mayor beneficio social'. No pretendemos dar una respuesta al caso (como dijimos, la complejidad de las circunstancias y la falta de conocimiento sobre los instrumentos técnicos que se han de usar nos obligan a confiar en la prudencia del médico), pero sí creemos que el conocimiento de que un paciente requiere usar del respirador por poco tiempo es *relevante*, hasta el punto de que el objeto intentado podría modificarse, incorporándose alguna de las muertes en el objeto del acto²⁰. De este modo, parece obvio que cada caso ha de ser evaluado singularmente, sin caer en generalizaciones o criterios *a priori* que pueden mover a cometer actos injustos, pero tampoco creyendo que por eso el médico puede 'hacer lo que quiera': el médico ha de realizar actos médicos, actuando prudentemente (con criterio) con el fin de restablecer la salud de los que pueda, y no buscar 'mayor bienestar general' ni evitar muertes a toda costa.

Un tercer punto o criterio se puede formular con la proposición siguiente: "todas las vidas tienen idéntico valor"²¹. Puede verse como una manifestación del derecho a la igualdad, a un trato igualitario, o del derecho a la vida, o como manifestación del argumento de la sacralidad de la vida. Cuál de dichas perspectivas se prefiera llega a ser indiferente en la discusión que nos atañe, mientras se mantenga el punto relevante de su aplicación práctica: no puede *a priori* elegirse la vida de una persona sólo por el hecho de ser más joven o sana que otra (ni tampoco elegirse a otra por ser mayor o más enferma que otra). Todas las vidas humanas son valiosas, y ninguna lo es más que otra. Esto debe tenerse en cuenta especialmente para no minusvalorar las vidas de los adultos mayores o las personas con discapacidades. "Existe consenso en que la salud de una persona individual no debería determinar quién vive o muere"²².

quiso dar a la palabra era el de un homicidio culpable o deliberado (sea en acción u omisión, doloso o imprudente), cosa que no se expresa plenamente con la palabra 'intencional'.

²⁰ Es menester señalar que la ilicitud de alguno de estos casos no obsta que la acción no sea culpable, y que por ende no merezca ser castigada luego. Nos parece que así ocurrirá en muchos casos semejantes. Pero no sería igual si el médico simplemente trata de ejecutar un protocolo sin pensar más allá de eso.

²¹ Ibid.

²² AA.VV. (2020): "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19", *New England Journal of Medicine*, 23-III-2020 (publicada en internet, sin número ni volumen), disponible en <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114> (consultado el 7 de abril de 2020, a las 11:16 hrs.). Sobre esto, también pueden verse los siguientes artículos (también citados en el artículo ya mencionado): a) PERSAD, Govind, WERTHEIMER, Alan, y EMANUEL, Ezekiel J. (2009): "Principles for allocation of scarce medical interventions", *The Lancet*, Volume 373, 31, 423-431 pp., aunque los autores no reconocen expresamente el rol de la prudencia, sí establecen que ninguno de los principios por sí solos permite intervenir de manera justa y que debe tratarse a todos los individuos con igualdad; y b) EMANUEL, Ezekiel y WERTHEIMER, Alan (2006): "Who should get influenza vaccine when not all can?", *Science*, 312,

Parte de la literatura especializada habla de cuatro valores: 1) maximizar los beneficios, teniendo presente la escasez de recursos; 2) tratar con igualdad o equidad a las personas; 3) promover y buscar el “valor instrumental”; y 4) darle prioridad al que esté en la peor situación²³. Sin embargo, tales criterios resultan absolutamente arbitrarios tanto en su selección (no se expone una justificación moral de ellos ni de por qué no se deberían incluir otros) como en su aplicación, hasta el punto de que la misma fuente de la cual los hemos obtenido señalan que “cada uno de estos cuatro valores puede ser operativo en varias maneras”²⁴, incluso contradictorias en los hechos; por ejemplo, el de darle prioridad a los más necesitados (a los que estén en una peor situación) puede ser aplicado tanto para dar prioridad a los más enfermos o mayores, como a los más jóvenes (cuya peor situación consistiría en que aún tienen mucho por vivir)²⁵. También se reconoce que ninguno de estos valores “es suficiente por sí solo para determinar qué pacientes deberían recibir recursos escasos”²⁶. Sin embargo, los autores citados señalan que el valor de maximizar los beneficios es el más importante, sin mayor justificación que argumentos de autoridad de fácil contradicción. En esta materia aplica *mutatis mutandi* la tesis de Alfonso GÓMEZ-LOBO, quien decía, hablando de los cuatro principios de la Bioética formulados por Beauchamp y Childress, que “al no haber una regla o estrategia para decidir cuál principio debe aplicarse a un caso dado se genera un sistema admirablemente flexible (a ojos de sus seguidores) o arbitrariamente ecléctico (a ojos de sus detractores)”²⁷. En efecto, estos ‘valores’, sin mayor precisión como normas, permiten sostener respuestas contradictorias para un mismo caso, pues “no hay razón dentro del sistema”²⁸ para negar la primacía de uno sobre otro. “No hay manera racional de decidir entre las alternativas”²⁹. Además, esta arbitrariedad probablemente se traduzca en darle primacía al principio que más se conforme con los parámetros éticos utilitaristas, como de hecho también ocurre con los cuatro principios de la bioética³⁰, que en este caso sería la primacía del criterio de la

854-855 pp., donde también se reconoce la igualdad de valor de toda vida humana. Ahora bien, consideramos que los autores de todos los textos citados, a pesar de que reconocen la igualdad de valor de todas las vidas humanas, caen en lógicas utilitaristas, pues de todos modos incluyen en la deliberación sólo criterios referidos a las consecuencias (aunque se refieran a las consecuencias para la vida de ciertos pacientes, y no sólo a consecuencias que causen menor ‘daño social’ o ‘perjuicio económico’), sin aludir a lo esencial, que es la naturaleza del acto médico.

²³ Por todos, AA.VV. (2020): “Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19”, *New England Journal of Medicine*, 23-III-2020 (publicada en internet, sin número ni volumen), disponible en <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114> (consultado el 7 de abril de 2020, a las 11:16 hrs.).

²⁴ Ibid.

²⁵ Cfr. Ibid.

²⁶ Ibid.

²⁷ GÓMEZ-LOBO, Alfonso (2009): “Fundamentaciones de la Bioética”, *Acta Bioethica*, 15 (1), 42-45 pp., p. 43.

²⁸ Ibid.

²⁹ Ibid.

³⁰ Cfr. Ibid., donde se señala la primacía injustificada en la práctica del principio de autonomía.

maximización de los beneficios³¹, probablemente interpretado en términos de utilidad social, dejando morir a la población de mayor edad en beneficio de la población juvenil.

No sostenemos que los mencionados valores sean completamente inservibles. Por cierto que es relevante la optimización en el uso de los recursos, la búsqueda del mayor beneficio posible (también social), darle prioridad al más débil, considerar la expectativa de vida del paciente, etc. La solución, sin prescindir de consideraciones sistémicas, debe ser siempre casuística. No se trata de algoritmos a aplicar mecánicamente, sino, insistimos, de criterios que han de iluminar una decisión, para que sea tomada con prudencia por los médicos que se encuentran en el caso, con conocimiento de las circunstancias y del arte de la medicina. En muchos casos habrá que salvar, por ejemplo, a un adulto mayor, por mucho que sepamos que no vivirá más de cinco años desde su curación. “No deberíamos, por ejemplo, evitar que personas de más de 65 años tengan acceso a un ventilador”³², ni tampoco hacerlo respecto de personas con enfermedades crónicas o que pueda pensarse que son ‘inútiles’ en comparación con otras. El que tengan una expectativa de vida razonable podría ser un factor para quizás en ciertos casos tenga que llevar a excluir a pacientes que tienen una probabilidad alta de morir en el corto plazo (o casi inmediato), pero no excluiría *a priori* a personas sobre cierta edad, o con ciertas enfermedades, pues todas las personas tienen una dignidad inherente y unos derechos por el hecho de existir siendo personas, y no por lo que tienen o por ciertas cualidades accidentales:

*La mayor edad o las discapacidades pueden ser factores para determinar las posibilidades de beneficio que tendrá el tratamiento en ciertos pacientes, pero la edad y la discapacidad no deberían ser razones para no dar tratamientos a ciertas personas en primer lugar. Nuestros juicios acerca de quién obtiene un tratamiento deberían basarse en si el tratamiento vale o no la pena, y no en si el paciente lo vale.*³³

En conclusión, podemos decir que los criterios que se han mencionado en la mayoría de los estudios y documentos pueden ser compatibles con una visión ética adecuada, pero es necesario hacer ciertas precisiones y correctivos. La más importante de ellas es recordar, en cuanto a la valoración de las acciones morales, que el fin no justifica los medios y que las acciones malas o buenas en sí mismas lo seguirán siendo, sin importar las consecuencias (o mejor dicho, sin que *normalmente* importen de modo *esencial*). La segunda es que existen absolutos morales, sobre todo el del homicidio:

³¹ Sin ir más lejos, así ocurre en AA.VV. (2020): “Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19”, *New England Journal of Medicine*, 23-III-2020 (publicada en internet, sin número ni volumen), disponible en <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114> (consultado el 7 de abril de 2020, a las 11:16 hrs.).

³² SULMASY, Daniel (2020): “Respirators, our rights, right and wrong: Medical ethics in an age of coronavirus”, en *New York Daily News*, 22-III-2020, disponible en <https://www.nydailynews.com/opinion/ny-oped-respirators-right-and-wrong-20200322-niu3aosa7ffzjfg7led3lymb7a-story.html> (consultado el 7 de abril de 2020, a las 10:37 hrs.).

³³ Ibid.

nunca es lícito matar directamente (sea por acción o por omisión) a una persona inocente. La tercera (y quizás la más olvidada de todas) es que el rol del médico, de su criterio, es fundamental. Muchos de los documentos que se han redactado en Chile (y en cierto sentido también el artículo de la *New England Journal of Medicine*, que ya hemos citado³⁴) contienen buenos criterios, pero hay que ser conscientes de sus límites (son sólo criterios, no algoritmos) y de la importancia esencial de la prudencia médica.

Para resolver este problema la autoridad puede (y quizás debe) dar criterios — orientaciones, guías—, pero no normas, de aplicación general y obligatoria. Estos criterios deben tender a resolver los casos respetando la dignidad de la persona y los absolutos morales, buscando en todo caso resolver conforme con lo que es más justo para cada caso, y no según un mero cálculo estadístico utilitarista.

³⁴ En realidad, como ya señalamos, los criterios pueden ser útiles, pero se aprecia de modo muy manifiesto que lo que se pretende es disminuir lo máximo posible la capacidad de decisión del médico, dando además una prioridad injustificada al criterio de maximización de los beneficios. Bajo la intención aparentemente loable de “evitar la arbitrariedad” se puede terminar cayendo en los abusos más inicuos, como *dejar de atender*, sin mayor razonamiento, a ciertas personas sólo por su edad, en lugar de deliberar caso a caso si vale la pena *salvar* al paciente que tienen delante. Los mismos autores en ciertos pasajes parecen conscientes de este peligro, pero no mencionan el rol del criterio del médico, ni la naturaleza del acto médico, a la vez que no dan parámetros racionales que permitan elegir un valor o criterio por sobre otro, lo que es caldo de cultivo para que muchas decisiones no sean adecuadas.